Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2025, Vol. 4, No. 1-2-3, *163-194*

Trattamento comunitario democratico in salute mentale: teoria, pratiche e un parallelo con l'ecomuseologia

Marcelo Azeredo Leone Lino Rodrigo[1]

Democratic community treatment in mental health: theory, practices, and a parallel with ecomuseology

Abstract

L'articolo è l'approfondimento dell'intervento dell'autore tenutosi a Condeixa-a-Nova (Coimbra) ad Aprile 2024 per il 50° anniversario della fine della dittatura in Portogallo. In esso, viene esaminata la sua esperienza professionale all'interno di tre servizi di salute mentale, sia pubblici che privati, in Italia e in Portogallo, destinati a adolescenti e giovani adulti con diagnosi psichiatrica e ispirati al modello democratico. Questi servizi hanno condiviso l'obiettivo di essere inclusivi, progressisti e aperti al territorio e hanno rappresentato esempi di buone pratiche nel campo, in contrasto con il modello segregante del manicomio/ospedale psichiatrico, dove spesso manca

[1] Ph.D in Scienze dell'Educazione, Co-Fondatore e Psicoterapeuta presso Psychikós Clinic (Lisbona), Analista Transazionale Certificato, Formatore Certificato dall'IEFP (Instituto do Emprego e Formação Profissional), Membro dell'OPP (Ordem dos Psicólogos Portugueses) e dell'IRPIR (Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali). E-mail: marcelo@psychikosclinic.com

un adeguato accompagnamento del paziente nel day-after, ossia dopo la dimissione dal servizio.

L'articolo darà spazio ad una prospettiva storica dell'approccio democratico nella salute mentale (a cui non è estraneo lo stesso Berne), ai possibili punti di convergenza di tale approccio con l'Ecomuseologia e al resoconto riflessivo dell'autore sui servizi citati.

Abstract

The article is an in-depth analysis of the author's speech given in Condeixa-a-Nova (Coimbra) in April 2024 for the 50th anniversary of the end of the dictatorship in Portugal. It examines his professional experience within three mental health services, both public and private, in Italy and Portugal, aimed at adolescents and young adults with psychiatric diagnoses and inspired by the democratic model. These services shared the goal of being inclusive, progressive, and open to the community and represented examples of good practice in the field, in contrast to the segregating model of the asylum/psychiatric hospital, where adequate support for patients in the day-after, i.e., after discharge from the service, is often lacking.

The article will provide a historical perspective on the democratic approach to mental health (to which Berne himself is no stranger), the possible points of convergence between this approach and Eco-Museology, and the author's reflective account of the services mentioned.

Parole-chiave: trattamento comunitario democratico, comunità terapeutiche, terapia contrattuale, visite domiciliare, dialogo aperto e ecomuseologia.

Keywords: democratic therapeutic community treatment, therapeutic communities, contract therapy, home visiting, open dialogue and eco-museology.

Museologia del territorio e apertura democratica in Salute Mentale

Come possono tematiche apparentemente così diverse convergere nella stessa direzione? Questa è una domanda stimolante e forse inattesa, che è nata all'interno di un ciclo di conferenze sulla

democratizzazione della società portoghese dopo la fine della dittatura nel 1974, organizzato dal Municipio di Condeixa-a-Nova (Coimbra, Portogallo) e dall'Associazione Ecomuseo della stessa città. Una risposta a tale quesito può essere cercata nel movimento di dignificazione della persona e della sua esperienza comunitaria, il quale emerge con forza a partire dal secondo dopoguerra e dal declino degli imperi coloniali europei.

Ricordo, ad esempio, il Museo del Vicinato, fondato nel 1967 ad Anacostia, Washington, sotto la direzione di John Kinard, la Casa del Museo in Messico nel 1972 e l'Ecomuseo di Creusot Montceau-Les-Mines in Francia nel 1974. Ricordiamo anche l'Ecomuseo di Haute-Beauce in Québec, Canada, coordinato da Pierre Mayrand e Maude Céré nel 1983.

La Nuova Museologia (o Ecomuseologia), solidale, aperta e progressista, si basa, come afferma Pierre Mayrand, sulle linee guida emerse nella Conferenza di Santiago del Cile[2], organizzata dall'UNESCO nel maggio del 1972 (Mayrand, 1987, pp. 1-4). In quest'ottica, il lavoro museale, piuttosto che seguire un rigido protocollo, dovrebbe puntare, con flessibilità all'interfacciarsi con l'intero territorio e col patrimonio locale, valorizzando il dialogo e i legami all'interno della comunità, preservando la memoria collettiva e risolvendo situazioni e vincoli esistenti.

Un esempio di questa metodologia si può riscontrare a Creusot Montceau-Les-Mines, in Borgogna. Quello che era stato un importante centro di produzione industriale entra in declino negli anni Sessanta del secolo scorso: l'antico Château de la Verrerie, appartenente alla famiglia di industriali Schneider, rimane vacante dopo la chiusura del loro polo produttivo. Marcel Évrard, che riceve dal Comune l'incarico di trasformare la Residenza in museo, fa una scelta chiara sfuggendo alla struttura rigida della museologia tradizionale e crea, con Varine e Riviéré, un'associazione che si vuole aperta e partecipata. Un importante ostacolo da superare in questo

[2] Nel 2023, in occasione del Cinquantesimo Anniversario della Conferenza di Santiago del Cile, segnalo la pubblicazione di una vasta raccolta di contributi dedicata alla Ecomuseologia e ai suoi sviluppi più attuali (Heymann, 2023).

processo è stato la reticenza della comunità ad entrare nel castello: visto come qualcosa che non apparteneva loro, la comunità è stata stimolata piano piano ad “appropriarsene” (Brulon, 2015, p. 279).

Nel contesto portoghese, nel 2023 l’Ecomuseo di Condeixa-a-Nova in collaborazione con altri Enti ha promosso un’esperienza affine a quella francese, di valorizzazione della comunità locale, consistente nella riproduzione e nella posa di una copia del mosaico dell'Autunno nella piazza principale della città, il cui originale, d’epoca romana, si trova nella vicina Conímbriga.

È stato fatto un lavoro articolato e partecipato per trasformare un reperto archeologico incompleto e usurato dal tempo in un mosaico compiuto e fruibile da tutta la comunità, come si può vedere dalle figure 1 e 2[3]. Per portare a termine questo progetto, hanno aderito numerosi volontari, ognuno con le proprie competenze. Inoltre, tutte le varie fasi, dalla riproduzione alla pavimentazione in piazza, sono state vissute in modo attivo dalla comunità locale (figura 3[4]) (Pessoa et al., 2023, pp. 7-15).

In Salute Mentale, come in Museologia, la seconda metà del XX secolo è il teatro di tentativi innovativi che, invece di "centralizzare", "stigmatizzare", "separare" e silenziare, puntano alla decentralizzazione dei poli di assistenza all'interno del territorio e a una relazione operatore-utente di tipo orizzontale, un'orizzontalità molto presente nel pensiero di Paulo Freire. Nelle parole di Paulo Freire, si tratta di rompere la "cultura del silenzio", di stimolare la "criticità", nella convinzione che “il mondo non è, il mondo è in divenire” (Freire, 1965, p. 108; 2000, p. 36; 2003, p. 40).

[3] Figure gentilmente concesse dall’Ecomuseo di Condeixa-a-Nova.
[4] Figura gentilmente concesse dall’Ecomuseo di Condeixa-a-Nova.



Figura 1. Presentazione del mosaico completo alla comunità.



Figura 2. La comunità si appresta al trasporto del mosaico in piazza



Figura 3. Mostra sui mosaici romani di Conímbriga adiacente alla nuova pavimentazione.

Una riflessione sulla nascita e l'evoluzione dei manicomi

Generalmente in psichiatria viene attribuita alla Rivoluzione Francese (1789) un ruolo chiave nel cambio di paradigma della salute mentale. Dall'Hôpital Général, che accoglieva e tratteneva, su mandato di un giudice o del re stesso tramite *lettres de cachet* molte persone in modo indifferenziato, vagabondi, erranti e destabilizzatori del sistema, si passò alla riforma avviata da Philippe Pinel a Bicêtre e alla Salpêtrière, rispettivamente nel 1791 e nel 1795 (Cintra, 2012, pp. 23-31; Pinel, 1881).

