

# L'appartenenza sociale e le sfide della neo-istituzionalizzazione psichiatrica: un'analisi sociologica da Geel

Nicoletta Velardocchia\*

SOCIAL BELONGING AND THE CHALLENGES OF PSYCHIATRIC NEO-INSTITUTIONALISATION: A SOCIO-LEGAL ANALYSIS FROM GEEL

**ABSTRACT:** This article analyses the neo-institutionalisation of mental illness from a sociological perspective, based on research conducted in November 2024 at the OPZ in Geel, Belgium. It focuses on the concept of social belonging in psychiatry as a means to counter cyclical relapses into new institutional forms. After defining neo-institutionalisation and examining the Italian case (Law 180/1978), the text explores Geel as a model of family foster care. The findings suggest that community education and awareness-raising are crucial tools for strengthening long-term deinstitutionalising practices.

**KEYWORDS:** neo-institutionalisation; social belonging; Geel, psychiatric; community; mental health

**ABSTRACT:** Questo articolo analizza la neo-istituzionalizzazione della malattia mentale da una prospettiva sociologica, basandosi su una ricerca condotta nel novembre 2024 presso l'OPZ di Geel, in Belgio. Il fulcro è il concetto di appartenenza sociale in psichiatria come strumento per arginare le ricadute cicliche in nuove forme istituzionali. Dopo aver definito la neo-istituzionalizzazione e analizzato il caso italiano (Legge 180/1978), il testo esplora Geel come modello di accoglienza familiare. I risultati indicano che educazione comunitaria e sensibilizzazione sono strumenti cruciali per rafforzare pratiche deistituzionalizzanti durature.

**KEYWORDS:** neo-istituzionalizzazione, appartenenza sociale, Geel, psichiatrico, comunità, salute mentale

**SOMMARIO:** 1. Introduzione – 2. Il concetto di «neo istituzionalizzazione» – 3. La libertà da sola può essere sufficiente? – 4. Appartenenza sociale – 5. il caso di Geel — 6. Conclusione.

\* Laureata in Giurisprudenza. Mail: [nicoletta.vela@gmail.com](mailto:nicoletta.vela@gmail.com). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.



## 1. Introduzione

**A**ll'interno del presente articolo intendo soffermarmi sul concetto di neo-istituzionalizzazione della malattia mentale, affrontandolo da una prospettiva socio-giuridica. Nel mese di novembre 2024 ho condotto una ricerca qualitativa sul campo presso l'OPZ (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum) di Geel, in Belgio. Questa scelta nasce da una domanda che ha guidato il mio interesse nell'ultimo anno: è davvero possibile una «deistituzionalizzazione totale» in ambito psichiatrico, oppure questo processo è inevitabilmente soggetto a ricadute cicliche in forme nuove — e forse più sottili — di istituzionalizzazione? E, in tal caso, come si possono affrontare e contenere tali dinamiche?

Muovendo da questa riflessione, il presente contributo si pone l'obiettivo di verificare se la deistituzionalizzazione psichiatrica non possiede un significato univoco, ma si configuri invece come un processo dinamico, condizionato da fattori sociali, culturali e giuridici. Più che un traguardo, dunque, essa si presenta come un cammino evolutivo orientato al superamento dell'istituzione totale e alla valorizzazione dell'individuo. Tuttavia, in assenza di un orizzonte condiviso e definito, questo stesso processo può generare nuovi rischi di istituzionalizzazione. Se così fosse, in che modo è possibile intervenire rispetto a questi continui e ciclici rischi? È possibile creare un sistema deistituzionalizzante che, pur non potendo evitare completamente derive istituzionalizzanti — poiché non si possono anticipare i nuovi orientamenti sociali e culturali — sia in grado di contenerle e ridurne l'impatto nel momento in cui si manifestano? Per poter rispondere al meglio a queste domande e, quindi, avanzare proposte future, ho deciso di svolgere uno studio approfondito sul passato della deistituzionalizzazione psichiatrica, indagando quale potesse essere stato il primo modello e come questo si fosse evoluto nel corso della storia: se fosse sopravvissuto alle continue sfide e ai rischi di neo-istituzionalizzazione e se trovasse attuazione nella realtà contemporanea. Ho dunque trovato le risposte attraverso la ricerca svolta presso il centro psichiatrico di Geel, in Belgio.

## 2. Il concetto di «neo-istituzionalizzazione»

Il termine «neo-istituzionalizzazione» viene generalmente utilizzato per indicare un ritorno alle modalità di contenimento proprie delle istituzioni totali *goffmaniane*, non tanto in senso stretto, quanto come manifestazione di una realtà in cui le istituzioni tendono a funzionare più come strumenti di controllo che come dispositivi di reintegrazione sociale.

Sul punto, è utile soffermarsi sul processo ciclico che si manifesta nel passaggio da istituzionalizzazione a deistituzionalizzazione, fino alla (neo)istituzionalizzazione, e così via<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Questa alternanza di approcci richiama il concetto di «*anaclosi*» sviluppato da Polibio, il quale analizza la natura ciclica delle forme di governo e il loro ciclo di crescita e declino (Polibio, Libro VI, 2001). Secondo il filosofo, i sistemi politici possono passare attraverso diverse fasi: iniziano con una forma di governo legittima e virtuosa, ma tendono a degenerare in una forma corruttiva. Infatti, osserva come la monarchia, che inizia come un regime saggio e giusto, può trasformarsi in tirannide; l'aristocrazia può scivolare verso l'oligarchia; e la democrazia, se non controllata, può evolvere in oclocrazia, dove prevale il dominio della folla irrazionale. Analogamente, anche la gestione della follia sembra seguire un percorso simile. La percezione del malato mentale come individuo da integrare nella società può, in determinati contesti, degenerare in approcci di abbandono o di controllo rigoroso, simili a quelli delle istituzioni totali come i manicomì. In questo modo, ciò che nel XX secolo era visto come un progresso, ovvero



Perspectives

Il concetto di deistituzionalizzazione, inteso come «superamento dell'istituzione totale», trova fondamento nei principi costituzionali. In particolare, l'art. 3, comma 2, della Costituzione italiana prescrive che la Repubblica debba rimuovere gli ostacoli economici e sociali che limitano la libertà e l'egualanza dei cittadini, traducendosi in misure differenziate e compensative rivolte a chi parte da posizioni di svantaggio; in parallelo, l'art. 13 tutela la libertà personale stabilendo che ogni limitazione deve essere giustificata e rigorosamente regolata, e l'art. 32 sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Questo quadro normativo, nel suo insieme, delegittima dispositivi istituzionalizzanti che comprimono sistematicamente autonomia e dignità.

