

I Servizi di Salute Mentale: dal desiderio al disincanto

di Fiore Bello* e Lucia Tombolini**

[Ricevuto il 26/11/2025
Accettato il 07/01/2026]

Riassunto

In questo lavoro gli autori propongono una riflessione su alcuni aspetti storici e sociali che hanno caratterizzato la riforma psichiatrica in Italia e la nascita dei servizi di salute mentale territoriali. Un punto centrale è rappresentato dal legame tra la società in evoluzione, gli operatori mossi dal desiderio del cambiamento e i pazienti psichiatrici che dovevano uscire dalle mura del manicomio per conquistare un ruolo nella società. Attualmente quella continuità appare interrotta e forse diventa necessario, considerando la radicale evoluzione del vivere sociale, rilanciare la bellezza e la porosità dei luoghi di cura e la disponibilità al nuovo nell'atteggiamento degli operatori. Il potenziamento del gruppo di lavoro, l'apertura a nuove forme di cura e di desiderio potranno ridare speranza e rilanciare la centralità della salute mentale e del benessere dei cittadini.

Parole chiave: Desiderio, Salute mentale, Relazioni, Gruppo di lavoro.

* Psicologo clinico, specialista in Psicologia della salute, psicoterapeuta e gruppoanalista. Responsabile UOS Riabilitazione Psicosociale ASL ROMA 2. È autore di pubblicazioni sulle attività cliniche nei servizi di salute mentale (via dei Marsi, 58 – 00185 Roma); fiorebello2@gmail.com

** Psichiatra e psicoterapeuta, ha lavorato per molti anni nei servizi di salute mentale pubblici. Attualmente esercita la professione privata. È autrice di pubblicazioni sull'attaccamento e sui sistemi motivazionali secondo il modello del cognitivismo evoluzionista (piazza Tuscolo, 5 – 00183 Roma); luciatombolini@alice.it

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1/2024
DOI: 10.3280/GRUOA1-2024OA22680

TEMA

Abstract. *Mental Health Services: from desire to disillusionment*

This work reflects on some of the social moments that characterized psychiatric reform in Italy and the birth of local mental health services. It emphasizes the continuity between a society committed to change, motivated professionals, and psychiatric patients who needed to break out of the confines of the asylum to gain a role in society. Currently, that thread has loosened, and perhaps it is necessary, considering the radical evolution of social life, to revive the beauty and porosity of places of care and the desire of operators. Strengthening the working group and opening up to new forms of care and desire can restore hope and revive the centrality of mental health and the well-being of citizens.

Keywords: Desire, Mental health, Relationships, Working Group.

L'etimologia della parola desiderio rimanda allo sguardo rivolto verso le stelle la cui lontananza ci spinge a cercare ciò che non abbiamo. È necessario però essere consapevoli e indirizzare con attenzione i desideri che cerchiamo di realizzare, perché il modo in cui li orientiamo non ha effetto solo sulla nostra vita personale, ma: «(...) influenza anche il nostro ambiente, la società nella quale viviamo e, ai nostri giorni, l'intero pianeta» (Lenoir, 2024, pp. 207-208). L'essere umano desiderante è quindi in grado di influenzare ciò che lo circonda: per Freud «(...) la psicologia individuale è anche, fin dall'inizio, psicologia sociale» (Freud, 1921, p. 261), per Lacan (1974) l'inconscio è il sociale e per Foulkes (1992) la mente è un fenomeno trans-personale e trans-generazionale influenzato dalle relazioni familiari e sociali.

Gli anni del desiderio

Il desiderio non si incarna solo nell'individuo, ma confluisce in forme gruppalì e sociali che nella storia hanno reso possibili innumerevoli cambiamenti. In sostegno al tema di questo lavoro citiamo come esempio le trasformazioni nel clima sociale, culturale e politico italiano all'inizio degli anni Sessanta. Sono gli anni delle lotte condotte dai movimenti operai e studenteschi che per la prima volta includono nei loro obiettivi anche i temi del benessere fisico e psicologico dell'individuo (Bartolomei e Lombardo, 1977).

Espressione di una mentalità ormai sensibile al problema della salute mentale e dell'emarginazione della diversità, la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 istituisce l'assistenza sanitaria pubblica nazionale proprio ispirandosi ai principi di globalità e universalità del diritto alla tutela della salute, includendo anche la legge che sanciva la chiusura dei manicomi, la legge n. 180

del 13 maggio 1978 o legge Basaglia. Come ben noto, grazie a quest'ultima l'Italia è stata il primo Paese al mondo ad abolire i manicomi e a stabilire che tutte le persone con disturbi mentali hanno uguale diritto di cittadinanza, un diritto che per secoli la psichiatria aveva negato. Questa legge rifiutava la gradualità del cambiamento, come all'epoca stava succedendo con l'umanizzazione dei manicomi in Gran Bretagna, per riformare *radicalmente* il tema dei rapporti tra:

«(...) l'istituzione psichiatrica, i processi di gerarchizzazione medico paziente, l'esclusione del malato mentale e il sistema di potere complessivo» (Iannotti, 2005)

proponendo la creazione di strutture territoriali di cura e unendo la dimensione medica con quella sociale¹.