Il lavoro di Pinel[5] contribuì alla nascita dei manicomi, ossia luoghi adibiti ad accogliere, studiare, categorizzare e definire terapie dopo la

[5] Oltre al lavoro di Pinel, ricordo quello pionieristico di João de Deus, fondatore dell'Ospedale di Los Gomeles nel 1547 e dell'Ordine Religioso dei Fratelli di San Giovanni di Dio. A tale riguardo, è importante quanto ci dice Boléo-Tomé (2014, p. 227): "João de Deus e i suoi compagni seppero

diagnosi. In questo nuovo modello di riferimento, i folli, ora denominati alienati mentali, iniziano ad essere trattati separatamente e in modo accurato. Nel 1838 viene approvata la legge francese sull'assistenza agli alienati, che include uno statuto giuridico per gli stessi (Boléo-Tomé, 2013; 2014, pp. 227-232; Pinel, 1801; Shorter, 2001, pp. 21-30).

Da uno studio condotto da Luciano de Castro (1888, p. 821) emergono dati significativi su come il modello manicomiale si sia diffuso in Europa nel XIX. Per esempio, l'Italia presentava nel 1880 un totale di 17.471 ricoverati in 62 manicomi, mentre la Svizzera, con una popolazione molto inferiore, di 2 milioni e mezzo di abitanti, aveva un totale di 4.500 alienati in cura distribuiti in 14 manicomi (Castro, 1888, p. 821).

Deconcentrazione e ricerca di alternative: come restituire potere e protagonismo al paziente e alla comunità

Nel XX secolo, durante la Seconda Guerra Mondiale, emerse una voce alternativa rispetto al trattamento manicomiale comunitario[6] (per il

realizzare, con quattro secoli di anticipo, la rivoluzione della Salute Mentale del XX secolo: la pratica della terapia occupazionale, il recupero attraverso il lavoro e la responsabilizzazione progressiva; e svilupparono anche l'Assistenza Sociale, i servizi di Consulenza e Assistenza Domiciliare che le Misericordie già praticavano (…) Philipe Pinel continuerà a essere il fondatore di ciò che fu fondato due secoli e mezzo prima". Ricordiamo anche il lavoro di Battie (1758), fondatore del St. Luke's Hospital nel 1751; di Chiarugi (1789), che contribuì alla fondazione dell'Ospedale Bonifazio nel 1788; di Reil (1803), difensore ad esempio della separazione tra due tipi di istituzioni, per curabili e incurabili, e di Horn (1818a; 1818b), nominato direttore dell'Ospedale Charité nel 1798, noto per un regime di trattamento molto rigoroso e paramilitare di ispirazione prussiana.

[6] Nel romanzo *La marcia di Radetzky* di Joseph Roth, pubblicato nel 1932, il Signor Von Trotta, discendente dell'eroe di Solferino che aveva salvato l'imperatore Francesco Giuseppe in battaglia, vede il suo mondo statico e ordinato crollare in età avanzata quando riceve una lettera dal figlio. Temendo di perderlo, accetta di saldare il suo ingente debito e gli concede la responsabilità di trovare la propria strada nella vita, eventualmente

grande pubblico, mentre la clientela economicamente e culturalmente differenziata ricorreva alle cliniche private[7]) e al trattamento psicoanalitico, in crescita ma visto come elitario e di difficile accesso: si trattava della voce di Le Guillant, direttore dell'Ospedale Psichiatrico *Charité-sur-Loire* tra il 1932 e il 1944 è il pioniere della psicoterapia collettiva francese. Egli osservò che, su 103 pazienti che

---

abbandonando la carriera militare. Ma gli eventi precipitano. Il figlio, nel compiere una missione finale, viene colpito e muore. Il Signor Von Trotta si reca allo Steinhof, un ospizio di Vienna, con la vaga speranza che Chojnicki possa fornirgli qualche informazione sul figlio. Nel brano che segue, il manicomio è presentato come un male minore, un luogo inospitale, isolato, dove, nonostante tutto, c'è vita: "Lo condussero nel reparto militare del manicomio. Era autunno inoltrato, una giornata tetra: l'ospedale era immerso nella grigia pioggerella che da giorni si riversava sul mondo. Nel corridoio di un biancore abbagliante era seduto il signor von Trotta, guardava attraverso la grata della finestra della finestra il reticolo così fitto e delicato della pioggia e pensava al pendio dell'argine ferroviario sul quale era morto suo figlio. Ora si bagna tutto, pensava il capitano distrettuale, come se il sottotenente fosse caduto solo quel giorno o il giorno prima, e il cadavere fosse ancora fresco. Il tempo trascorreva lento. Si vedevano passare persone con volti folli e membra orribilmente contorte, ma per il capitano distrettuale la pazzia non era nulla di spaventoso, sebbene fosse la prima volta che si trovava in un manicomio. Spaventosa era soltanto la morte. Peccato! Pensò il signor von Trotta. Se Carl Joseph fosse impazzito invece di morire, io certo gli avrei fatto recuperare la ragione. E se anche non ci fosse riuscito, almeno sarei venuto da lui tutti i giorni! Forse si sarebbe distorto il braccio in un modo raccapricciante, ecco, come quello del tenente che stanno portando ora. Ma sarebbe stato pur sempre il suo braccio, e anche un braccio distorto si può accarezzare. Anche in occhi stralunati si può guardare! Importante è che siano gli occhi di mio figlio. Felici i padri i cui figli sono pazzi!" (Roth, 1987, pp. 416-417).

[7] Suggerisco vivamente la lettura del romanzo *Tenera è la notte*, pubblicato nel 1934. Scott Fitzgerald, ispirandosi alla propria storia e a quella della moglie Zelda, ritrae un mondo di glamour tra le due guerre mondiali. Il protagonista, Dick Diver, è un rinomato psichiatra sposato con Nicole, sua ex-paziente, alla quale era stata diagnosticata la schizofrenia. Così, nel corso del romanzo, troviamo qua e là riferimenti a cliniche psichiatriche private e ai principali metodi di trattamento in voga. In questo senso, il libro rappresenta un ritratto di questo tema, in quell'epoca (Fitzgerald, 1978, p. 140, 155-158, pp. 220-223).

erano stati dimessi a causa della minaccia dei bombardamenti nazisti, una loro grande parte si rintegrò con successo, ritornando nelle famiglie di origine o cercando lavoro in cambio di cibo e alloggio. Queste persone riuscirono quindi ad essere attive nella società e a non aver bisogno di un nuovo ricovero. Le Guillant (1946-1947) presentò questi risultati alla comunità scientifica nel 1941, in una conferenza dal titolo *Un'esperienza di rieducazione sociale istituita dagli eventi della guerra*.

La psicoterapia collettiva divenne successivamente nota grazie al lavoro di Bonnafé, Ey e altri che, nel 1957 avviarono una sperimentazione pilota, nel 13º distretto di Parigi: essa prevedeva che i residenti ricevessero assistenza e cure in ambulatori di salute mentale, o, in caso di ricovero, nell'ospedale di riferimento per quel distretto (Bonnafé, 2005).

Altrettanto rilevante fu la Psicoterapia Istituzionale Francese, fortemente influenzata dal lavoro di Tosquelles a La Borde. Essa si basava sull'idea che l'ospedale fosse ancora centrale, ma che dovesse trasformarsi in un luogo più umanizzato, privo di pregiudizi, sia da parte dei pazienti che del personale tecnico. Era necessario promuovere la libertà di movimento all'interno dell'ospedale e definire gli obiettivi del trattamento all'ingresso (Berne 1971; Da Fonseca et al., 1984, p. 480; Tosquelles, 1967, 1984).

Nel periodo post-bellico, si svilupparono movimenti simili anche in Gran Bretagna e negli Stati Uniti. In Inghilterra, ad esempio, tra il 1947 e il 1952, Maxell Jones istituì la prima *Comunità Terapeutica Democratica* al Belmont Hospital. Questo modello di trattamento si basava su una relazione orizzontale tra tecnici e pazienti ed era caratterizzato da frequenti riunioni comunitarie, in cui tutti erano invitati a essere corresponsabili. Ciò lo distingueva dal manicomio, in cui prevaleva una relazione verticale. Inoltre, nel 1959, con l'approvazione della Legge sulla Salute Mentale nel Regno Unito, la denominazione "manicomio" fu sostituita da quella di "ospedale psichiatrico", segnando un passo verso una maggiore integrazione con la comunità (Jones, 1952).

Negli Stati Uniti, la promulgazione del *Mental Health Act* del 1946 fu altrettanto significativa, poiché portò alla creazione del *National Institute of Mental Health* tre anni dopo. La legge prevedeva, tra le altre misure, la formazione di personale specializzato e il finanziamento di terapie di breve durata, che erano state sperimentate dai medici psichiatri militari durante la guerra. Questi psichiatri partivano dal presupposto che le crisi dei soldati potessero essere temporanee e che fosse possibile un intervento rapido, anziché internarli in istituti come malati cronici.