La deistituzionalizzazione, tuttavia, è un procedimento continuo che, pur rompendo con i modelli precedenti e introducendo innovazioni, rischia inevitabilmente di generare nuove forme di istituzionalizzazione. In questo senso, bisogna accettare l'idea che non possa esistere una «deistituzionalizzazione totale», intesa come un superamento netto e definitivo dell'istituzione totale, poiché – come afferma Derrida – «non c'è stabilità assoluta, eterna, intangibile, naturale. Una stabilità non è un'immutabilità, è per definizione sempre destabilizzabile»<sup>2</sup>. Anzi, secondo Kritsotaki<sup>3</sup> già nel momento in cui viene introdotta all'interno di un sistema la deistituzionalizzazione assume i tratti di una pre-istituzionalizzazione, nella misura in cui il superamento delle vecchie dinamiche istituzionali comporta inevitabilmente l'emersione di nuove modalità di contenimento. Un esempio emblematico è rappresentato dall'introduzione dei farmaci, inizialmente accolti come strumenti di emancipazione, ma che hanno finito per contribuire alla configurazione del cosiddetto manicomio chimico<sup>4</sup>. A livello giuridico ciò solleva questioni di effettività e di garanzia, in quanto la deistituzionalizzazione, pur avendo una valenza costituzionale obbligatoria e richiedendo l'implementazione di strumenti di tutela — diritti sociali effettivi, garanzie procedurali e accesso a servizi territoriali adeguati — volti a realizzare l'egualanza sostanziale e l'autonomia delle persone evitando che la transizione generi nuove forme di esclusione o controllo, non può prevedere in anticipo quali strumenti rischino di generare nuove forme di istituzionalizzazione.

È proprio in questa prospettiva dinamica che si colloca il concetto di neo-istituzionalizzazione, non come riproposizione delle istituzioni totali del passato, ma come forma aggiornata di tecniche istituzionali che riaffiorano quando le riforme deistituzionalizzanti, nella loro applicazione concreta, incontrano limiti e difficoltà.

Risulta quindi riduttivo associare la neo-istituzionalizzazione a un semplice “ritorno” alle logiche istituzionali del passato: si tratta piuttosto di un avanzare attraverso nuove configurazioni istituzionali, che emergono in risposta alle lacune e alle criticità che lo stesso processo di deistituzionalizzazione, inevitabilmente, lascia aperte.

All'esito di quanto detto, questa prima parte dell'articolo persegue l'obiettivo di esporre l'attuale problema della neo-istituzionalizzazione in ambito psichiatrico. Tuttavia, è importante sottolineare che l'intento non è tanto quello di svalutare l'intero processo di deistituzionalizzazione finora realizzato,

la deistituzionalizzazione, rischia oggi di trasformarsi in nuove forme di coercizione, come l'abuso della farmacologia o l'abbandono dei pazienti (J. MONCRIEFF, *A straight talking introduction to psychiatric drugs: the truth about how they work and how to come off them*, 2020).

<sup>2</sup> J. DERRIDA, *Verso un'etica della discussione*, in *Limited Inc.*, Milano-Cortina, 1999, 209.

<sup>3</sup> D. KRITSOTAKI, V. LONG, M. SMITH (Eds.), *Deinstitutionalisation and after: Post-war psychiatry in the Western world*, Springer International Publishing, 2016.

<sup>4</sup> P. CIPRIANO, *Il manicomio chimico: cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano, 2015, 7.



quanto piuttosto di invitare a una riflessione sull'impatto che la società può esercitare su questo processo. Ogni riforma normativa a orientamento sociale, infatti, richiede di essere accompagnata da un cambiamento culturale e collettivo. Questa trasformazione è necessaria per poter scardinare il meccanismo sociale secondo cui, di fronte all'emergere di nuovi bisogni e problematiche, si tende a cercare rifugio e sicurezza nel contenimento e nell'isolamento dei soggetti considerati "diversi".

In tal senso, una consapevolezza sociale ancora fragile porta, nei momenti di incertezza, a privilegiare logiche di presunta sicurezza collettiva, a scapito della tutela dei diritti delle persone più vulnerabili. In questo contesto, l'idea di educazione sociale subentra non tanto per evitare l'emergere di nuove forme istituzionalizzanti – che, come detto, sono inevitabili – quanto per orientare la risposta collettiva verso una visione inclusiva, capace di affrontare i rischi di neo-istituzionalizzazione quando questi si presentano. Infatti, se la collettività percepisse i soggetti, psichiatrici e non, che rischiano di essere ricondotti a forme istituzionali, come appartenenti alla società, si potrebbe indirizzare l'utilizzo dell'istituzione più che sul contenimento, verso il sostegno all'autodeterminazione dell'individuo. In linea con questa prospettiva, è utile sottolineare come tale logica trovi fondamento nella Costituzione, ricavabile dagli articoli 2 e 3, attraverso il principio di fraternità. Quest'ultimo sposta il baricentro dall'idea di protezione come mera segregazione a quella di cura come partecipazione reciproca. Se la collettività riconoscesse le persone fragili come parte integrante della trama sociale — e non come "altro" da isolare — le risposte istituzionali potrebbero essere orientate prioritariamente al rafforzamento dell'autodeterminazione e delle reti di sostegno, riducendo il rischio di neo-istituzionalizzazioni originate da logiche di presunta sicurezza collettiva. In questo senso, bisognerebbe domandarsi se alcune dinamiche istituzionali<sup>5</sup>, oggi riscontrabili nel contesto psichiatrico italiano, continuerebbero a persistere anche in presenza di un'adeguata sensibilizzazione sociale, o se, al contrario, quest'ultima non provocherebbe una reale opposizione a tali logiche.

Alla luce di ciò, sorge spontaneo il dubbio che la realtà odierna, più che configurarsi come un periodo post-deistituzionale, debba piuttosto essere letta come una fase neo-istituzionale, in cui le strutture psichiatriche (o la loro assenza) vengono impiegate più come strumenti di contenimento ed esclusione che come mezzi di reintegrazione sociale.

### **3. La libertà da sola può essere sufficiente?<sup>6</sup>**

---

<sup>5</sup> Un esempio significativo di queste dinamiche è rappresentato dal disegno di legge presentato in Senato nel 2023 (Ddl 734/2023), che segnala una persistente tendenza a privilegiare l'inserimento delle persone con disagio psichico in strutture residenziali sanitarie. Tali contesti, pur rientrando formalmente in una logica assistenziale, rischiano di riprodurre forme di contenimento, concentrandosi sul controllo esterno e sull'occupazione passiva del tempo, piuttosto che sulla costruzione di percorsi di vita indipendente e autodeterminata, capaci di valorizzare le aspirazioni e le potenzialità individuali. Sebbene questi principi di autonomia e inclusione siano oggi formalmente riconosciuti, resta incerto se troveranno un'applicazione concreta e diffusa. Un discorso analogo riguarda la contenzione meccanica, pratica ancora oggi ampiamente diffusa nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, nonostante sia in evidente contrasto con il principio basagliano del rispetto della libertà personale. Secondo i dati del 2022, solo 19 su 318 SPDC si dichiaravano «no restraint» (V. Rossi, *Ecco i 19 reparti dove non si lega nessuno*, 2023), a conferma della difficoltà nel superare logiche custodiali e coercitive che resistono alla trasformazione dei servizi.

<sup>6</sup> Citazione di una frase tratta dal sottocapitolo «*Istituzionalizzazione e deistituzionalizzazione*» della pubblicazione «*Asy(s)lum. Dalle "istituzioni totali" di Goffman ai "campi rom" della città di Roma*» a cura dell'Associazione 21 lu-



Perspectives

Il processo di deistituzionalizzazione in ambito psichiatrico, avviato negli anni '60 e '70, si è fondato principalmente sull'obiettivo di garantire la liberazione delle persone dall'istituzione manicomiale.