A un giornalista che chiedeva dove sarebbero stati collocati i malati mentali, Basaglia (1981) rispose: “*da nessuna parte*”, intendendo sottolineare che la questione centrale non era più il *dove*, ma piuttosto il *come* queste persone dovevano essere curate e integrate nella società. Nascono così le comunità terapeutiche, i centri diurni, gli appartamenti² per i pazienti più autonomi, i percorsi di inserimento lavorativo assistito e le prime cooperative sociali integrate. Indispensabile motore di un cambiamento socioculturale, l'impegno degli operatori della salute mentale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali e terapisti della riabilitazione psichiatrica), si è fin dall'inizio ispirato a una vasta letteratura specia-

¹ La nascita dei movimenti antimanicomiali e antistituzionali va sottolineata soprattutto in contesto anglosassone e soprattutto in Inghilterra con una critica al sistema e alle condizioni manicomiali e con una direzione dell'intervento di tipo comunitario: la *comunità terapeutica*, la riduzione dei rapporti gerarchici tra psichiatra e paziente, la riduzione dell'isolamento del paziente e *umanizzazione* delle sue condizioni di degenza. «(...) Quello che è successo nel passaggio fra questo tipo di impostazione e la situazione italiana, è stato un forte processo di politicizzazione: il riconoscimento dei legami tra l'istituzione psichiatrica, i processi di gerarchizzazione medico-paziente, l'esclusione del malato mentale e il sistema di potere complessivo» (Iannotti, 2005, p. 98).

² Su questa tematica si è sviluppato negli ultimi vent'anni un vero e proprio movimento internazionale che pone la casa al centro del percorso di *Recovery* dell'utente (<https://housingfirsteurope.eu/>). Per quanto riguarda la salute mentale: «Dai contributi provenienti dalla Lombardia, dal Veneto, dalla Puglia, e da Trieste, Modena, Grosseto, emerge un quadro fortemente indicativo di un “coraggioso” spostamento dell'asse dell'intervento che muove da una residenzialità presidiata, *building-based*, ancorata al luogo, vincolata al provider, a modelli di intervento finalizzati a una più autentica inclusione sociale, in cui l'utente ha un ruolo attivo e responsabile. È uno spostamento, una pressione, che tenta di sfondare la linea invisibile delle trincee della segregazione e dell'esclusione che inavvertitamente ogni volta si riproducono, riproponendo e riattualizzando ogni volta una rinnovata necessità di de-istituzionalizzazione» (Maone, 2016).

listica (citiamo solo come esempio Wilfred Bion, Maxwell Jones, Harry Stuck Sullivan e tra gli autori italiani Gaetano Benedetti, Antonino Ferro, Antonello Correale³) e basato sullo studio dei fattori di cambiamento del disagio psichico nelle nuove strutture alternative al manicomio.

Tra queste le Comunità Terapeutiche, luoghi caratterizzati da un ambiente teso a favorire la cooperazione nella vita quotidiana, dal mangiare insieme, alla condivisione degli spazi di svago comuni, al partecipare alla terapia di gruppo, ci hanno insegnato che il luogo privilegiato dell'intervento è il *gruppo*, volto alla costruzione di sentimenti di fiducia, e di un senso di amicizia e di appartenenza. Attraverso l'influenza positiva reciproca, la crescita, l'evoluzione e la cooperazione nel gruppo, la Comunità Terapeutica diventa l'ambiente curante in cui l'operatore è il punto di riferimento costante e il paziente non è più relegato in una stanza, ma è *atteso* in tutti gli spazi della struttura (Marà, 2003).

A partire dagli anni Novanta viene introdotto il concetto di *evidence-based medicine* (Guyatt *et al.*, 1995; Drake *et al.*, 2001; Carozza, 2023) che acquista un particolare rilievo nel lavoro per l'integrazione degli interventi psicosociali (Bellack e Mueser, 1993). Nonostante il potenziamento della connessione tra servizio pubblico e strutture private accreditate, persiste la disomogeneità territoriale e la scarsità dei servizi di emergenza; inoltre, lo stigma è ancora talmente radicato da influenzare negativamente l'accesso alle cure e la continuità terapeutica.