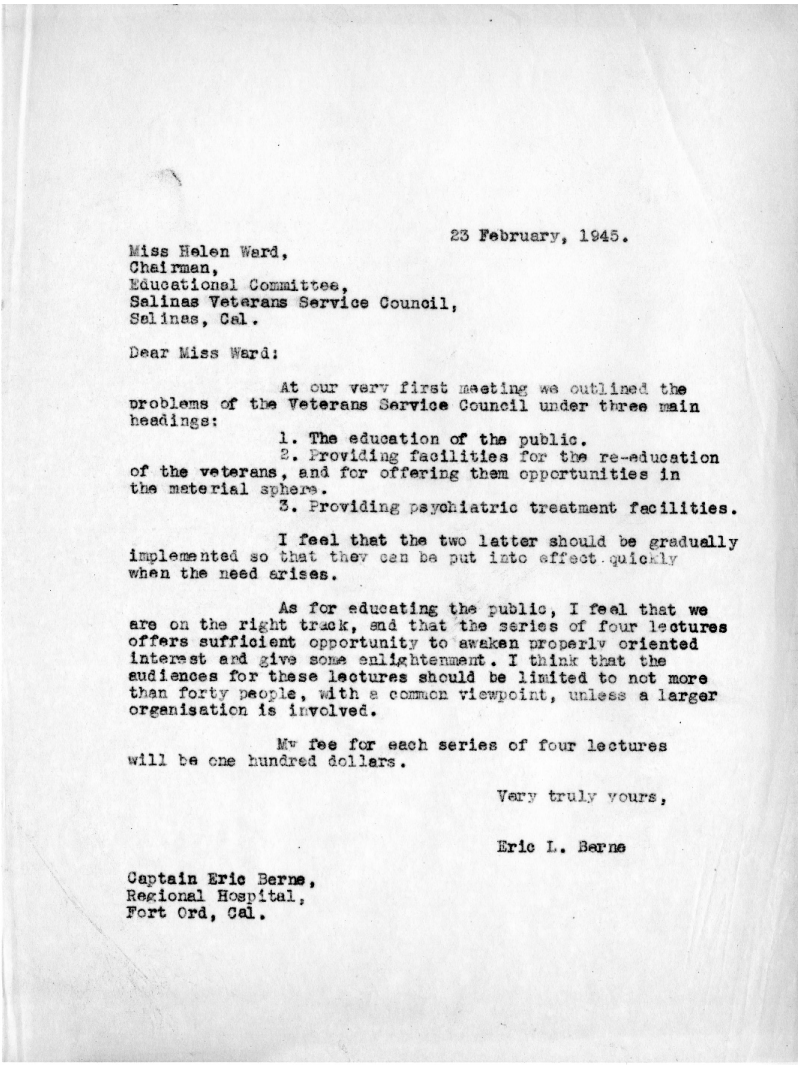
Tra i medici militari, spicca Eric Berne, che raggiunse il grado di maggiore e fu assegnato a un centro di *triage* militare, con il compito di valutare se un soldato potesse rimanere in servizio o dovesse essere congedato. Berne condusse anche gruppi di psicoterapia tra i soldati, proseguendo poi questa pratica anche tra i civili, e fondò successivamente l'Analisi Transazionale, una forma di psicoterapia contrattuale e democratica (Fonseca et al., 1984, pp. 479-480; Stewart, 2003, pp. 3-4).

Sempre nel contesto di guerra, negli Stati Uniti furono avviate iniziative per sensibilizzare le comunità su come accogliere i militari congedati. Eric Berne fu coinvolto in tali attività di prevenzione (le figure 4, 5, 6 e 7 provenienti dall'archivio UCSF[8], illustrano il lavoro svolto dal fondatore dell'AT. Così, nella lettera a Miss Ward, figura 4, Berne mette appunto le aree di intervento su cui il Consiglio dei Veterani di Salinas dovrebbe insistere – formazione volta a sensibilizzare la comunità da un lato e riabilitazione, reinserimento e trattamento psichiatrico presso servizi creati ad hoc dall'altro. La promozione di cicli di seminari rientrerebbe nella prima area di intervento).

Le figure 5, 6 e 7 sono un esempio del materiale utilizzato in uno di questi seminari. Berne riprende la nota canzone dei tempi della Guerra Civile Americana, "Quando Johny si mette in marcia verso casa", e vi aggiunge tra parentesi "nervosamente", esplorando la prospettiva del soldato a cui magari è stata comunicata la diagnosi "affetto da

[8] Figure gentilmente concesse da UCSF Archive and Special Collection dell'Università della California.

psiconevrosi" di guerra, diagnosi che a malapena sa decifrare, e al quale serve tempo per elaborare e venire a capo da situazioni estreme. Berne suggerisce cosa chiedere per non infierire e invita a vedere nel veterano, non un pazzo, ma un "fratello" (Berne, 1945; 1943-1946).



23 February, 1945.

Miss Helen Ward,
Chairman,
Educational Committee,
Salinas Veterans Service Council,
Salinas, Cal.

Dear Miss Ward:

At our very first meeting we outlined the problems of the Veterans Service Council under three main headings:

1. The education of the public.
2. Providing facilities for the re-education of the veterans, and for offering them opportunities in the material sphere.
3. Providing psychiatric treatment facilities.

I feel that the two latter should be gradually implemented so that they can be put into effect quickly when the need arises.

As for educating the public, I feel that we are on the right track, and that the series of four lectures offers sufficient opportunity to awaken properly oriented interest and give some enlightenment. I think that the audiences for these lectures should be limited to not more than forty people, with a common viewpoint, unless a larger organisation is involved.

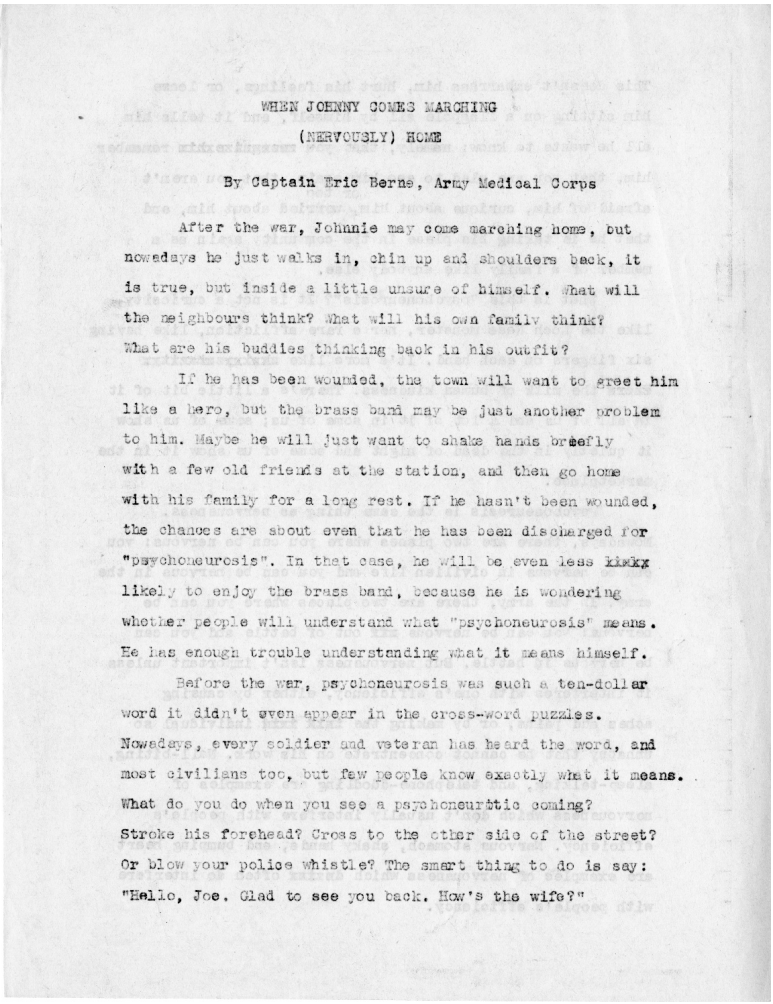
My fee for each series of four lectures will be one hundred dollars.

Very truly yours,

Eric L. Berne

Captain Eric Berne,
Regional Hospital,
Fort Ord, Cal.

Figura 4. Lettera di Eric Berne a Helen Ward.