In questo senso, è interessante soffermarsi sul concetto di "libertà". Infatti, tale nozione si pone al centro del dibattito deistituzionale, intendendola come la letterale fuoriuscita dei soggetti dalle mura dell'istituzione. Ebbene, interpretare la "libertà" in questi termini significa ridurla a una dimensione puramente formale e strutturale, ignorando la possibilità concreta per il soggetto di affrancarsi dallo stigma del "diverso". Solo una libertà esercitata anche sul piano sociale avrebbe potuto garantire una vera uguaglianza, offrendo a ciascuno l'opportunità di abitare, lavorare, costruire relazioni e immaginare il proprio futuro<sup>7</sup>; e quindi, di autodeterminarsi.

In questo senso, è lecito domandarsi se la libertà sia, di per sé, sufficiente<sup>8</sup>. Questo non perché la libertà sia superflua – al contrario, è proprio dalla libertà che si aprono le reali possibilità di umanizzazione del trattamento psichiatrico, evitando che esso si fondi esclusivamente sulla reclusione e sulla medicalizzazione – ma perché tale esito non è affatto immediato.

Sul punto è utile soffermarsi sul caso italiano, spesso citato come esempio avanzato per aver superato strutturalmente la reclusione manicomiale<sup>9</sup>. Tuttavia, evidenzia alcune criticità che alimentano fenomeni di neo-istituzionalizzazione. In molte regioni, infatti, la deistituzionalizzazione si è rivelata un processo complesso e problematico: sebbene le strutture manicomiali siano state chiuse, liberando i soggetti dalle mura strutturali istituzionali, non sempre sono stati attivati servizi di comunità adeguati a supportare effettivamente i pazienti. Le risorse per l'assistenza psichiatrica territoriale erano spesso limitate, e molti pazienti sono finiti privi del necessario supporto, talvolta diventando senzatetto o venendo incarcerati<sup>10</sup>, situazioni in cui la cura psichiatrica risultava pressoché assente.

Inoltre, riprendendo gli studi di Emilio Santoro<sup>11</sup>, se intendiamo la deistituzionalizzazione non soltanto come chiusura delle strutture, ma come superamento del modello istituzionale attraverso il riconoscimento e la promozione dell'autodeterminazione del soggetto, allora essa richiede, oltre alla libertà, anche la garanzia della dignità e dell'autonomia della persona.

In particolare, per quanto riguarda la dignità del paziente psichiatrico, intesa come condizione per l'esercizio dei diritti fondamentali e la realizzazione della propria identità sociale, essa è spesso violata da pratiche coercitive (contenzione meccanica e chimica) e dalla carenza di servizi adeguati<sup>12</sup>. Le azioni

gio F. BONADONNA, C. STASOLLA, A. TULLIO CATALDO, *Asy(s)lum: dalle "istituzioni totali" di Goffman ai "campi rom" della città di Roma*, 2020.

<sup>7</sup> S. D'AUTILIA, *Tracce di deistituzionalizzazione*, in *Sos Sanità*, 2021.

<sup>8</sup> F. BONADONNA, C. STASOLLA, A. TULLIO CATALDO, *Asy(s)lum: dalle "istituzioni totali" di Goffman ai "campi rom" della città di Roma*, 2020.

<sup>9</sup> Legge n. 180/1978.

<sup>10</sup> F. BALBUENA RIVIERA, *From asylums to deinstitutionalization and after: an analytic review*, 2024.

<sup>11</sup> E. SANTORO, *Il soggiorno obbligato: la disabilità fra dispositivi di incapacità e strategie di emancipazione*, T. CIRO (a cura di), Il Mulino, Bologna, 2024, 240-260.

<sup>12</sup> Secondo il Progetto MOR (2023), l'Italia destina solo il 3,4% della spesa sanitaria alla salute mentale, contro una media del 10% nei Paesi ad alto reddito, disattendendo l'impegno del 5% stabilito nel 2001. Inoltre, dati del Sole24Ore (C. D. ROLD, *Quanti posti letto abbiamo per servizi di salute mentale*, 2023) rivelano una carenza strutturale di posti letto nelle residenze psichiatriche (5,1 ogni 10 mila abitanti contro un fabbisogno di 5,7), con forti diseguaglianze tra Nord e Sud. In assenza di una rete territoriale efficace, la dignità viene negata non per reclusione, in quanto la libertà strutturale (per la maggior parte dei soggetti) esiste, ma per esclusione silenziosa e sistemica dalla società. Analogamente, ciò avviene con deistituzionalizzazione, ma spesso ostacolato da controllo sociale e pater-



positive, intese come diritti sociali, trovano fondamento nell'articolazione costituzionale della tutela sociale e richiedono misure concrete d'intervento pubblico; in questo senso la tutela della salute come diritto sociale (e non solo come bene di fatto) è componente essenziale del progetto deistituzionalizzante. Dunque, la neo-istituzionalizzazione riflette la persistenza di modelli gestionali che, anziché promuovere la reale autonomia e dignità del paziente, riproducono modalità moderne di oppressione. Tuttavia, tale esito è riconducibile anche al fatto che – come evidenziato da Ernesto Venturini<sup>13</sup> – la *deospedalizzazione*, intesa come superamento strutturale dell'istituzione totale, rappresenta soltanto il primo passaggio nel più ampio processo di deistituzionalizzazione. In questa prospettiva (riprendendo il discorso introdotto nel precedente paragrafo), la deistituzionalizzazione non può essere ridotta a un intervento legislativo isolato. Essa richiede una trasformazione culturale e sociale profonda, un'educazione collettiva capace di affrontare le nuove esigenze della realtà e di mantenere vivo l'obiettivo dell'inclusione. In tal senso, non essendo la deistituzionalizzazione una condizione acquisibile una volta per tutte, bensì un processo da costruire nel tempo, da mantenere e costantemente rinnovare, risulta ancora una volta utile richiamare gli studi di Venturini. L'autore sottolinea come il passaggio cruciale del processo di deistituzionalizzazione sia rappresentato dal riconoscimento del valore sociale.

Il “valore sociale” rappresenta l'esito più avanzato del percorso: l'obiettivo è quello di contrastare lo stigma, promuovendo l'autonomia e l'autorealizzazione, e contribuendo alla costruzione di una nuova immagine del soggetto con sofferenza psichica, riconosciuto come risorsa attiva all'interno della società. Da questa breve sintesi emerge come, affinché l'autodeterminazione possa realizzarsi e, con essa, la deistituzionalizzazione possa effettivamente compiersi, non sia sufficiente la sola liberazione strutturale.