In quegli anni, nelle diverse tipologie di strutture territoriali, sia ambulatoriali sia residenziali, tra gli interventi condotti dalle équipes di riabilitazione psicosociale *evidence-based*, oltre alla farmacoterapia collaborativa, cominciano ad acquistare un ruolo importante modelli clinici come la Psicoeducazione familiare (Mcfarlane *et al.*, 2003), la Illness Management and Recovery (Gingerich e Mueser, 2011), il Social Skills Training (Lieberman *et al.*, 1998; Bellack *et al.*, 2003; Nicolò e Bernabei, 2022) e il Social Cognitive Skills Training (Granholm, 2021). Queste diverse modalità terapeutiche vedono il coinvolgimento anche dei familiari e la possibilità che il paziente possa partecipare a gruppi specifici centrati su obiettivi definiti e condotti da diverse figure professionali.

Con i pazienti affetti da psicosi i nuovi interventi terapeutici si focalizzano anche sulla *cognizione sociale* (Arcuri e Zogmaister, 2007; Frith, 2008; Fiske e Taylor, 2009; Tomasello, 2018; Eddy, 2019; Baron-Cohen, 2021)

«(...) basandosi sul presupposto che funzionamento emotivo, capacità di inferire gli stati mentali degli altri, empatia, pragmatica e conoscenze sociali sono abilità

³ Per approfondimenti ulteriori confronta Bello e Tombolini, 2018.

essenziali per vivere insieme armoniosamente in relazione con gli altri» (Bertoux, 2022, p. 1).

Le pratiche cliniche volte al miglioramento della cognizione sociale sono pertanto incentrate sul riconoscimento delle emozioni, sulla comprensione dei ruoli e dei contesti interpersonali, sulla capacità di attribuire all'altro stati mentali non necessariamente uguali ai propri e sul riconoscimento del proprio stile di attribuzione di significato a quanto ci accade. È evidente che il tentativo di contenere e reprimere i comportamenti, tipico della psichiatria manicomiale, si trasforma in quello di capire sé e gli altri, nel rispetto della propria individualità e con l'obiettivo di ampliare le aree della comprensione emotiva e interpersonale.

Da più di venti anni un altro paradigma molto apprezzato in psichiatria è quello della *Recovery* (Anthony, 1993; Deegan, 1996; Maone e D'Avanzo, 2015; Carrozza, 2025) che prevede la partecipazione attiva dell'utente nel lavoro sulla consapevolezza di malattia e sugli obiettivi da raggiungere che possono migliorare i diversi aspetti della sua vita (lavoro, cura di sé, relazioni, l'uso di sostanze). Secondo Anthony la *Recovery*:

«(...) is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness»⁴ (Anthony, 1993, p. 527).

Accanto a questo approccio si pone il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare che si ispira al pensiero di Jorge Badaracco (2004). Questo autore, fondendo i principi del lavoro con i gruppi con quelli della terapia familiare, si è posto l'obiettivo di mettere insieme persone con disturbi psichiatrici e le loro famiglie per costruire una visione nuova della malattia e della cura.

«La novità consisteva nel poter lavorare sull'articolazione tra una famiglia e l'altra, facendo scaturire la ricchezza delle somiglianze, delle differenze e delle contraddizioni per generare nuove organizzazioni, al tempo stesso individuali e familiari» (Badaracco, 2004, pp. 28-39).

Le caratteristiche del Gruppo Multifamiliare vanno ricercate anche nel concetto di *Large Group* o gruppo allargato.

⁴ È un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e utile anche con le limitazioni causate dalla malattia. La *Recovery* comporta lo sviluppo di un nuovo significato e scopo nella propria vita man mano che si superano gli effetti catastrofici della malattia mentale (traduzione in italiano degli autori).

«Fin dalla sua nascita, il gruppo allargato è prevalentemente impiegato nei contesti formativi e organizzativi (ad esempio, i *T-Group* e la *Conferenza di Leicester* dell'Istituto Tavistock di Londra), allo scopo di rendere possibile il cambiamento e l'apprendimento del singolo nella dimensione relazionale allargata» (Bello *et al.*, 2018, p. 109).

Nella conduzione del gruppo allargato, noi ci ispiriamo alla tradizione gruppoanalitica britannica (Kreeger, 1975) e ai suoi successivi sviluppi (Group Analytic Society International-GASI, <https://groupanalytic-society.co.uk/events-history-archives/>). Questo approccio permette di riunire numerose persone, tra cui molti operatori, con l'obiettivo di sviluppare una funzione mentale grupale che possa contenere il dolore e costruire nel processo dialettico un nuovo significato della sofferenza mentale e del vivere sociale.