WHEN JOHNNY COMES MARCHING

(NERVOUSLY) HOME

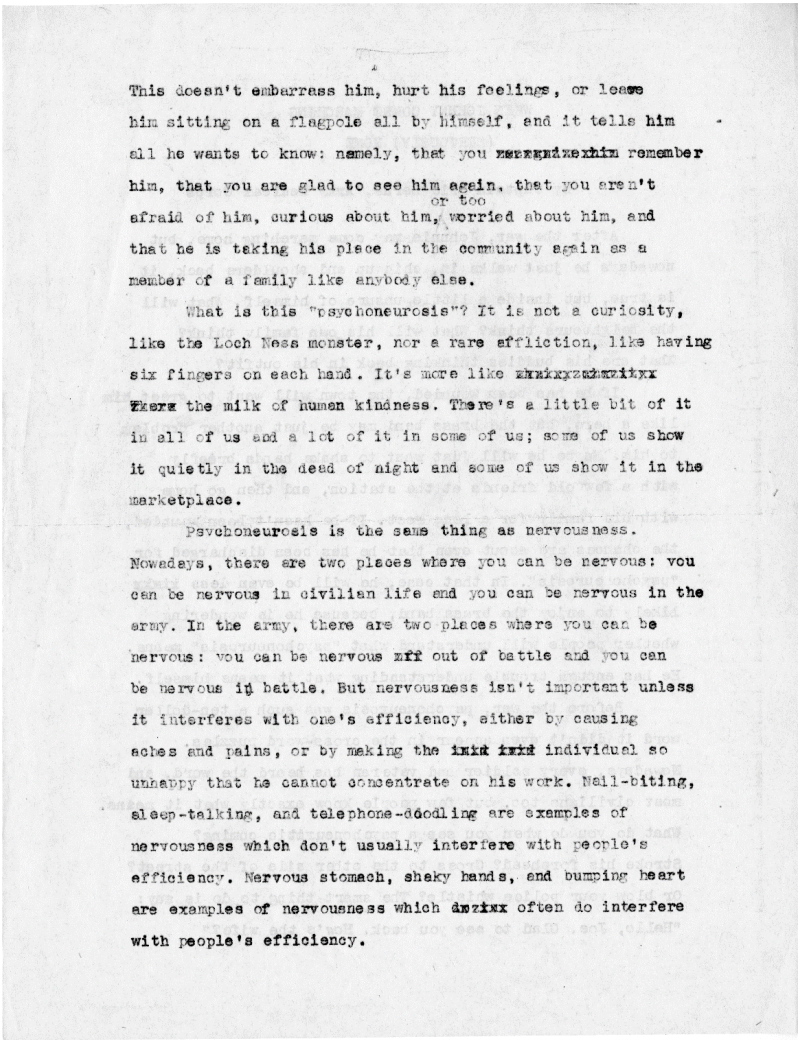
By Captain Eric Berne, Army Medical Corps

After the war, Johnnie may come marching home, but nowadays he just walks in, chin up and shoulders back, it is true, but inside a little unsure of himself. What will the neighbours think? What will his own family think? What are his buddies thinking back in his outfit?

If he has been wounded, the town will want to greet him like a hero, but the brass band may be just another problem to him. Maybe he will just want to shake hands briefly with a few old friends at the station, and then go home with his family for a long rest. If he hasn't been wounded, the chances are about even that he has been discharged for "psychoneurosis". In that case, he will be even less likely to enjoy the brass band, because he is wondering whether people will understand what "psychoneurosis" means. He has enough trouble understanding what it means himself.

Before the war, psychoneurosis was such a ten-dollar word it didn't even appear in the cross-word puzzles. Nowadays, every soldier and veteran has heard the word, and most civilians too, but few people know exactly what it means. What do you do when you see a psychoneurotic coming? Stroke his forehead? Cross to the other side of the street? Or blow your police whistle? The smart thing to do is say: "Hello, Joe. Glad to see you back. How's the wife?"

Figura 5. Riflessione di Eric Berne su come accogliere i veterani di guerra. Prima pagina.

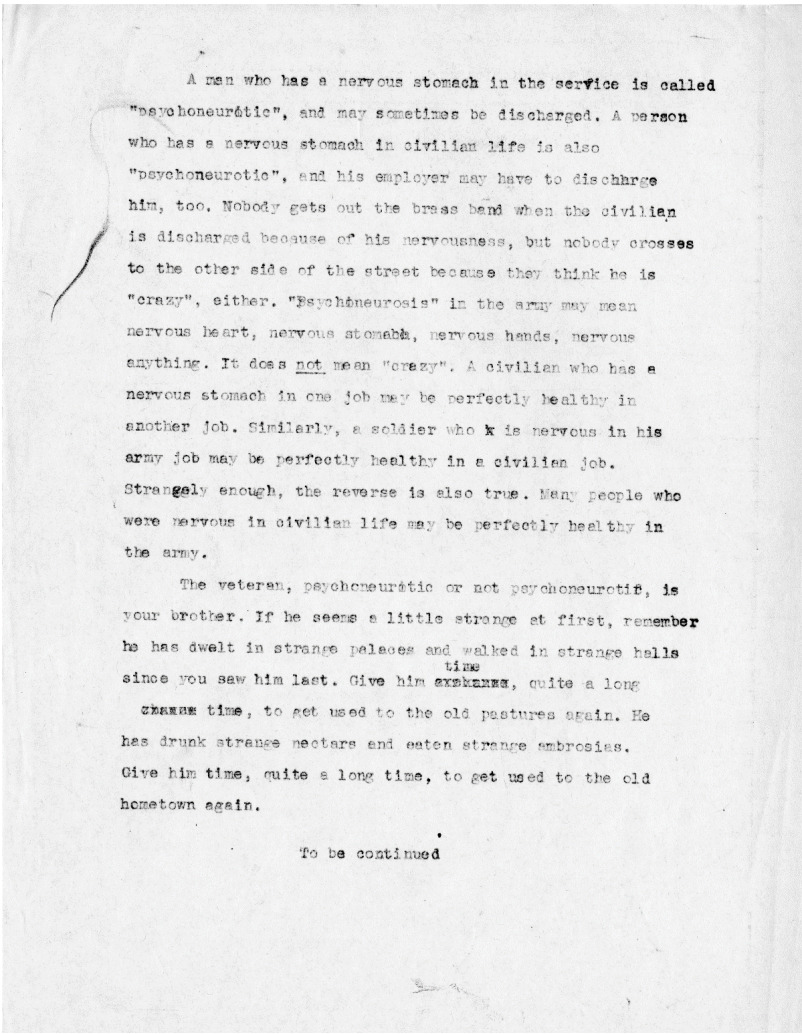


This doesn't embarrass him, hurt his feelings, or leave him sitting on a flagpole all by himself, and it tells him all he wants to know: namely, that you remember him, that you are glad to see him again, that you aren't afraid of him, curious about him, or too worried about him, and that he is taking his place in the community again as a member of a family like anybody else.

What is this "psychoneurosis"? It is not a curiosity, like the Loch Ness monster, nor a rare affliction, like having six fingers on each hand. It's more like the milk of human kindness. There's a little bit of it in all of us and a lot of it in some of us; some of us show it quietly in the dead of night and some of us show it in the marketplace.

Psychoneurosis is the same thing as nervousness. Nowadays, there are two places where you can be nervous: you can be nervous in civilian life and you can be nervous in the army. In the army, there are two places where you can be nervous: you can be nervous off out of battle and you can be nervous in battle. But nervousness isn't important unless it interferes with one's efficiency, either by causing aches and pains, or by making the individual so unhappy that he cannot concentrate on his work. Nail-biting, sleep-talking, and telephone-doodling are examples of nervousness which don't usually interfere with people's efficiency. Nervous stomach, shaky hands, and bumping heart are examples of nervousness which often do interfere with people's efficiency.

Figura 6. Riflessione di Eric Berne su come accogliere i veterani di guerra. Seconda pagina.



A man who has a nervous stomach in the service is called "psychoneurotic", and may sometimes be discharged. A person who has a nervous stomach in civilian life is also "psychoneurotic", and his employer may have to dischharge him, too. Nobody gets out the brass band when the civilian is discharged because of his nervousness, but nobody crosses to the other side of the street because they think he is "crazy", either. "Psychoneurosis" in the army may mean nervous heart, nervous stomach, nervous hands, nervous anything. It does not mean "crazy". A civilian who has a nervous stomach in one job may be perfectly healthy in another job. Similarly, a soldier who is nervous in his army job may be perfectly healthy in a civilian job. Strangely enough, the reverse is also true. Many people who were nervous in civilian life may be perfectly healthy in the army.

The veteran, psychoneurotic or not psychoneurotic, is your brother. If he seems a little strange at first, remember he has dwelt in strange palaces and walked in strange halls since you saw him last. Give him time, quite a long time, to get used to the old pastures again. He has drunk strange nectars and eaten strange ambrosias. Give him time, quite a long time, to get used to the old hometown again.

To be continued

Figura 7. Riflessione di Eric Berne su come accogliere i veterani di guerra. Terza pagina.