A riguardo, è necessario fare un appunto sul modello secolare di Geel, oggetto della presente ricerca, che verrà approfondito nel paragrafo conclusivo; tuttavia, è utile anticiparlo per quanto riguarda il tema della “libertà” e del “valore sociale”. Infatti, Geel rappresenta un modello pionieristico per il trattamento della salute mentale, fondato sin dal XIII secolo sull'accoglienza etero-familiare<sup>14</sup>, intesa come forma primaria di cura e di inserimento sociale. A partire dal 1988 – circa un decennio dopo l'approvazione in Italia della Legge Basaglia – fu istituita una struttura ospedaliera regionale di tipo psichiatrico. A prima vista, tale passaggio potrebbe apparire contraddittorio, se non addirittura regressivo, rispetto alla traiettoria deistituzionalizzante perseguita a Geel. In realtà, ha contribuito a rafforzare<sup>15</sup> – seppur non senza

---

nalismo. Le pratiche coercitive, la carenza di formazione del personale e l'assenza di contesti comunitari inclusivi impediscono una reale autonomia del paziente (D'Autilia, 2021). Secondo uno studio condotto nel Nord Italia (C. BUZZA, R. PIOLI, M. PONTERI, M. VITTORIELLI, A. CORRADI, N. MINICUCI, G. ROSSI, *Community attitudes towards mental illness and socio-demographic characteristic: an Italian study*, 2005), lo stigma sociale, soprattutto tra giovani e datori di lavoro, limita fortemente le possibilità di reinserimento e accesso al lavoro, diritto fondamentale per l'autonomia. In linea con quanto esposto, diviene possibile osservare come, nel momento in cui sussiste una libertà puramente strutturale, priva sia di dignità che autonomia, si presenta l'autonomia, intesa come libertà (sostanziale) di scelta e autodeterminazione, che è un elemento centrale nel processo di rischio di assistere a delle forme di ritorno dell'istituzione totale, sebbene in una veste rinnovata

<sup>13</sup> E. VENTURINI, *Deistituzionalizzazione*, in G. DIGILIO (a cura di), *Vade-retro del pregiudizio: piccolo dizionario di salute mentale*, Roma, 2005, p.30

<sup>14</sup> A. FAUVEL, W. DUPONT, *Gheel, la ville des fous*, in *Open Edition Books*, 2022

<sup>15</sup> Gli ospedali psichiatrici offrono un ambiente controllato e strutturato per pazienti con gravi problemi mentali, come confermato dallo studio della World Psychiatry Association (G. THORNICROFT, M. TANSELLA, *Balancing community-based and hospital-based mental health care*, 2002).



Perspectives

iniziali rischi di neo-istituzionalizzazione, che saranno illustrati in seguito – i principi di libertà, dignità e autodeterminazione delle persone in cura.

Le testimonianze raccolte nel corso della ricerca confermano questa interpretazione. Un'infermiera ha sottolineato che «le persone devono stare in istituzione solo temporaneamente, per rafforzarsi e poi partecipare in società». Questo evidenzia una concezione dell'istituzione (struttura) non come luogo chiuso e permanente, ma come spazio transitorio, all'interno di un percorso più ampio di partecipazione sociale. Tale visione è coerente anche con quanto emerso nei colloqui con la job coach, la quale descrive percorsi personalizzati orientati all'autonomia: «Parliamo con loro di cosa piace e non piace fare, quanto tempo vogliono dedicare al volontariato, se preferiscono attività individuali o di gruppo». Le attività proposte dall'istituzione, dunque, non si configurano come meri strumenti occupazionali e di reclusione, ma come occasioni di valorizzazione della persona e delle sue inclinazioni, in vista di un pieno riconoscimento sociale. Inoltre, l'inclusione nella comunità locale gioca un ruolo centrale. Come affermato da una volontaria: «Coinvolgiamo le persone con disagio psichico in progetti organizzati per la città». La cittadinanza attiva diventa così parte integrante del processo terapeutico, contribuendo a scardinare l'equazione struttura = istituzione totale.

La libertà viene quindi ridefinita in termini sostanziali piuttosto che strutturali, legandola alla possibilità concreta di agire, scegliere e relazionarsi nel tessuto sociale, tutelando così l'autonomia e la dignità del soggetto. In questo modo, riesce a integrare il valore essenziale della deistituzionalizzazione, ovvero l'autodeterminazione del soggetto.

Sorge spontaneo interrogarsi sul motivo per cui il sistema sia riuscito, nonostante le difficoltà, a mantenere una direzione coerente con la propria tradizione deistituzionalizzante. La risposta risiede nel *"valore sociale"* precedentemente citato, che si esprime nel fatto che la tradizione storica della comunità di Geel, nel condividere quotidianamente lo spazio con persone con disturbo psichico, ha reso possibile una forma di coabitazione priva di marcate stigmatizzazioni. Come affermato da un'infermiera: «I pazienti dell'OPZ non sono individuabili né visibili, perché sono percepiti come chiunque altro...».

L'efficacia del modello risiede quindi nell'aver saputo coniugare la presenza di una struttura ospedaliera con un radicato senso di appartenenza sociale, coltivato nel tempo tanto all'interno delle famiglie affidatarie quanto nel più ampio contesto urbano. In tal modo, la comunità non ha semplicemente accolto le persone con sofferenza psichica: le ha riconosciute, restituendo loro un ruolo, un'identità ed un valore nel tessuto sociale.

A seguito di questa breve analisi, emerge la necessità di una trasformazione culturale e sociale che conduca al pieno riconoscimento dell'*appartenenza sociale*<sup>16</sup> delle persone affette da disturbo psichico. Solo a partire da tale riconoscimento diventa possibile la costruzione di una comunità realmente inclusiva, capace di promuovere l'autonomia e la dignità del soggetto, nonché una liberazione che non sia soltanto strutturale – dalle mura delle istituzioni manicomiali – ma anche sociale. In tal senso, proprio nel momento in cui la società si dimostra incapace di riconoscere questa appartenenza, si apre lo spazio per dinamiche escludenti, alimentate da forme di panico morale e da derive di populismo penale. Tali fenomeni trovano terreno fertile in un tessuto collettivo non educato all'inclusione, facilmente permeabile a strategie politiche fondate sulla paura e sull'urgenza del controllo. Si rafforza così l'idea – profondamente distorta – secondo cui l'allontanamento del soggetto “diverso” costituirebbe una misura di tutela col-

<sup>16</sup> K. SAMUEL, *Bringing back institutionalization would be inhumane—and ineffective*, in *Psicology Today*, 2023.



lettiva, trascurando il fatto che quel soggetto è, a tutti gli effetti, parte integrante del corpo sociale. In realtà, nulla risulta più dannoso per la coesione sociale dell'esclusione sistematica di chi, al contrario, necessita di cura, attenzione e legittimazione.

Appare, dunque, imprescindibile lo sviluppo di un pensiero autenticamente antistituzionale, capace di sostenere e accompagnare il processo di deistituzionalizzazione, soprattutto alla luce dei rischi – strutturali e permanenti – di neo-istituzionalizzazione.

#### 4. Appartenenza sociale

Il tema dell'appartenenza sociale diviene quindi cruciale per la continuità nel tempo della deistituzionalizzazione, sotto due aspetti: sia dal punto di vista della collettività, sia da quello dell'individuo.