«A differenza del gruppo piccolo, in cui si ricorre al pensiero come a una forma di difesa dalle emozioni, in quello allargato si impara, invece, a pensare e a gestire l'eccessiva emotività (Von Platen, 1995). Il gruppo, inoltre, sviluppa esso stesso un proprio apparato di pensiero, che diventa un efficace *reticolo di contenimento* (De Maré, 1978)» (Bello *et al.*, 2018, p. 109).

L'assenza del desiderio

Nel corso degli anni e nel susseguirsi degli avvenimenti in Italia e nel mondo, oltre ai cambiamenti nel clima politico, il diffondersi di *internet* ha introdotto una nuova forma di comunicazione e di socializzazione, producendo una mutazione inedita dei legami sociali. Ai nostri giorni l'ultimo anello di questa configurazione del vivere sociale è rappresentato dall'Intelligenza Artificiale che permette di comprendere anche le esigenze, le preoccupazioni e i desideri degli utenti e può interpretare i segnali impliciti nelle interazioni *online*, dalle reazioni e i commenti alle condivisioni e ai *mi piace*. Gli adolescenti, i cosiddetti nativi digitali, navigano la rete per ore senza timone e senza controllo, diventando preda dei propri e altrui sentimenti, come vediamo nel fenomeno degli *Hikikomori* (su questo tema si segnala la commovente intervista alla madre di un ragazzo, apparsa a firma di Walter Veltroni sul *Corriere della Sera* del 7 dicembre 2025).

È talmente forte il bisogno adolescenziale di appartenenza, di riconoscimento e di approvazione che un mancato *like* o un insulto contenuto in un *post* possono contribuire a provocare crisi emotive e un profondo ritiro sociale fino ai drammatici casi di suicidio. Il gruppo di ricerca Mutamenti sociali, valutazione e metodi (MUSA, <https://www.irpps.cnr.it/musa-muta->

menti-sociali-valutazioni-e-metodi/) dell'Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali del Consiglio nazionale delle ricerche di Roma (Cnr-Irpps) ha indagato il meccanismo dello sviluppo dei pensieri suicidari in adolescenza. Lo studio è stato condotto tra il 2021 e il 2022 su un campione rappresentativo di 4.288 adolescenti italiani frequentanti le scuole superiori. I risultati dimostrano l'esistenza di un'associazione diretta tra stato psicologico negativo e ideazione suicidaria, ma chiariscono che gli aspetti psicologici sono associati alle caratteristiche sociodemografiche e hanno origine nella sfera sociale. Il dato più indicativo e per niente confortante è quello che il 44,9% degli adolescenti italiani ha sperimentato almeno una volta il pensiero suicida (Tintori *et al.*, 2023). L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha prodotto ferite nei tessuti sociali che ancora non si sono cicatrizzate con un incremento vertiginoso di sintomi di ansia e depressione (OMS, Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030).

È anche vero però che i collegamenti *online*, fino a qualche anno fa impensabili, ci hanno permesso e ci permettono di raggiungere i nostri pazienti un po' dovunque e di essere in connessione con colleghi che vivono nell'altra parte del mondo. Ad esempio, nel centro diurno romano dove lavora uno dei due autori (B.F.) è in funzione un laboratorio di informatica *office* ibrido condotto da un tecnico e da uno psicologo al quale partecipano tre utenti fortemente ritirati socialmente che riescono a collegarsi da casa e tre utenti presenti in sede. Questo gruppo, che potremmo definire a *mediazione terapeutica*,⁵ non solo incoraggia le persone isolate a uscire dimostrando loro che all'esterno si possono trovare persone disponibili all'ascolto ma, allo stesso tempo, offre agli operatori una maggiore motivazione a coinvolgersi nella relazione con il paziente utilizzando mezzi nuovi le cui potenzialità non sono ancora del tutto esplorate.

Noi condividiamo il punto di vista che la società attuale sia sostanzialmente caratterizzata da un eccesso di godimento, da un'apatia del desiderio e dalla distanza da un contatto intimo dagli altri esseri umani con il rischio che la relazione con l'altro si svuoti completamente.

«Il desiderio stesso non attinge più la sua forza dal mistero che circonda l'esistenza, ma è stimolato artificialmente, fino al punto di esserne soggiogato, dalle continue sollecitazioni provenienti dal mercato» (Stoppa, 2021, p. 155).

⁵ «I gruppi a mediazione terapeutica (GMT) sono principalmente rivolti a persone chiuse in rigidità ideative e relazionali, in cui lo scambio con l'altro è fonte di angoscia e le emozioni hanno perso parola e modulazione. Essi non hanno come scopo l'apprendimento di tecniche o il semplice adattamento alla vita sociale, bensì quello di favorire la mobilitazione di processi psichici mediante l'impiego congiunto di produzioni immaginative, motricità e parola.» (Petalito, 2018, p. 154).