Nel frattempo, l'Italia post-bellica fu protagonista, negli anni Sessanta e Settanta, di una radicale de-costruzione del manicomio e di ciò che rappresentava, un movimento guidato da Franco Basaglia, culminato nell'approvazione della Legge 180 del 1979. Basaglia e i suoi

collaboratori mossero i primi passi verso una maggiore umanizzazione del manicomio a Gorizia (1961-1969): vennero aboliti i camici bianchi, le camicie di forza e l'elettroshock, e furono promosse assemblee e riunioni comuni. Seguirono alcuni mesi di esperienza a Colorno nel 1970. Infine, Basaglia diresse l'ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste, riuscendo a chiuderlo definitivamente, un risultato raggiunto dopo l'implementazione di tre centri comunitari aperti 24 ore su 24. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconobbe Trieste come territorio di azione pilota e ne promosse la diffusione attraverso varie iniziative. Qualche anno dopo, lo Stato italiano trasformò i concetti e le esperienze di Basaglia[9] in legge (Basaglia, 1968; 2017).

Una visualizzazione dei servizi di Salute Mentale attraverso esempi pratici: la mia esperienza in Italia e Portogallo

Fatta questa premessa contestuale, è più facile comprendere l'organizzazione di alcuni dei servizi che presenterò, nei quali ho ricoperto il ruolo di psicologo, prima, e successivamente di psicoterapeuta.

Centro diurno di Via Plinio a Roma: un caffè letterario in continua costruzione

Durante la mia permanenza in Italia, come psicologo operatore di una cooperativa, ho avuto l'opportunità di lavorare nel Centro Diurno per Adolescenti a Roma, dal 2007 al 2016. Questo centro faceva parte dell'UOC-TA (Unità Operative Complesse di Salute Mentale e Tutela dell'Adolescenza), inserito nel settore ASL (Servizi Sanitari Locali) Roma E, con sede in Via Plinio. Il centro rispondeva a problematiche di salute mentale negli adolescenti, operando in sinergia con altri servizi presenti nella circoscrizione, tra cui il Presidio Territoriale

[9] Per una disanima dell'eredità del pensiero di Basaglia, cfr. il manuale *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of its Practice*, curato da Guareschi e Bizzari (2025), al quale io e miei colleghi Pereira e Haigh abbiamo dato un contributo (Azeredo Rodrigo et al., 2025).

(incaricato di trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici e dell'implementazione di sportelli di supporto psicologico nelle scuole vicine) e due residenze terapeutiche, una con copertura 24 ore su 24 e l'altra con copertura parziale.

Poteva capitare che un adolescente frequentasse il centro diurno, fosse seguito presso il Presidio e vivesse in una delle residenze terapeutiche, in una logica di rete, come promossa dalle correnti più progressiste della Psichiatria e della psicoterapia e fortemente sostenuta dall'OMS.

Nel Centro diurno di Via Plinio, ho coordinato per circa quattro anni (2012-2015) il gruppo "Caffè Letterario". Era caratterizzato da incontri, talvolta anche in veri e propri caffè (la cui scelta veniva decisa insieme), durante i quali si commentavano poesie, racconti brevi o capitoli di un determinato libro. A partire dal 2013, su proposta di uno dei membri, il Caffè Letterario iniziò a dedicarsi anche alla scrittura.

Nell'ambito di questa attività, orientata all'inclusione e allo sviluppo personale e di gruppo, in due anni vennero pubblicati due racconti: "Le avventure di Re Teo e i suoi amici2 (vedi figura 8) e "Alfonso Rock" (vedi figura 9), entrambi di sette pagine e pubblicati dal Dipartimento di Relazioni Pubbliche (URP) dei Servizi Sanitari Locali (Collettivo del Caffè Letterario del Centro diurno di Via Plinio, 2013, 2014).



Fig. 8 Caffè Letterario, racconto 2013

Gli incontri erano frequentati da giovani di età compresa tra i 15 e i 18 anni, con problematiche che variavano da traumi infantili, come abusi sessuali e violenza domestica, a disturbi dell'umore depressivo, isolamento sociale, dipendenza da videogiochi, episodi psicotici recenti (a volte legati all'uso di stupefacenti e alcol), oltre a casi di abbandono scolastico e

dinamiche di bullismo. In questo contesto variegato, l'integrazione di tutti i membri era una sfida ardua.

Un aspetto significativo delle pubblicazioni dei due racconti è stata la scelta di indicare sulla quarta di copertina solo il nome di ciascun autore, in ordine alfabetico, senza includere i cognomi e senza fare distinzione tra operatori e giovani, seguendo quindi una logica di relazione orizzontale. È da ribadire tuttavia, l'importanza nella pratica di una gerarchia non ostentata, ma che aveva la funzione di guidarli e proteggerli nelle esperienze (trattandosi di minori).

La copertina del racconto "Alfonso Rock" è un esempio della collaborazione tra i vari gruppi del centro diurno; l'autrice, menzionata sulla quarta di copertina, era un membro del gruppo di disegno.

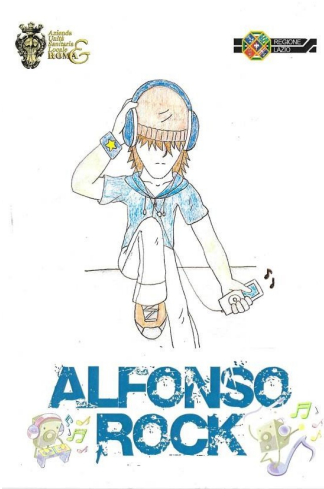


Fig. 9. Caffè Letterario, racconto 2014

Infine, queste pubblicazioni ottennero grande attenzione durante la festa di Natale del Centro Diurno, nel 2013, e nel 2014. I racconti furono letti ad alta voce, accompagnati da musica strumentale e canto, in stretta collaborazione con il gruppo vocale dello stesso centro.

Non è necessario sottolineare l'importanza di queste pubblicazioni in termini di autostima, senso di appartenenza a un gruppo, a un progetto e a un territorio. Come disse pubblicamente l'allora direttore, Marco Conte: "Questo è il genere di cose che si portano per tutta la vita (...). In queste storie ci sono tutti gli elementi, dalla sofferenza alla ricerca della riabilitazione e alla creazione di nuovi legami umani, basati sulla fiducia (...)[10]".

Gli ultimi anni del mio lavoro al Centro Diurno di Via Plinio coincisero con una riorganizzazione dei servizi di tutela

[10] Comunicazione personale.

dell'adolescenza. Cambiarono i dirigenti e le linee guida, con ripercussioni anche sul Centro diurno di Via Plinio, ora integrato nel PIPSM, Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale, e diretto dalla dottoressa Marina di Maio. Il centro cominciò a ricevere adolescenti con tratti più marcati di impulsività, instabilità emotiva e autolesionismo. Anche i criteri di età per l'ammissione cambiarono, passando a 14-25 anni.

Come indicato nel titolo del presente paragrafo (Un caffè di lettura in permanente costruzione), si giunse presto alla conclusione che quest'attività non era più compatibile con la nuova composizione del centro diurno. Fu sostituita da un'altra attività denominata "Gruppo dell'Acquario", in linea con gli interessi di alcuni adolescenti appena ammessi e, bisogna dirlo, anche con il mio interesse personale, poiché in passato mi ero dedicato all'acquariofilia. Questa decisione rifletteva la convinzione della dottoressa Marina di Maio, secondo cui le attività funzionano bene solo quando piacciono a tutti gli interessati, compresi i tecnici responsabili. Ricordo ancora le sue parole poco prima della mia partenza: "Te ne vai, ma ci lasci qui un pezzo di te, l'acquario[11]".

Se evochiamo le parole-chiave che uniscono la prospettiva democratica e quella eco-museologica, il caffè letterario trascende le mura fisiche del centro diurno (aperto al territorio); rispetta la diversità e mette insieme contributi e proposte in una logica di fare e creare insieme (inclusivo e progressivo).

Sostegno di un giovane a domicilio: un'azione in rete

In Italia, oltre all'esperienza nel centro diurno, in qualità di psicologo integrato in cooperativa, ho lavorato in residenze e comunità terapeutiche e ho fornito supporto a domicilio.

La cooperativa operava in regime di subappalto, partecipando a bandi pubblicati dei Servizi Sanitari Locali in vari settori di Roma. Lavorava anche in regime privato, come nell'esempio che sto per presentare.

[11] Comunicazione personale.

Edoardo (nome fittizio), 20 anni, era in trattamento psicoterapeutico e farmacologico per affrontare crisi d'ansia molto intense, accompagnate da perdita del senso della realtà e isolamento dal mondo esterno.