A riguardo, è interessante soffermarsi sull'analisi proposta da Saraceno<sup>17</sup> in merito all'istituzione totale e al processo di deistituzionalizzazione. L'autore descrive il rapporto tra istituzione totale e paziente psichiatrico come una relazione di tipo "*padre/dominus*", basata su un modello gerarchico e paternalistico; al contrario, definisce "antistituzionale" il legame che si instaura nella coppia "*frater (soror)/civis*". Questo passaggio non è secondario: è proprio nel rapporto paternalistico che si annida il nucleo del controllo e della sorveglianza, elementi centrali del paradigma medico-istituzionale. Ed è qui che si innesta la svolta antistituzionale, che trova il suo punto di forza nell'appartenenza sociale — intesa come costruzione di un legame tra pari, fondato sulla «*fraternità e complicità nella condivisione della civitas*». In questa prospettiva, l'individuo psichiatrico non è più un soggetto da custodire e disciplinare, ma un cittadino a pieno titolo, parte del patto sociale, da tutelare e riconoscere, non da escludere. Dunque, il fatto che la collettività percepisca e riconosca l'appartenenza sociale delle persone con disturbi psichiatrici permetterebbe un *continuum* del processo di deistituzionalizzazione. Questo perché si eviterebbe che, nei momenti di difficoltà, la società ceda alla tendenza ad escludere il "diverso" e, al contrario, si attiverebbe per affrontare i malfunzionamenti del sistema stesso.

In questo punto torna utile richiamare un concetto parallelo a quello di appartenenza sociale: il principio della fraternità. Quest'ultimo non deve essere inteso come vaga sollecitazione morale, ma come norma che orienta la convivenza sociale verso l'inclusione attiva. Prendendo spunto da Filippo Pizzolato<sup>18</sup>, è utile distinguere fraternità e solidarietà: mentre la solidarietà può essere interpretata entro logiche di interesse comune e di obbligazione — una forma di responsabilità che trova facilmente strumenti privatistici e organizzativi — la fraternità introduce un legame etico che «va oltre» l'interesse e richiama in modo ancora più radicale alla cura dell'altro, in quanto appartenente alla comunità. Per renderla operativa nella pratica giuridica e sociale — ossia per disinnescarne il rischio di ridursi a un dover-essere astratto — occorre ancorarla a meccanismi istituzionali e relazionali concreti (la sussidiarietà, la cooperazione tra cittadini singoli e associati, la partecipazione al bene comune), così come prospettato dallo stesso autore. Questa declinazione concreta della fraternità è coerente con l'idea, proposta da Angelo Mattioni<sup>19</sup>, di una "giuridicizzazione" della fraternità che la traduce in strumenti di inclusione: la fraternità ricompatta

<sup>17</sup> B. SARACENO, *Il soggiorno obbligato: la disabilità fra dispositivi di incapacità e strategie di emancipazione*, a cura di T. CIRO, Il Mulino, Bologna, 2024, 305-325.

<sup>18</sup> F. PIZZOLATO, P. COSTA *Principio di fraternità e modernità giuridica*, in *Costituzionalismo.it*, 2013.

<sup>19</sup> A. MARZANTI, A. MATTIONI, *La fraternità come Principio del diritto pubblico*, in *Città nuova*, Roma, 2007.



Perspectives

le differenze nel quadro di una pari dignità sociale, rendendole alleate e complementari al servizio del bene comune. Applicata alla persona con disturbo psichiatrico, ciò significa non solo evitare la reclusione o la marginalizzazione, ma attivare forme concrete di reinserimento e di responsabilità condivisa — politiche di sostegno, reti di prossimità, servizi integrati — che riammettano la persona nella comunità come soggetto capace di contribuire.

Considerando questo aspetto, si può osservare come l'appartenenza sociale trovi un fondamento non tanto nel concetto di solidarietà, osannato dalla cultura moderna occidentale, quanto in un concetto di fraternità che è, prima di tutto, una modalità morale, sociale e culturale di percepire l'altro. Sulla base di ciò, il concetto di appartenenza mostra due diverse sfaccettature: da un lato, un'appartenenza riservata alle persone che non rientrano negli stereotipi, considerate parte della cosiddetta “utilità sociale”; dall'altro, una forma di appartenenza marginale, assegnata a coloro che, pur vivendo nella collettività, non sono percepiti come portatori di una funzione produttiva o utile nel senso dominante del termine.

In questo contesto diviene rilevante richiamare il pensiero di Jeremy Bentham, secondo il quale «*l'uomo è utilitarista: agisce per perseguire la propria utilità, per soddisfare i propri interessi*»<sup>20</sup>. L'appartenenza sociale, dunque, viene spesso riconosciuta solo a chi persegue razionalmente la propria utilità individuale, contribuendo così, in modo diretto o indiretto, all'incremento dell'utilità collettiva. Ne consegue che risultano esclusi dall'appartenenza sociale tutti coloro che, per condizioni personali, limiti psichici o visuti di sofferenza, non riescono a partecipare a questa dinamica di scambio e vantaggio.

A rafforzare questa visione si inserisce il pensiero di Francesco Pallante, secondo cui «*l'utile individuale, a qualunque costo perseguito, è anche misura delle istituzioni collettive, dal momento che il vantaggio generale altro non è che la somma dei vantaggi individuali*»<sup>21</sup>. In una società così concepita, l'inclusione sociale si lega strettamente alla capacità di produrre utilità: essere utili diventa condizione implicita per essere visibili, riconosciuti, appartenenti. Diviene allora fondamentale interrogarsi sul significato stesso di “appartenenza sociale”, perché il modo in cui lo si definisce incide direttamente sull'identità e sul valore che viene attribuito ai singoli individui. Oggi, si tende a considerare l'appartenenza sociale come prerogativa esclusiva dei soggetti “utili”: persone autodeterminate, economicamente attive e socialmente necessarie. Tuttavia, se invece di legare il concetto di appartenenza a quello di utilità si assumeva come riferimento il concetto di comunità – intesa come spazio condiviso che accoglie ogni individuo, comprese le persone ristrette o con disturbi mentali – allora si potrebbe generare una forma di appartenenza realmente inclusiva, capace di riconoscere e valorizzare ciascuno per le proprie qualità, caratteristiche e contributi, anche quando questi non rientrano nei parametri della produttività.

Un'ulteriore problematica sociale riguarda la nostra contemporaneità, caratterizzata da frammentazione, individualismo e precarietà relazionale (come osservato da Zygmunt Bauman nella diagnosi della “modernità liquida”). In questi contesti, dove i legami sociali sono deboli, temporanei o fortemente mediati da reti fluide, la chiamata alla fraternità rischia di restare un imperativo morale privo di traduzione pratica. Per evitare che l'appartenenza si riduca a un ideale retorico, è pertanto necessario verificarne la sostenibilità attraverso ancoraggi istituzionali e strumenti concreti: norme che promuovano la partecipazione effettiva e i diritti di cittadinanza, meccanismi di governance locale (reti di prossimità, finanziamento stabile dei servizi, politiche abitative e del lavoro inclusive), indicatori di monitoraggio e procedu-

<sup>20</sup> F. PALLANTE, *Per scelta o per destino?: La Costituzione tra individuo e comunità*, Giappichelli, Torino, 2018, 155.

<sup>21</sup> *Ibidem*.



re di prevenzione dello stigma e dell'esclusione. In assenza di queste ancora, il rischio è duplice: l'appartenenza resterà riservata a chi è già integrato nei circuiti di utilità sociale; le persone più fragili, invece, saranno esposte a politiche emergenziali quando i legami comunitari si indeboliscono. La sfida pratica, che lascia aperta la possibilità di studi futuri, consiste quindi nel tradurre la fraternità in istituzioni e pratiche resistenti alla frammentarietà — ovvero in diritti, responsabilità condivise e risorse strutturali — affinché l'appartenenza sociale sia non solo desiderabile, ma realizzabile e duratura.