I servizi di salute mentale sono preparati per questa emergenza psicologica e sociale? Bastano solo gli psicologi a curare questa piaga o serve anche una nuova e forte presa di coscienza critica collettiva?

Se prima abbiamo descritto i cambiamenti ideologici e sociali messi in atto da sistemi che *desideravano* nuove forme di intervento sulla salute mentale, attualmente il tema si è trasferito su un piano essenzialmente tecnico, legato in parte agli obiettivi di efficienza delle aziende sanitarie. La contrazione delle risorse⁶, l'aumento della domanda, la comparsa di nuove forme di sofferenza psichica hanno portato a una progressiva riduzione dell'offerta di salute mentale, soprattutto della psicoterapia, tanto che con l'introduzione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA, Ministero della Salute, 2014), i servizi di salute mentale sono costretti a occuparsi solo delle patologie gravi (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e gravi disturbi di personalità). In questo modo si rischia di medicalizzare ancora di più la domanda di salute mentale e di escludere dalle prestazioni una larga fetta della popolazione, soprattutto quella giovanile. Secondo l'AIFA⁷, nel 2021 il consumo di antidepressivi ha rappresentato il 3,4% del consumo totale di farmaci in Italia. Dal 2014 al 2021 il consumo di antipsicotici è aumentato di oltre il 20%. Inoltre, è molto preoccupante l'uso di psicofarmaci a scopo "ricreativo" tra gli adolescenti che li ordinano online, li sottraggono in casa, o se li procurano in giro per utilizzarli nelle serate con gli amici.

Durante la pandemia da Covid-19, la prevalenza di ansia e depressione è cresciuta del 25% su scala globale, aggravando un quadro già complesso. Emergono nuovi segnali di disagio, soprattutto tra i più giovani: oltre l'11% degli adolescenti mostra comportamenti problematici legati all'uso dei *social media*, mentre tra le ragazze una quindicenne su quattro riferisce di sentirsi sola *la maggior parte del tempo o sempre*. Anche tra gli anziani, uno su quattro sopra i 60 anni dichiara di vivere nella solitudine (*Quotidiano sanità*, 17 giugno 2025).

Chi lavora nei servizi pubblici non può fare a meno di notare anche la caduta motivazionale degli operatori, la cui professionalità è sistematica-

⁶ Confrontando i dati riportati nel Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute del 2015 e del 2023 si evince chiaramente che la percentuale degli assistiti aumenta mentre diminuisce quella degli operatori, soprattutto quella degli psicologi, infermieri e assistenti sociali.

Anno 2015: su un totale di 777.035 assistiti, risultano 29.260 operatori di cui: Medici: 16,9%; Psicologi: 7,6%; Infermieri: 45,8%; OTA/OSS: 10,6%; Educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica: 6,5%. Assistenti sociali: 4,4%.

Anno 2023: su un totale di 854.040 assistiti, risultano 29.114 operatori di cui: Medici: 17,2%; Psicologi: 6,9%; Infermieri: 41,8%; OTA/OSS: 11,6%; Educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica: 8,6%; Assistenti sociali: 4,1%.

⁷ <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021>

mente passata al setaccio di una vera e propria ossessione contabile e di una gestione protocollare delle cure. Riteniamo che il desiderio debba ritornare a essere l'agente privilegiato di questo cambiamento attraverso il gruppo di lavoro inteso come *l'apparato psichico e l'anima dell'istituzione. Scavare l'insoddisfazione* (Fachinelli, 1974, p. 15) – l'insoddisfazione che per Freud accomuna i tre mestieri impossibili: curare, educare e governare – è un esercizio a cui non possiamo assolutamente sottrarci. Far maturare insieme, in équipe, le nostre domande accresce la professionalità di tutti, spinge a interrogare criticamente i presupposti teorici, clinici, etici delle pratiche di cura, senza dare più nulla per scontato. In altre parole, è necessario lavorare lungo le linee di tensione esistenti, muovendosi: «(...) a un livello tale da riuscire a mantenere e sostenere il conflitto costante» (Basaglia, 1981, p. 290). Ed è proprio partendo dalla vivacità del dibattito interno al gruppo dei curanti che diviene dunque praticabile l'ipotesi di un'istituzione non statica ma in perenne evoluzione, più simile a un'unità di crisi o a un cantiere aperto piuttosto che a un dispensario di risposte preconfezionate. Un buon gruppo di lavoro deve infatti anche saper utilizzare quella che Bion (1970) chiama *capacità negativa*, cioè la capacità di tollerare il dubbio, di accogliere la verità emotiva del momento, di vivere con l'incertezza senza la fretta di arrivare alle conclusioni o di trovare spiegazioni a tutti i costi. Bisogna quindi:

«(...) pensarsi in una continua ricerca, intesa come ricerca-azione, su una pluralità di piani: la ricerca verso l'oggetto di trattazione e di lavoro, la nostra implicazione con questo e, non meno importante, l'osservazione costante di quanto le pratiche professionali che svolgiamo modifichino profondamente il nostro assetto identitario, allargando e sostenendo la capacità di pensiero, di gestione dell'affettività e la capacità di sostare nell'incertezza.» (Bianchera e Cavicchioli, 2022, p. 121).