Queste crisi, accompagnate da sensazioni corporee molto spiacevoli (cefalee, sudorazione delle mani...), si manifestavano al di fuori del contesto domestico. A volte assumevano un carattere generalizzato di rinforzo – "paura di avere paura" –, altre volte i sintomi dell'ansia erano legati a un oggetto specifico, come la paura di entrare e rimanere intrappolato in spazi chiusi.

Questo malessere ha cominciato a manifestarsi durante il liceo e ha continuato a crescere in intensità, condizionando sempre di più la vita di Edoardo. Si barricava in casa e conduceva una vita notturna, trascorrendo molte ore a giocare online. Si dedicava anche al disegno digitale. In questo stile di vita, l'igiene personale veniva spesso trascurata.

La socializzazione, oltre a quella derivante dai giochi online, consisteva nel ricevere occasionalmente alcuni familiari che lo visitavano di tanto in tanto.

È in questo contesto che Edoardo e la sua famiglia, con il previo consenso della psicoanalista e della psichiatra, hanno contattato la cooperativa per ottenere un supporto a domicilio. Due persone sono state designate per questo progetto: Dino Ermini, in qualità di supervisore, e io come tecnico responsabile delle visite a domicilio. Dino e io ci eravamo conosciuti nella Comunità Terapeutica di Montesanto, una struttura intermedia che, come altre, è sorta a Roma dopo la chiusura del manicomio di Santa Maria della Pietà (Villa, 2022, pp. 7-10). Il lavoro svolto a Montesanto era ben conosciuto e aveva risultati comprovati, in termini di autonomia raggiunta dagli utenti, consolidata da frequenti e successivi contatti (a volte, l'utente già in regime semiresidenziale, tornava alla comunità per partecipare alle attività; in altri casi, riceveva supporto a domicilio).

Da qui è nata un'esperienza, in rete con altri professionisti, che è durata circa quattro anni (i primi due con il mio accompagnamento a

domicilio e i restanti con il collega Riccardo Todaro, anch'egli psicologo della Cooperativa). Per raccontare questa esperienza, oltre ai miei appunti, mi sono basato sui registri del supervisore, del collega che mi ha sostituito nel progetto e su un'intervista di follow-up e valutazione dei risultati con Edoardo, condotta quattro anni dopo.

Biennio 2014-2016. In un primo momento, sono state effettuate alcune uscite che hanno richiesto un grande sforzo mentale da parte di Edoardo. Durante il ritorno da una di queste uscite, poco prima di arrivare a casa, Edoardo ha avuto una crisi di panico nel veicolo che guidavo. Da quel momento e per un certo periodo, si è dato maggiore rilievo alle attività all'interno della casa (alcune legate all'igiene personale e alla pulizia e riordino della sua stanza) e alle uscite nei dintorni, sempre a piedi. La madre, che accompagnava Edoardo agli appuntamenti dalla psicoanalista, si è infortunata ad un piede e non ha più potuto farlo; quindi, le sedute sono state effettuate telefonicamente.

Un altro aspetto da menzionare è la decisione presa in famiglia di far accoppiare la cagna, con la conseguente nascita di diversi cuccioli, che richiedevano molte attenzioni e che Edoardo avrebbe potuto usare come deterrente per non uscire. Nonostante questi fattori, il progetto domiciliare è continuato e, molto gradualmente, le uscite fuori casa hanno iniziato a coprire distanze sempre maggiori, fino a raggiungere il centro del quartiere.

Quando, alla fine, ho comunicato che avrei lasciato il progetto, Edoardo è rimasto sorpreso e ha voluto che le ultime visite con me fossero segnate da nuovi progressi: avere il coraggio di salire su un autobus (uno spazio chiuso) con l'obiettivo di tornare in un luogo della sua adolescenza, un fast-food, e poi tornare a casa sempre in autobus. In un'altra occasione, mentre io rimanevo all'esterno, è entrato in una farmacia per comprare dei preservativi. Edoardo ha commentato, dopo questo, che non aveva mai avuto una ragazza e che il gesto di comprare profilattici era una preparazione: nel caso in cui trovasse qualcuno, avrebbe saputo cosa fosse un preservativo e come usarlo. Edoardo ha mostrato soddisfazione per essere riuscito a fare qualcosa che fino a poco tempo prima considerava una sfida ardua.

Abbiamo concordato che, dopo la mia uscita dal progetto, ci saremmo scambiati alcune e-mail di aggiornamento.

Biennio 2017-2019. Con il collega Riccardo, le uscite si sono mantenute e diversificate, includendo il fast-food già menzionato, la gelateria del quartiere e il supermercato. Inoltre, Edoardo percorreva da solo a piedi una parte del tragitto fino alla fine del condominio (circa 10 minuti). Questo era il punto d'incontro da cui, in auto, proseguivano per le loro uscite.

Edoardo ha mostrato ulteriori progressi. Continua a dedicarsi al disegno digitale, incrementando tale attività in modo professionale, vendendo online. Si è anche iscritto a un corso di lingua e cultura orientale, frequentandolo regolarmente. In precedenza, si era iscritto ad altri corsi, senza però portarli a termine. Scambiammo e-mail in cui condivideva ciò che stava facendo.

Nel frattempo, di comune accordo con la psicoanalista, Edoardo ha sospeso le sedute. Ha ripreso successivamente un percorso terapeutico, stavolta con uno psicologo di fiducia della sua psichiatra. Questa soluzione era meno costosa rispetto alla precedente (le sedute con la psicoanalista avevano infatti una frequenza bisettimanale) e più agevole dal punto di vista logistico. Nello stesso periodo, Edoardo ha deciso di non usufruire più delle visite a domicilio della cooperativa, in quanto sentiva che gli bastavano gli altri interventi in corso. Oltretutto, l'Italia era entrata da poco nel periodo di confinamento del Covid-19.

Valutazione dei risultati: follow-up di tre anni. Edoardo afferma che i suoi blocchi non sono ancora del tutto superati, ma che, in generale, la sua qualità di vita è migliorata. Sebbene la gestione del tempo non sia sempre efficace, ha continuato a progredire nel disegno digitale, con un volume di lavoro che supera quello precedente, e considera già questa attività come un vero lavoro part-time. Tuttavia, il cambiamento più importante, come dice Edoardo, è avvenuto a livello affettivo-relazionale. Nel 2021 ha conosciuto una ragazza online. Nonostante vivano lontani, è arrivato il giorno in cui hanno deciso di incontrarsi. Attualmente, una volta al mese vivono insieme per diversi giorni, non a casa di Edoardo o della fidanzata, ma in un appartamento

affittato a questo scopo. Guardando indietro, all'inizio del progetto, Edoardo si rinchiudeva in casa e nella sua stanza, come in un rifugio uterino (è vero che usciva, ma tornava subito dopo), mentre ora riesce a stare per giorni con la fidanzata in uno spazio “altro”.

Edoardo sottolinea che ci sono ancora molti passi da compiere verso una maggiore autonomia, con la differenza che tuttavia adesso non si sente più "solo". Dice di voler cambiare per sé stesso, ma anche per la fidanzata.

Mantiene le visite psichiatriche, anche se molto distanziate una dall’altra. La sua terapia farmacologica consiste in un antidepressivo assunto a dosaggio minimo (all'inizio del progetto, nel 2014, prendeva anche ansiolitici e antipsicotici).

Se a Creusot Montceau-Les-Mines, in ambito ecomuseologico, l’obettivo fu interagire e lavorare con la popolazione locale perché si sentisse gradualmente in diritto di varcare i confini dell’antica residenza degli Schneider, nelle visite al domicilio con Edoardo l’obiettivo, concordato insieme, è stato quello di sostenere Edoardo a varcare il confine di casa ed esplorare nuovi territori o semplicemente tornarvici, riacquistando una sensazione di libertà che appariva oramai come lontana e improbabile.