Coltivare questa connessione con la comunità — così come con un luogo, un senso di potere e di scopo — diventa quindi essenziale. Una volta soddisfatti i bisogni biologici fondamentali alla base della salute psicologica, la nostra capacità di raggiungere il benessere dipende infatti dalla qualità della nostra connessione con gli altri, dal sentirsi radicati in una “casa”, e dal percepire di avere voce, agenzia e significato nella nostra vita.

## 5. Il caso di Geel

Tenendo in considerazione l'importanza del concetto di *appartenenza sociale* per il perdurare e la tutela della deistituzionalizzazione, diviene utile fare riferimento al lavoro di ricerca svolto presso il Centro Pubblico di Assistenza Psichiatrica (*Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum - OPZ*) di Geel, in Belgio. Al fine di redigere la mia ricerca sul campo, ho richiesto l'autorizzazione a condurre interviste con il personale per esplorare il concetto di deistituzionalizzazione in un contesto che lo pratica da oltre 700 anni. Durante la ricerca ho utilizzato metodologie tipiche della ricerca qualitativa e, in particolare, ho trascorso un periodo di 21 giorni presso l'OPZ di Geel, dove ho effettuato osservazione diretta e condotto 12 interviste qualitative semi-strutturate.

Come anticipato, Geel rappresenta un esempio storico di deistituzionalizzazione, con una tradizione secolare basata sull'integrazione delle persone con disturbi psichici nella comunità, attraverso l'accoglienza familiare. Come evidenziato da Foucault<sup>22</sup>, si tratta di una comunità che, già dal XIII secolo, accoglieva le persone considerate “diverse” tramite il metodo dell'accoglienza etero-familiare: i soggetti con disturbi psichici venivano ospitati da famiglie disposte ad accoglierli nella propria casa, integrandoli nella vita quotidiana, in cambio di un contributo economico per il loro mantenimento. Questo sistema ha rappresentato una forma precoce di cura parzialmente deistituzionalizzata, ben prima che la deistituzionalizzazione diventasse un tema centrale nella medicina e nella psichiatria<sup>23</sup>.

Questa lunga tradizione ha trovato una sua evoluzione istituzionale nel presente, dove il programma di accoglienza familiare è inserito all'interno dell'ospedale psichiatrico come una delle possibili forme di residenzialità.

Dal punto di vista costituzionale, il quadro belga non enuncia un “diritto alla salute” in termini assoluti, ma tutela specifiche garanzie rilevanti per la salute mentale: la Costituzione riconosce il diritto alla protezione della salute, il diritto all'aiuto medico e il diritto a un ambiente sano (art. 23), nonché disposizioni connesse alla vita privata e all'integrità fisica (art. 22) che includono la protezione dei dati sanitari e il diritto a ricevere cure. Queste garanzie costituiscono il fondamento normativo entro cui si collocano le

<sup>22</sup> M. FOUCAULT, M. GALZIGNA, *Storia della follia nell'età classica*, in Rizzoli, Milano, 2016, 9.

<sup>23</sup> A. DEL GIUDICE, *L'adozione sociale*, in *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 2024, 1083 - 1086.



Perspectives

politiche e i servizi di salute mentale e hanno orientato l'evoluzione legislativa e amministrativa del settore.

Il sistema della salute mentale in Belgio poggia su solide basi legislative e istituzionali. Le principali pietre miliari sono la Health Insurance Act e la Hospital Act del 1963, che hanno istituito l'assicurazione sanitaria obbligatoria e definito norme di pianificazione e finanziamento per gli ospedali. Fu creato il National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI), incaricato di organizzare i rimborsi, finanziare la residenzialità e monitorare le spese. Le competenze sono ripartite tra il livello federale — responsabile dell'assicurazione obbligatoria, degli standard ospedalieri, del finanziamento ospedaliero e della regolazione dei professionisti e dei farmaci — e i governi regionali e comunitari — incaricati di prevenzione, promozione, servizi domiciliari e molti aspetti dell'assistenza comunitaria. Riforme successive hanno integrato questo quadro: la riforma del 1975 ha istituito il settore ambulatoriale, la riforma Busquin del 1989 ha sostenuto lo sviluppo di strutture di riabilitazione e abitazioni protette (ISH, PNH), mentre modifiche finanziarie e di regolazione (anni '80–2000) hanno progressivamente introdotto meccanismi di finanziamento prospettico e sistemi informativi clinici (MCS, poi e-Health). L'accoglienza familiare a Geel si inserisce e convive con questo quadro normativo che combina responsabilità federali per la residenzialità e ruoli regionali per i servizi comunitari, garantendo sia la regolazione istituzionale sia la possibilità di modelli deistituzionalizzanti integrati.

In particolare per la salute mentale, la ripartizione delle competenze ha subito un'accelerazione importante: dopo la Sesta riforma dello Stato, le Comunità hanno ottenuto una piena competenza su molteplici ambiti della cura psichiatrica — tra cui i servizi ambulatoriali, l'assistenza domiciliare, i servizi per anziani con bisogno di assistenza psichiatrica, e la politica di riabilitazione e *long term care* — mentre l'autorità federale conserva responsabilità fondamentali quali le norme di autorizzazione e il finanziamento dell'esercizio ospedaliero. Le Comunità definiscono inoltre i requisiti di autorizzazione cui devono rispondere ospedali e servizi, e possono finanziare gli investimenti nelle infrastrutture e nei servizi medici-tecnici. Questo assetto spiega perché programmi come l'accoglienza familiare possano essere integrati nell'ambito di strutture ospedaliere pur essendo fortemente orientati alla presa in carico comunitaria. Per questa ragione, inizialmente, ho percepito come controverso il fatto che tutti i servizi (residenziali, come l'accoglienza familiare) fossero non solo gestiti, ma anche parte, dell'ospedale psichiatrico; soprattutto se osservato dalla prospettiva italiana<sup>24</sup>, in cui, come visto, si tende a far coincidere la nozione di *deistituzionalizzazione* – intesa come cambiamento culturale e sociale nel trattamento della salute mentale – con quella di *deospedalizzazione*, legata alla chiusura dei manicomì o al trasferimento dei pazienti fuori dalle strutture. Mi sono dunque trovata a riflettere su quale possa essere un equilibrio sostenibile tra un sistema deistituzionalizzante e una struttura, come l'ospedale psichiatrico, che per natura conserva ancora alcune caratteristiche delle istituzioni tradizionali. Infine, a livello comunitario sono presenti strumenti normativi specifici per la salute mentale: ad esempio la Comunità francofona dispone di un codice regolamentare regionale per l'azione sociale e la salute, mentre nella Comunità fiamminga sono stati adottati decreti mirati (tra cui quelli del 18 maggio 1999 e del 5 aprile 2019) volti all'organizzazione e al sostegno dell'offerta di salute mentale. Tali interventi normativi locali mostrano come la governance della salute mentale in Belgio operi su più livelli, consentendo adattamenti territoriali pur nel quadro delle garanzie costituzionali.