Nei cosiddetti casi complessi il gruppo di operatori che affronta le dinamiche psichiche ha come compito prioritario quello di individuare e comprendere le scissioni e le negazioni, e deve anche essere consapevole delle possibili collusioni:

«(...) tra l'immensità dei bisogni dei pazienti, i desideri delle famiglie per soluzioni assistenziali ideali e le fantasie oscillanti tra impotenza e onnipotenza dei terapeuti che possono emergere indipendentemente dalla gravità o dalla tipologia del disturbo» (Boccaro *et al.*, 2014, p. 54).

Proprio perché il paziente grave presenta un mondo interno frammentato che necessita di integrazione:

«(...) l'équipe svolge un ruolo fondamentale perché è speculare al paziente frammentato, essendo composta da figure differenti, per *background*, professionalità, scuole di pensiero. Essa deve poter promuovere effetti di integrazione autentica, ponendosi come un gruppo non solo coordinato ma coeso» (Patalano, 2016, pp. 59-60).

Da quanto abbiamo descritto emergono in primo piano l'importanza, l'impegno e il coinvolgimento personale e umano che caratterizzano il ruolo degli operatori e dei gruppi di lavoro. Pertanto, riteniamo sia opportuno, riallacciandoci al tema del *desiderio*, proporre alcuni tra i fattori che possano tenerlo vivo nella sua funzione di indispensabile motore evolutivo. Uno tra questi è la formazione in gruppo nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina, che, se svolta all'interno dei servizi di salute mentale, può trasformarsi da mero compito istituzionale in una vera e propria esperienza di apprendimento e cambiamento svolta e realizzata in una dimensione interdisciplinare.

In opposizione alla routine e all'abitudine, nutrire la curiosità e l'apprendimento anche nel contesto lavorativo sono elementi curativi e trasformativi. Un concetto che ci sembra particolarmente affascinante è quello del *paradigma inquieto*:

«(...) un'attitudine agli interrogativi e alla ricerca, nella tolleranza del dubbio, dell'accoglienza del pensiero diverso, nella decostruzione di ripetizioni di modelli lasciando così lo spazio alle intuizioni e all'affettività che si intrecciano con il pensiero» (Bianchera e Cavicchioli, 2022, pp. 117-120).

In questa visione di un'inquietudine desiderante e trasformativa, gioca un ruolo importante anche la supervisione, il cui obiettivo non è solo la comprensione di un caso clinico, ma anche di migliorare la qualità dei servizi alla persona (Perini, 2018) e di curare la relazione che cura (Cavicchioli, 2007 pp.1-2).

Conclusioni

I servizi della salute mentale devono ritornare a essere vivi, percorribili, flessibili, porosi e creativi, per contrapporsi all'immutabilità e alla rigidità che caratterizza il disagio psicotico, nonché alla morte psichica sperimentata dai pazienti, e per aprirsi alle fasce giovanili che risultano ancora riluttanti ad accedervi⁸. Molto spesso, nei disturbi gravi il desiderio si annienta e

⁸ Dal rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute risulta che «Gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2023 ammontano a 854.040. Gli utenti sono di

l'angoscia di frammentazione può trasformarsi in una dimensione idealizzata, irrealistica e delirante, che incorre quasi sempre nella riprovazione sociale e nel suo completo annullamento tramite l'intervento medico e farmacologico. Comprendere le dinamiche del desiderio è fondamentale per la psicoterapia, in quanto il desiderio stesso può essere un motore di cambiamento e guarigione. Il terapeuta deve essere in grado di accogliere e contenere le emozioni intense, di decodificare i messaggi distorti e di aiutare l'altro a dare un senso alle proprie esperienze, favorendo la costruzione di un'identità più stabile e una maggiore capacità di relazione.

I Centri di Salute Mentale possono essere luoghi in cui le relazioni tornano a essere possibili in contrapposizione all'isolamento in cui spesso li troviamo ripiegati. Devono essere belli e decorosi anche dal punto di vista architettonico, perché troppo spesso sono entrati in contatto con gli aspetti più negativi della realtà. Eppure, è proprio nei momenti più bui e avvilenti, quando i miti di un tempo appaiono offuscati e sembra di non poter far altro che assistere impotenti all'umiliazione di ogni spinta vitale, che possiamo chiedere al desiderio di non lasciarsi più guidare dalle costellazioni celesti, ma di aiutarci nel nostro cammino anche nelle notti senza stelle (Stoppa, 2021).