Un biennio in Casa de Alba: Trattamento Comunitario Democratico e *Open Dialogue* integrati

Non potendo ripercorrere tutta la storia del trattamento della salute mentale in Portogallo, che includerebbe necessariamente l'azione plurisecolare delle misericordie e delle congregazioni religiose, con particolare attenzione ai Fratelli di San Giovanni di Dio e alle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, accenno ad alcuni punti fondamentali. Nel 1848, su ordine della regina Maria II, apre a Lisbona il primo asilo/manicomio, inizialmente chiamato Rilhafolles e successivamente intitolato a Miguel Bombarda, in memoria di uno dei suoi più illustri direttori, ucciso da un paziente. Segue, nel 1883, la fondazione di un altro ospedale psichiatrico a Porto, chiamato Conde de Ferreira. Su iniziativa di António Sena, che propone una rete

estesa di manicomi in Portogallo, nel 1889 viene promulgata la prima legge organica relativa agli "alienati" (in opposizione ai tecnici chiamati alienisti), legge che creava un fondo di beneficenza pubblica, mai applicato e il cui denaro è andato disperso. Nel 1942 viene fondato il nuovo manicomio di Lisbona, oggi chiamato Júlio de Matos, che, come il Miguel Bombarda, ha avuto momenti di maggiore o minore apogeo ed è stato teatro di tentativi di avvicinamento alla comunità. Nel 1963, seguendo il modello francese della Psicoterapia Collettiva, viene approvata la Legge sulla Salute Mentale, che tuttavia non ha avuto molto successo in termini di una vera e propria deistituzionalizzazione. Nel periodo pre e post Rivoluzione dei Garofani, c'è l'esempio documentato di una comunità terapeutica ispirata a Paulo Freire, Binswanger e Carl Rogers, situata nel quartiere di Boavista a Lisbona, che ebbe breve durata. Dalla fine degli anni Settanta, sono stati fatti diversi tentativi di apertura di ambulatori di salute mentale nell'interno del paese, contrastando la tendenza a concentrare i servizi nei grandi centri urbani e in contesto ospedaliero, seguendo le raccomandazioni dell'OMS. Tuttavia, anche questo ha incontrato notevoli difficoltà, come emerge dalle Comunicazioni presentate nel 1984 durante il 2° Incontro Nazionale sulla salute mentale ambulatoriale. Nel 1989 viene aperta la prima residenza comunitaria con ex-ricoverati dell'Ospedale Júlio de Matos. Nel 2006 viene approvato il Piano Nazionale di Salute Mentale che punta all'implementazione di Equipe Locali di Salute Mentale sia per adulti che per bambini e adolescenti. Nel 2011 chiude il primo manicomio in Portogallo, il Miguel Bombarda, seguito l'anno successivo dall'Ospedale di Lorvão e dalla Quinta de Arnes, a Coimbra (Boléo-Tomé, 2014, pp. 225-228; Campiche et al., 1992; Cintra, 2012, pp. 127-135; De Almeida e Sousa, 1984, pp. 427-439; Ornelas cit. por Muschketat, 2022; Pereira, 1986, pp. 90-92).

È importante considerare come Luís Sá Fernandes (citato da Muschketat, 2022), durante un dibattito sulla salute mentale al Cinema São Jorge nel 2022, affermava che in Portogallo è ancora diffusa l'idea che solo dopo essere guarita, la persona possa tornare alla comunità, dimenticando che la stessa comunità e l'appartenenza a essa sono fondamentali nel processo di recupero.

Dopo questa introduzione, passo a parlare della mia esperienza. Dal 2020 al 2022, ho avuto l'opportunità di lavorare come psicoterapeuta presso la Comunità Terapeutica Casa de Alba (Estremoz). Questa comunità, sotto la direzione del Dottor João G. Pereira, ha incorporato nuove metodologie come l'*Open Dialogue*, originariamente implementato in Finlandia per il trattamento di episodi psicotici e con comprovata efficacia. Tuttavia, l'accesso alla Casa de Alba non era limitato a giovani con crisi psicotiche recenti, ma era aperto a una varietà più ampia di persone con patologie ed età differenti, ad eccezione di problematiche legate all'uso attivo di stupefacenti o a gravi limitazioni cognitive e fisiche che impedissero la partecipazione attiva alla vita comunitaria, incluse le riunioni e le terapie, le attività ludiche ed espressive e la pulizia degli spazi personali e comuni (Azeredo Rodrigo, 2022, p. 6; AzeredoRodrigo & Gonçalves Pereira, in stampa).

Poco dopo il mio arrivo, sono state introdotte le riunioni allargate con l'Équipe di Prossimità (con la presenza di almeno due figure professionali tra l'operatore di Riferimento, il *Buddy*, lo Psicoterapeuta e lo Psichiatra) e i familiari dell'utente. Prima, le riunioni avvenivano solo tra lo psichiatra, l'utente e un altro membro dello staff, con compiti prevalentemente amministrativi. Con il nuovo modello, si cercava il coinvolgimento di tutti gli interlocutori, con l'idea che tutti sono importanti e possono essere utili, portando nuovi quesiti e ampliando il ventaglio di interpretazioni.

Dall'incontro e dall'inclusione delle varie "voci" (il critico letterario Bachtin coniò il concetto di polifonia, ispirando, insieme ad altri contributi, l'approccio dell'*Open Dialogue*), si mirava a creare una narrazione "comune" sui possibili fattori scatenanti della crisi o del malessere del paziente. Indipendentemente dalla formazione del professionista, l'ascolto era privilegiato rispetto alle risposte definitive, e venivano sempre poste nuove domande per far avanzare la narrazione. Tuttavia, alla fine di ogni riunione, si faceva una sintesi e si stabilivano nuovi passi per il lavoro congiunto (Bachtin, 1968; Seikkula & Olsen, 2002, pp. 408-411).

Nel modello *Open Dialogue*, anche il personale sanitario è chiamato ad aprirsi. Ciò avviene, ad esempio, attraverso un discorso rivolto ai

colleghi, che a loro volta forniscono le loro prospettive, creando così un dialogo all'interno del dialogo stesso. Il passo successivo è quello di restituire nuovamente la parola all'intero gruppo. In questo aspetto, *l'Open Dialogue* incorpora i cosiddetti “processi riflessivi” per cui i terapeuti sono chiamati a riflettere all'interno della riunione e in presenza di tutti, senza segreti (Anderson, 1992; Seikkula & Olsen, 2002, pp. 408-411).

Alcuni interventi da evitare potrebbero essere ad esempio: uno psichiatra che, durante una riunione, afferma in modo perentorio "c'è qualche altra domanda a cui un medico possa rispondere?" o un terapeuta che offre interpretazioni premature cercando di etichettare il problema della persona. In entrambi i casi, si evidenzia una gerarchia di status, che va contro lo spirito della relazione orizzontale dell’*Open Dialogu*e.

Un frammento di una riunione condotta secondo il modello *Open Dialogue* in Casa de Alba:

> Una riunione online ha coinvolto la residente Margherita, i suoi genitori e l'équipe di Prossimità. Si è discussa la possibilità di prolungare il programma terapeutico, incontrando l’opposizione della madre e del padre, i quali dubitavano delle motivazioni espresse da Margherita. La madre ha persino affermato che la figlia avrebbe potuto simulare una crisi per prolungare il programma. A questo punto, la residente si è allontanata dalla riunione, in lacrime, ritornandovi poco dopo. L’équipe ha riflettuto insieme sul comportamento teso di madre e figlia, interrogandosi se il desiderio di stare di nuovo insieme potesse essere alla base di questa dinamica familiare. Dopo questa riflessione, il tono della riunione è cambiato: le tensioni si sono allentate, e le emozioni hanno iniziato a fluire. Il padre ha espresso il desiderio di andare a teatro con la figlia al suo ritorno a casa, e la madre ha invitato i nonni e la sorella a unirsi alla riunione.

> Margherita si è aperta condividendo i suoi dubbi sul futuro e che voleva riflettere con calma sul da farsi dopo la fine del percorso residenziale, godendosi anche i suoi affetti. Quindi la riunione, iniziata in modo teso, si è conclusa in un clima molto diverso: tutti gli elementi della famiglia sono riusciti a comunicare profondamente gli uni con gli altri.

Ho sottolineato come, in un'ottica democratica, l'utente partecipi attivamente al suo processo di cura. L'*Open Dialogue* fa suo questo principio e lo espande, per cui il dialogo è il mezzo e il fine ultimo; utente, familiari, conoscenti ed operatori sono chiamati a dare il loro personale contributo, favorendo una narrativa nuova che integri passato, presente e futuro. Una dinamica simile è riscontrabile a Condeixa-a-Nova, dove il progetto si è nutrito di uno scambio aperto e proficuo tra istituzioni, professionisti e persone del posto. È un'azione culturale co-costruita in comunità.

Conclusioni

Ho trattato qui il contributo decisivo di alcuni studiosi nel campo della salute mentale. L'ho fatto da una prospettiva storica, prendendo in esame il periodo che va dall'ultimo quarto del XVIII secolo fino al presente, senza dimenticare la questione dei manicomi e le risposte che vi sono state date, cercando alternative.

L'approccio democratico alla salute mentale e l'eco-museologia, come abbiamo visto all'inizio, hanno seguito per molti aspetti la stessa traiettoria, in un grande movimento di apertura e di valorizzazione della dignità umana.