<sup>24</sup> Sul tema, rinvio al terzo paragrafo.



Questo bilanciamento l'ho ritrovato nel concetto di *appartenenza sociale*, fortemente presente sia nella comunità che tra gli operatori dell'OPZ.

In merito, una delle domande poste durante le interviste riguardava la possibile stigmatizzazione sociale delle persone con disturbi psichiatrici. È interessante osservare come le risposte indicassero un forte senso di integrazione: «*Conoscono i pazienti accolti nelle famiglie, non sono solo tollerati ma accettati, se partecipano*»; oppure: «*Qui fanno parte semplicemente della vita quotidiana*»; e ancora: «*È da considerare che lavoriamo con una popolazione che offre un tale sostegno...*». Queste dichiarazioni evidenziano come la lunga tradizione di accoglienza a Geel abbia coinvolto la comunità al punto da non solo ospitare i pazienti, ma percepirli come parte integrante della società. Tale approccio relazionale, che si traduce in una piena accettazione dei soggetti con disturbi psichiatrici, ribadisce il tema dell'appartenenza sociale. La percezione positiva e inclusiva che emerge dalle interviste conferma come, a Geel, la deistituzionalizzazione non si limiti alla mera eliminazione delle barriere istituzionali, ma si fondi su un autentico riconoscimento della dignità e del valore di ogni individuo<sup>25</sup>. Questa modalità relazionale favorisce un ambiente in cui i pazienti non sono visti come “*altro*” o come elementi estranei, ma come componenti attive e vitali della comunità, contribuendo così a mantenere e perpetuare il modello deistituzionalizzante.

Un altro indicatore rilevante di questa appartenenza sociale, slegata dal concetto di produttività, è l'approccio personalizzato all'inserimento lavorativo. L'OPZ offre infatti ai pazienti la possibilità di svolgere lavori sia all'interno che all'esterno della struttura, e il criterio guida non è l'efficienza o la disponibilità delle collaborazioni, bensì il desiderio espresso dal paziente stesso. Il *job coach* valuta innanzitutto le inclinazioni e gli interessi manifestati dal paziente e, solo successivamente, verifica la possibilità di attivare collaborazioni coerenti con tali aspettative. Questa modalità dimostra che è possibile mettere davvero al centro l'individuo, non solo come destinatario di assistenza, ma come soggetto capace di desiderare, scegliere e contribuire, proprio perché si sa che nella comunità vi saranno persone disposte a offrire opportunità lavorative anche a soggetti psichiatrici. Questo è il risultato di secoli di contatto diretto con persone affette da disturbi mentali. In questo senso, come scrive Emilio Santoro, il cuore dell'autodeterminazione del soggetto – che per noi coincide con la deistituzionalizzazione – è il diritto alla libertà, all'autonomia e alla dignità.

Tuttavia, sarebbe errato ritenere che il sistema di Geel non abbia mai affrontato rischi di neostituzionalizzazione, in particolare quando è divenuto un ospedale regionale nel 1988<sup>26</sup>. Questo cambiamento ha portato all'accoglienza di nuove tipologie di pazienti, aumentando la necessità di sviluppare attività e programmi per favorire la loro partecipazione alla vita comunitaria. In questa fase, sono emerse resistenze ed esclusioni tipiche degli atteggiamenti istituzionalizzanti. I pazienti ospedalizzati venivano spesso percepiti come meno prevedibili e potenzialmente più pericolosi, in quanto portatori di disturbi meno cronici rispetto a quelli accolti dalle famiglie. Il rischio era che, entrando in una dimensione più istituzionalizzata, il sistema applicasse pratiche e regole tipiche dell'istituzione totale, che tendono a ridurre la flessibilità e l'approccio inclusivo, a favore di modalità standardizzate di cura. Nonostante

<sup>25</sup> E. SANTORO, *Il soggiorno obbligato: la disabilità fra dispositivi di incapacità e strategie di emancipazione*, a cura di T. CIRO, Il Mulino, Bologna, 2024

<sup>26</sup> R. VILLA, *Geel, la città dei matti: l'affidamento familiare dei malati mentali: sette secoli di storia*, Carocci, Roma, 2020.



*Perspectives*

ciò, grazie a un lavoro congiunto tra gli operatori terapeutici dell'OPZ e i volontari, si è progressivamente promosso un approccio inclusivo, rafforzando il concetto di appartenenza sociale. L'integrazione dei nuovi pazienti è stata favorita attraverso attività condivise e il coinvolgimento attivo della comunità. In un'intervista con un'assistente sociale è emerso un effettivo

«...coinvolgimento diretto degli abitanti, ad esempio nell'organizzazione dei controlli, nell'accompagnamento dei pazienti al centro culturale, oppure nell'apertura delle attività artistiche — come la scuola di musica — anche a persone con problemi di salute mentale. Questo approccio, nato nell'ambito dell'accoglienza etero-familiare, si è cercato progressivamente di estendere a tutta l'organizzazione, coinvolgendo non solo i pazienti in transito, ma anche quelli in affidamento stabile».

La costruzione di legami autentici – sia con i volontari che con i membri della società in generale – ha avuto la funzione fondamentale di evitare la riduzione del soggetto psichiatrico al solo ruolo istituzionale, ovvero quello di «*paziente*» promuovendo invece un riconoscimento reciproco come individuo. L'interazione con la comunità riduce infatti il senso di separazione tra «*loro*» e «*noi*» e stimola un processo di riconoscimento che, nel lungo periodo, contribuisce alla continuità della deistituzionalizzazione. È necessario un ulteriore passaggio per comprendere appieno il funzionamento del modello di Geel. La sua perpetuazione è garantita anche dalla mentalità deistituzionalizzante degli operatori – sociali e, soprattutto, terapeutici – dell'OPZ, una struttura che, pur presentando caratteristiche istituzionali classiche, si impegna a garantire l'integrazione del paziente nella comunità. Dal momento in cui l'accoglienza è stata formalmente inserita nel sistema ospedaliero – a fine XIX secolo – e, in particolare, dal 1988 con la trasformazione in ospedale psichiatrico regionale, l'OPZ si è articolato in sezioni residenziali, semi-residenziali e chiuse. Sebbene ciò comporti un potenziale rischio di neo-istituzionalizzazione, l'approccio deistituzionalizzante è rimasto centrale nell'azione operativa. A supporto di questo orientamento, un'intervista a uno psichiatra ha rivelato:

«Ritengo che entrambi gli approcci (ospedaliero e sociale) siano necessari. Dal mio punto di vista non sono in contraddizione, ma è importante non esagerare con nessuno dei due. A volte è meglio che una persona venga ricoverata per un breve periodo e poi ritorni nella comunità, affinché l'assistenza territoriale possa proseguire [...] con il passare del tempo si è cercato sempre più di valorizzare le risorse e le opportunità offerte dalla società, promuovendo l'inclusione dei pazienti nel contesto locale. Sono nate così iniziative come una squadra ciclistica, viaggi e attività collettive sul territorio...».