Riferimenti bibliografici

- AIFA (2021). <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021>.
- Anthony W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16: 11-23.
DOI: 10.1037/h0095655
- Arcuri L. e Zogmaister C. (2007). *Metodi di ricerca nella cognizione sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Badaracco J.E.G. (2004). *Psicoanalisi multifamiliare*. Torino: Boringhieri.
- Baron-Cohen S. (2021). *I geni della creatività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bartolomei G. e Lombardo G.P. (1977). *Nuova psichiatria. Storia e metodo*. Roma: Carecas.

nesso femminile nel 54,5% dei casi, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (67,3%). In entrambi i sessi risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni e al di sopra dei 75 mentre la più alta concentrazione si ha nelle classi 45-54 anni e 55-64 anni (45% circa in entrambi i sessi); le femmine presentano, rispetto ai maschi, una percentuale più elevata nella classe > 75 anni (6,7% nei maschi e 10,5% nelle femmine)».

- Basaglia F. (1981). La “Comunità Terapeutica” come base di un servizio psichiatrico. In: *Scritti*. Vol. I. Torino: Einaudi.
- Bellack A.S. e Mueser K.T. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 2: 317-336.
DOI: 10.1093/schbul/19.2.317
- Bellack A.S., Mueser K., Gingerich S. e Agresta J. (2003). *Social Skill Training per il trattamento della schizofrenia*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Bello F., Tombolini L. e Corso G. (2018). *Large Group e Psicoanalisi Multifamiliare*. In: Bello F. e Tombolini L., a cura di. *Essere in gruppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Benedetti G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Torino: Einaudi.
- Bertoux M. (2022). Cognizione sociale. *EMC-Neurologia*, 22/4: 1-10.
DOI: 10.1016/S1634-7072(22)47091-7
- Bianchera L. e Cavicchioli G. (2024). Fare formazione oggi: lo schema di riferimento operativo tra gruppo, transculturalità e istituzione. *Gruppi*, XXIII, 1: 113-128.
DOI: 10.3280/gruoa1-2022oa17967
- Bion W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock (trad. it.: *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1973).
- Boccarda P., Castigliola F. e Rossetti M. (2014). La cura nei servizi. In: Neri C., Patalano R. e Salemme P., a cura di. *Fare gruppo nelle istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Carozza P. (2025). La Recovery: perché ne parliamo da 30 anni ma non riusciamo a realizzarla? *Nuova rassegna di studi psichiatrici*. Vol. 30, aprile 2025.
- Carozza P. e DAISMP Ferrara (2023). L’approccio EB e i trattamenti psicosociali EB nella psichiatria di comunità: benefici, limiti e possibilità. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*. Vol. 26, luglio 2023.
- Cavicchioli G. (2007). La supervisione nei servizi alla persona. Curare la relazione che cura. *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali*. Anno II, vol. I, marzo 2007.
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Deegan P. (1996). Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 3: 91-97.
DOI: 10.1037/h0101301
- De Maré P.B. (1978). La strategia dei gruppi allargati. In: Kreeger L. a cura di. *Il gruppo allargato*. Roma: Armando.
- Drake R.E., Goldman H.H., Leff H.S., Lehman A.F., Dixon L., Mueser K.T. e Torrey W.C. (2001). Implementing Evidence Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. *Psychiatr Serv.*, 52, 2: 170- 82.
DOI: 10.1176/appi.ps.52.2.179
- Eddy C.M. (2019). What do you Have in Mind? Measures to Assess Mental State Reasoning in Neuropsychiatric Populations. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 425.
DOI: 10.3389/fpsy.2019.00425
- Fachinelli E. (1974). *Il bambino dalle uova d’oro*. Milano: Feltrinelli.