In un secondo momento, menziono tre interventi che riflettono la preoccupazione di dare voce agli utenti, contribuendo a far sì che siano più "soggetti" e meno "oggetti", sulla scia dei molti progressi compiuti nel corso di decenni, soprattutto a partire dal 1789 e con un forte impulso dato dalla Seconda Guerra Mondiale.

Per quanto riguarda l'esperienza del Caffè Letterario, presso il Centro diurno di Via Plinio, si è trattato di un'attività molto partecipata e

apprezzata dai partecipanti, la cui sinergia ha prodotto risultati tangibili: due racconti, espressione delle loro personalità, delle loro aspirazioni e paure.

Per quanto riguarda il progetto che includeva le visite a domicilio, l'intervista di follow-up ha dato buoni riscontri sulla sua utilità. Edoardo, oltre ad essere più autonomo, ha migliorato molto la sua vita affettiva.

Infine, va sottolineata la particolarità delle riunioni in stile *Open Dialogue*, che si integrano bene con un ambiente di cura democratico.

In tutti e tre gli interventi menzionati è rilevante la dimensione relazionale caratterizzata da immediatezza ed autenticità, che è fomentata da una visione non gerarchizzata della cura.

Concludendo, nel parallelismo affrontato, i confini gerarchici si attenuano dando valore ad una dimensione orizzontale e ancorata nelle possibilità e nelle risorse del territorio. Ciò rende i percorsi nelle due aree unici, creativi, dinamici e personalizzati.

Bibliografia

Andersen, T. (1990), *The Reflecting Team: dialogues and dialogues about dialogues*. Norton.

Azeredo Rodrigo, M. (2022), Characterization of the therapeutic communities "Montesanto" (Rome, 2008- 2012) and "Casa de Alba" (Estremoz,2020-2022): brief notes, *CPQ Neurology and Psychology* 5(3), 1-8.

Azeredo Rodrigo, M. & Gonçalves Pereira, J. (in stampa), *Denouncement without Announcement. Part destruens, part construens: an experience in the therapeutic community Casa de Alba (Estremoz) in times of COVID-19*.

Azeredo Rodrigo, M., Pereira, J.G. & Haigh, R. (2025). Understanding and Completing the Legacy of Basaglia and His Collaborators. In C. Guareschi & V. Bizzari (a cura di). *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of its Practice*. Springer Nature.

Bachtin, M. (1968), *Dostoevskij. Poetica e Stilistica*. Einaudi.

Basaglia, F. (1968), *L'istituzione negata*. Einaudi.

Basaglia, F. (2017), *Scritti 1953-1980*. Il Saggiatore.

Battie, W. (1758). *A Treatise on Madness*. For J. Whiston, and B. White.

Berne, E. (1945). Carta enviada para Helen E. Ward da Salinas Evening School, na Califórnia. Consultado a 15/04/2023. No site Brought to Light Stories from UCSF Archives & Special Collections (homepage): disponível em Eric Berne letter to Helen Ward regarding Veterans Service Council — Calisphere.

Berne, E. (1943-1946). When Johny cames marching (nervously) home. Consultado a 15/04/2023. No site Brought to Light Stories from UCSF Archives & Special Collections (homepage): disponível em Eric Berne andVeterans Psychotherapy |

Brought to Light (ucsf.edu).

Berne, E. (1971). *Analisi transazionale e Psicoterapia. Un sistema di psichiatria sociale e individuale*. Astrolabio (pubblicato per la prima volta nel 1961).

Brulon B. (2015). A invenção do Ecomuseu: o caso do Écomusée du Creusot Montceau-Les-Mines e a prática da Museologia Experimental. *Mana* 21(2), 267-295.

Boléo-Tomé, J. P. (2013). *Um olhar para Portugal no mundo*. Edições Colibri.

Boléo-Tomé, J. P. (2014). Aspectos da Contribuição Portuguesa para o progresso da Medicina. Notas históricas. *Acção Médica* 59(3), 217-232.

Bonnafé, L. (2005) *Psychiatre désaliéniste*. L'Harmattan.

Castro, J. L. (1888). Relatório e Proposta de Lei para a organização da Hospitalização dos Alienados. *A Medicina Contemporanea*, 23, 181-184.

Chiarugi, V. (1789), *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*. G. Cambiagi, Stamperia Granducale.

Cintra, P. (2012), *Miguel Lombarda. Preservar a Memória*. Casa das Letras.

Coletivo do Café Literário do Centro de Dia de Dia de Via Plinio (2013), *Le avventure di Re Teo e i suoi Amici*. Unità Operative Complesse eComunicazione dell'ASLRME/Medilife.

Coletivo do Café Literário do Centro de Dia de Dia de Via Plinio (2014), *Alfonso Rock*. Unità Operative Complesse e Comunicazione dell'ASLRME/Medilife.

Da Fonseca, A. F. Medeiros Paiva, F. & Droux, A. (1984), *Definição de uma Unidade de Intervenção na Comunidade*. In B. De Almeida e Sousa, H. Henrique das Neves, I. M. A. Costa, J. Ruivo Siborro Maia, M. L. Magalhães & R. M. Machado Marques (a cura

di). *O Ambulatório em Saúde Mental. 2º Encontro Nacional. Setúbal, 27, 28 e 29 de Abril de 1984. Comunicações*. [s. n.].

De Almeida e Sousa, B., Henrique das Neves, H., Costa, I. M. A., Ruivo Siborro Maia, J., Magalhães, M. L. & Machado Marques, R. M. (a cura di) (1984), *O Ambulatório em Saúde Mental. 2º Encontro Nacional. Setúbal, 27, 28 e 29 de Abril de 1984. Comunicações*. [s. n.].

Freire, P. (1965). Educação como Prática da Liberdade. Paz e Terra.

Freire, P. (2000). *Pedagogia da Indignação. Cartas pedagógicas e outros escritos*. Editora UNESP.

Freire, P. (2003). *Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra (pubblicato per la prima volta nel 1992).

Guareschi, C. & Bizzari, V. (a cura di) (2025). *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of its Practice*. Springer Nature.

Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: a study of therapeutic communities*. Tavistock Publications.

Heymann, L. (a cura di) (2023). *50 anos da Mesa-Redonda de Santiago do Chile (1972-2022): novos olhares sobre os Museus*. UCITEC.

Horn, E. (1818a). *Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin*. Realschulbuchhandlung.

Horn, E. (1818b). Beschreibung der in der Irrenanstalt des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin gebräuchlichen Drehmaschine, *Zeitschrift für psychische Aerzte*, 1, 219–30.

Le Guillant, L. (1946-1947). Une Expérience de Réadaptation Sociale instituée par les Événements de Guerre, *Hygiène mentale*, 6, 85-102.

Mayrand, P. (1987). Há doze anos nascia a Nova Museologia Internacional. *Boletim do Movimento Internacional para uma Nova Museologia*, 0, 1-4.

Muschketat, N. (2022). *Ainda há um longo caminho a percorrer do fim dos Manicómios à Integração na Sociedade, reconhecem especialistas (Público, 11.04.2022)*. Consultado a 20.04.2023. No site Público (homepage)*:* disponível em Ainda há um longo caminho a percorrer do fim dos manicómios à integração na sociedade, reconhecem especialistas | Reportagem | PÚBLICO (publico.pt).

Pereira, A. L. (1986). A Institucionalização da Loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 85-100.

Pessoa, M., Parzysz, B., Lino Rodrigo, A., Pocinho, J. & Ferreira de Oliveira, A. (2023). *Praça da República. Mosaico outonal e Potenciação da Comunidade local*. Centro de Estudos Vergílio Correia/Município de Condeixa-a-Nova/Associação Ecomuseu C A P R./ Movimento para a Promoção da Candidatura de Conímbriga a Património Mundial da Unesco.

Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*. Richard, Caille e Ravier.

Reil, J. C. (1803). *Rhapsodien über die anwendungder psychischen curmethoden auf geisteszerrüttungen*. Curt.

Roth, J. (1987). *La marcia di Radetzky*. Adelphi Edizioni (pubblicato per la prima volta nel 1932).

Scott Fitzgerald, F. (1978). *Tenera è la notte*. Einaudi (pubblicato per la prima volta nel 1934).

Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue approach to Acute Psychosis: its Poetics and Micropolitics. *Family Process,* 3 (42), 403- 418.

Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria. Da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Climepsi Editores.

Stewart, J. (2003). *Eric Berne*. Centro Scientifico Editore.

Tosquelles, F. (1967). *Le travail thérapeutique à l'Hôpital Psychiatrique*. Éditions du Ssarabée.

Tosquelles, F. (1984). *Éducation et Psychothérapie Institutionnelle*. Hiatus Edition.

Villa, G. (2021). *In comunità. Malattia mentale e Cura*. Edizioni dell'Asino.