Da questa e da altre dichiarazioni emerge chiaramente che gli operatori, pur riconoscendo il valore del trattamento medico, lo considerano parte di un approccio più ampio che include il supporto sociale. La cura non si esaurisce nell'ambito clinico, ma si fonda anche sulla costruzione di legami autentici e sul riconoscimento dell'individuo come soggetto portatore di diritti e capacità di partecipazione. Questo doppio approccio – medico e sociale – garantisce un equilibrio dinamico tra necessità terapeutiche e inclusione, rafforzando il modello deistituzionalizzante dell'OPZ.

Anche nella gestione delle crisi, l'OPZ adotta un approccio umanizzante. Si cerca di risolvere le tensioni attraverso il dialogo e l'identificazione delle cause, ricorrendo ai farmaci solo come ultima risorsa e, salvo situazioni estreme, sempre con il consenso del paziente. La contenzione meccanica è considerata una misura coercitiva del passato, utilizzata solo in casi estremi e temporaneamente. Questo dimostra come si possa evitare la ripresa di forme di istituzionalizzazione – a riguardo, si consideri la “contenzione chi-



mica”<sup>27</sup> – promuovendo invece un’idea di appartenenza intesa non in termini di utilità, ma come comunità, uno spazio condiviso che accoglie ogni individuo, comprese le persone ristrette o con disturbi mentali. In questo modo si costruisce una forma di appartenenza inclusiva, in grado di riconoscere e valorizzare le persone per le loro caratteristiche, anche quando non si conformano ai criteri tradizionali di produttività. Mantenere un legame con la comunità – così come con un contesto di riferimento, un certo grado di autonomia e la possibilità di contribuire – risulta quindi centrale. Una volta garantite le necessità di base, la salute psicologica si fonda sulla qualità delle relazioni, sul senso di stabilità e sulla possibilità di esercitare un ruolo attivo nella propria vita.

In questo contesto, se una società è permeata dalla cultura dell’appartenenza, come quella di Geel, la deistituzionalizzazione può essere davvero messa in pratica. L’inserimento in un ospedale psichiatrico non viene percepito come esclusione o stigma, ma come una fase transitoria utile, anche per evitare che l’onere dell’assistenza ricada esclusivamente sulle famiglie, come spesso accade in Italia. A sostegno di questa prospettiva, un operatore ha spiegato: «Penso che a volte sia utile avere una pausa – una sorta di time-out, non solo per le persone stesse, ma anche per l’ambiente, perché qui in Belgio abbiamo molti team di supporto per la salute mentale che si recano a domicilio...». Tale affermazione evidenzia come la cura ospedaliera e quella territoriale non siano in conflitto, ma si integrino grazie a una visione che privilegia l’appartenenza sociale, i pazienti vengono riconosciuti come individui capaci di partecipare attivamente alla vita della comunità. Ciò consente di evitare misure coercitive, come la contenzione, e di promuovere legami autentici e un’effettiva partecipazione, contribuendo a un modello di assistenza più umano ed equilibrato.

Questa ricerca ha quindi, permesso di comprendere che la deistituzionalizzazione deve in primis partire da una volontà sociale di integrazione, che l’obiettivo principale è l’autodeterminazione e che un’istituzione non è di per sé totalizzante. Questo articolo non intende promuovere un ritorno all’ospedale psichiatrico in Italia – ogni sistema ha le sue dinamiche e i suoi rischi – ma invita a riflettere sull’importanza di una cultura dell’appartenenza sociale come condizione per evitare derive tanto verso l’iper-medicalizzazione quanto verso l’abbandono terapeutico.

Solo attraverso la costruzione quotidiana di una cultura dell’appartenenza sociale sarà possibile realizzare, e non solo manifestare a parole, un modello psichiatrico umano, rispettoso e realmente deistituzionalizzante.

## 6. Conclusione

A seguito di quanto esposto, la prima riflessione che questo contributo intende sollecitare riguarda la definizione del concetto di neo-istituzionalizzazione, con l’obiettivo di mostrare come la deistituzionalizzazione psichiatrica non possieda un significato univoco, ma si configuri piuttosto come un processo dinamico, condizionato da fattori sociali, culturali e giuridici. Più che un traguardo, essa appare come un cammino evolutivo, orientato al superamento dell’istituzione totale e alla valorizzazione dell’individuo. Tuttavia, in assenza di un orizzonte condiviso e chiaramente definito, questo stesso processo rischia di generare nuove forme di istituzionalizzazione.

<sup>27</sup> P. CIPRIANO, *Il manicomio chimico: cronache di uno psichiatra riluttante*, Eluthera, Milano, 2015.



Perspectives

A questo punto, sorge una seconda – e ancor più rilevante – osservazione: se accettiamo che la deistituzionalizzazione sia, in qualche modo, destinata a confrontarsi ciclicamente con nuove spinte neostituzionalizzanti, è possibile contenerle? Da un lato, infatti, questi rischi sono inevitabili e persino necessari per aggiornare continuamente la deistituzionalizzazione in risposta alle trasformazioni sociali e culturali; dall'altro, come evitare che tali spinte finiscano per prevalere, compromettendo l'autodeterminazione del soggetto psichiatrico e svuotando il processo stesso di significato? È possibile progettare un sistema realmente deistituzionalizzante che, pur non potendo eliminare completamente le derive istituzionalizzanti – poiché nessun contesto può essere del tutto impermeabile alle nuove configurazioni del potere – sia almeno in grado di riconoscerle, contenerle e ridurne l'impatto quando si manifestano?

Ed è in questo contesto che si inserisce il tema dell'appartenenza sociale, individuato come possibile chiave per contenere la ciclicità del processo di istituzionalizzazione. Questa ipotesi emerge dall'analisi condotta sul campo presso l'OPZ di Geel. Lo studio condotto presso l'OPZ di Geel permette così di colmare alcune lacune nella letteratura e offrire nuove prospettive per rafforzare le pratiche di deistituzionalizzazione nel lungo periodo. Il confronto diretto con un modello storico come quello di Geel ha consentito di approfondire il funzionamento concreto delle pratiche deistituzionalizzanti e di riflettere sulla loro efficacia in un contesto contemporaneo. A questo proposito, è necessario interrogarsi su come questo sentimento – nato in una città che, fin dal XIII secolo, ha costruito un sistema di cura fondato sull'integrazione comunitaria, anticipando di secoli i principi della deistituzionalizzazione – possa essere attuato anche in contesti più ampi, privi di una simile tradizione storica.

Di conseguenza, oltre a confermare la natura ciclica del processo e la necessità di un aggiornamento costante per evitare il rischio di ricadute istituzionalizzanti, è stato individuato nell'educazione e nella sensibilizzazione della comunità al sentimento di appartenenza sociale un possibile argine contro tale deriva.

Che ciclicamente vi siano tentativi di chiusura è comprensibile; ma per contrastarli, occorre costruire una società capace di riconoscere i soggetti psichiatrici come parte integrante del corpo sociale. Solo in tal modo la maggioranza potrà opporsi, in modo consapevole, a ogni tentativo di ritorno a modelli consolidati di esclusione e custodializzazione. I risultati di questo studio intendono quindi offrire un punto di partenza per ulteriori approfondimenti su come sostenere e rafforzare la deistituzionalizzazione, ponendo al centro l'idea di appartenenza sociale come principio guida per politiche e pratiche realmente inclusive.