- Fiske S.T. e Taylor S. (2009). *Cognizione sociale*. Milano: Apogeo Education-Maggioli Editore.
- Foulkes S.H. (1992). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Ed. Universitarie Romane.
- Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF, 9. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frith C.D. (2008). Social Cognition. *Philos Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 363, 1499: 2033-2039.
DOI: 10.1098/rstb.2008.0005
- Gingerich S. e Mueser K.T. (2011). *Illness Management and Recovery*. New Hampshire: Hazelden.
- Granhölm E.L., McQuaid J.R. e Holden J.L. (2021). *Social Skills Training cognitivo comportamentale per la schizofrenia*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Guyatt G.H., Sackett D.L., Sinclair J.S., Hayward R., Cook D.J. e Cook R.J. (1995). Users' Guides to the Medical Literature. IX. A Method for Grading Health Care Recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 1995 Dec. 13, 274, 22: 1800-4.
DOI: 10.1001/jama.274.22.1800
- Housing first*. Testo disponibile al sito: <https://housingfirsteurope.eu/>
- Iannotti L. (2005). Intervista sul movimento antipsichiatrico in Italia. *Zapruder*, 06/103, 2005.
- Jones M. (1970). *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*. Milano: Eras.
- Kaës R. (1991). *Realtà psichica e sofferenza nelle istituzioni*. In: Kaës R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R. e Vidal J.P. *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla.
- Kreeger L. Ed. (1975). *The Large Group*. London: Constable (trad. it.: *Il gruppo allargato*. Roma: Armando, 1978).
- Lacan J. (1974). L'aggressività in psicoanalisi. In: *Scritti*. Vol. I. Torino: Einaudi.
- Lenoir F. (2024). *Il desiderio. Vivere di illuminazioni*. Milano: Baldini e Castoldi.
- Liberman R.P., Wallace C.J., Blackwell G., Kopelowicz A., Vaccaro J.V. and Jim Mintz (1998). Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 155, 8: 1087-91.
DOI: 10.1176/ajp.155.8.1087
- Maone A. (2016). L'indipendenza abitativa come esito in salute mentale. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*. Vol. 13, 2016.
- Maone A. e D'Avanzo B. (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marà M. (2003). *Terapia di comunità per psicotici*. Milano: FrancoAngeli.
- McFarlane W.R., Dixon L., Lukens E. and Lucksted A. (2003). Family Psychoeducation and Schizophrenia: a Review of the Literature. *J. of Marital and Family Therapy*, 29, 2: 223-245.
DOI: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
- MUSA, Consiglio Nazionale delle Ricerche-Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali. Testo disponibile al sito: <https://www.irpps.cnr.it/musa-mutamenti-sociali-valutazioni-e-metodi/>

- Ministero Salute. Rapporto Salute Mentale 2023. Testo disponibile al sito: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/rapporto-salute-mentale-analisi-dei-dati-del-sistema-informativo-la-salute-mentale-8/>
- Ministero della Salute. Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità 2014. Testo disponibile al sito: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf
- Neri, C., Patalano R. e Salemme P. (2014). *Fare gruppo nelle istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Nicolò G. e Bernabei L. (2022). *Social Skills Training*. Milano: Ed. Ermes.
- OMS, Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030. Testo disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-action-plan-2013-2030-flyer-what-member-states-can-do#:~:text=The%20Comprehensive%20Mental%20Health%20Action%20Plan%202013-2030%20builds,to%20achieve%20universal%20coverage%20for%20mental%20health%20services>
- Patalano R. (2014). Équipe, supervisione e prevenzione del burnout nei servizi. In: Neri C., Patalano R. e Salemme P. a cura di. *Fare gruppo nelle istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Perini M. (2018). Dalla cura del paziente alla cura del contenitore: sulla supervisione clinico-istituzionale. In: Bello F. e Tombolini L., a cura di. *Essere in gruppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Petalito M.G. (2018). *Cartografie. Esperienze istituzionali di Gruppi a Mediazione Terapeutica*. In: Bello F. e Tombolini L. a cura di. *Essere in gruppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Quotidiano Sanità. Testo disponibile al sito <https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/liste-d-attesa-pi-trasparenza-pi-prestazioni-ma-con-quali-risorse/>
- Stoppa F. (2021). *Le età del desiderio. Adolescenza e vecchiaia nella società dell'eterna giovinezza*. Milano: Feltrinelli.
- Sullivan H.S. (1961). *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli.
- Tintori A., Pompili M., Ciancimino G., Corsetti G. e Cerbara L. (2023). The Developmental Process of Suicidal Ideation among Adolescents: Social and Psychological Impact from a Nation-wide Survey. *Scientific Reports*, 2023, 13, 1: 20984.
DOI: 10.1038/s41598-023-48201-6
- Tomasello M. (2018). *Le origini culturali della cognizione umana*. Bologna: Il Mulino.
- Veltroni W. (2025). Il disagio e la speranza. *Corriere della Sera*, 7 dicembre 2025. Testo disponibile al sito: https://www.corriere.it/cronache/25_dicembre_07/mamma-hikikomori-intervista-3e899735-ac59-46b4-b937-554e3b92dxlk.shtml
- Von Platen Ricciardi A. (1995). Le premesse della Gruppoanalisi. In: Zanasi M. e Ciani N., a cura di, *Manuale di Gruppoanalisi*. Milano: FrancoAngeli.