

LE POLITICHE DEL LAVORO E DELLA CASA PER I PAZIENTI PSICHIATRICI. IL CASO PIEMONTESE

LES POLITIQUES DU TRAVAIL ET DU LOGEMENT DESTINÉES AUX PATIENTS PSYCHIATRIQUES. LE CAS DU PIÉMONT

Mario Cardano, Francesca Salivotti, Gian Lorenzo Venturini¹

1. INTRODUZIONE

Questo saggio presenta i risultati di uno studio sulle politiche di promozione della cittadinanza dei pazienti psichiatrici in Piemonte, attuate negli ultimi dieci anni. L'attenzione cade qui su due politiche *non* sanitarie, le politiche per la casa e quelle del lavoro, centrali in quel processo di restituzione alla società del folle avviato, più di trent'anni or sono, dalla legge di riforma dei servizi psichiatrici italiani (vedi par. 2). Pur trattandosi di politiche non sanitarie, queste azioni hanno, per così dire, il proprio *primum mobile* nei servizi sanitari, in specifico nei Dipartimenti di salute mentale (d'ora in poi DSM); responsabili ora di azioni progettate e finanziate autonomamente, ora di specifiche azioni di raccordo e/o sollecitazione delle altre agenzie impegnate su questo terreno: l'Agenzia territoriale per la casa (d'ora in poi ATC), i Servizi socio assistenziali (d'ora in poi SSA) e i Centri per l'impiego (d'ora in poi Cpl).

Le ragioni d'interesse del caso piemontese discendono dalla collocazione di questa regione nel più vasto contesto nazionale. Come meglio si dirà più oltre, la riforma dei servizi di salute mentale ha trovato un'attuazione difforme sul territorio nazionale. Accanto ad alcuni luoghi di eccellenza, penso in particolare al contesto triestino, nei quali la Legge Basaglia ha trovato la più piena realizzazione, si danno contesti, soprattutto nel sud del Paese, nei quali la cosiddetta territorializzazione dei servizi è – di fatto – coincisa con la riproduzione, su piccola scala e in modo diffuso dell'istituzione manicomiale, nella forma di ora di singolari comunità protette, ora di titaniche case di cura, ora di virtuali gerontocomi. Basti per tutti l'esempio dell'Istituto "Papa Giovanni" di Serra d'Aiello, in provincia di Cosenza, balzato di recente agli onori, o meglio, ai disonori della cronaca per il trattamento inumano riservato ai propri pazienti². Ebbene il Piemonte, nel più vasto contesto nazionale, si trova in una situazione intermedia fra i due estremi di arretratezza e avanzamento: più prossimo ai contesti di eccellenza, ma non del tutto assimilabile ad essi. A ciò si aggiunge una seconda ragione d'interesse del caso piemontese, la sua

¹ Il saggio è frutto del lavoro collettivo degli autori che ne condividono la responsabilità. La redazione dei paragrafi 1, 3 e 5 si deve a Mario Cardano; quella dei paragrafi 2 e 4, rispettivamente a Francesca Salivotti e Gian Lorenzo Venturini. Lo studio è stato condotto nell'ambito di una convenzione fra il Dipartimento di scienze sociali dell'università di Torino e l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte che ha provveduto al suo finanziamento. Alla realizzazione dello studio hanno contribuito, oltre agli autori di questo saggio, Giulia Lepori, Sandro Busso, che ringraziamo per il loro fattivo contributo.

² Per una accurata ricostruzione del caso dell'Istituto "Papa Giovanni" si veda Ramondino, Siebert, Signorelli 2008.

eterogeneità interna, la presenza di rilevanti differenze nelle strategie e negli esiti con i quali trovano attuazione le politiche sociali che qui vengono messe a tema.

La ricostruzione di queste politiche è condotta considerando le attività delle tre maggiori agenzie che, sul territorio regionale, si occupano di casa e lavoro, i DSM, i SSA e i Cpl. Sul piano empirico, lo studio si basa sulla combinazione di due strategie analitiche: l'analisi della documentazione amministrativa prodotta dalle agenzie territoriali coinvolte e la consultazione – attraverso il ricorso a interviste discorsive – degli operatori impegnati nell'attuazione delle politiche qui considerate. In specifico, abbiamo condotto 41 interviste discorsive, così ripartite: 4 interviste a testimoni privilegiati; 20 agli operatori dei diciotto DSM che operano sul territorio regionale; 8 ai SSA che fanno capo o includono i Comuni capoluogo di provincia; 9 interviste ai referenti dei Cpl dei capoluoghi di provincia (con una sovrarappresentazione per la provincia di Torino). Le interviste sono state realizzate nel periodo compreso fra il 1° settembre e il 31 dicembre 2009, i dettagli sulle agenzie e le persone interpellate sono riportati in nota³. L'analisi di questi materiali è stata condotta interpellando la documentazione empirica – sottoposta a una trascrizione selettiva – con una schema analitico generato dalle domande da cui muove lo studio e modificato *in progress*, sulla base delle indicazioni della *Template Analysis* di Niegel King (King 1998).

I materiali empirici su cui poggiano le osservazioni riportate in questo rapporto sono gravate dai limiti tipici delle informazioni acquisite contando sulla collaborazione dei soggetti in studio. Tutti i nostri interlocutori ci hanno consegnato le sole informazioni che – di volta in volta – hanno ritenuto appropriate per il contesto relazionale generato dall'intervista e di cui avevano contezza in ragione della loro personale esperienza e sulla base dei processi di selezioni propri della memoria. Le interviste non offrono pertanto una “fotografia” delle politiche qui messe a tema. Si tratta, piuttosto, di schizzi, che abbiamo “letto” adottando un registro indiziario (Ginzburg 1979), accostando le affermazioni dei nostri interlocutori ai documenti amministrativi in nostro possesso e alle indicazioni dei testimoni privilegiati.

Nel paragrafo che segue (par. 2) viene sommariamente ricostruito l'itinerario politico e giuridico che ha condotto al varo della riforma del servizio psichiatrico. Alla ricostruzione del quadro nazionale, segue una focalizzazione sulla regione scelta come caso di studio. Nei paragrafi che seguono (parr. 3 e 4) l'attenzione cade sulle politiche della casa e del lavoro attuate dai DSM, dai

³Le interviste alle strutture sanitarie sono state condotte presso tutti i DSM insediati nel territorio regionale. Sono stati interpellati i referenti dei Centri Per l'impiego di Alessandria, Asti, Biella, Ciriè, Cuneo, Novara, Torino, Omegna e Vercelli. Le interviste ai referenti dei servizi sociali sono state condotte nei Comuni di Asti, Novara e Torino e presso i seguenti Consorzi socio-assistenziali: Consorzio intercomunale dei servizi socio-assistenziali dei comuni dell'alessandrino; I.R.R.R. consorzio intercomunale dei servizi socio-assistenziali (biellese); Consorzio socio-assistenziale del cuneese; Consorzio per i servizi sociali del verbanco; Comuni convenzionati ex U.S.S.L. n. 45 (vercellese). Tutti i colloqui sono stati audio-registrati (per un totale di oltre 55 ore di registrazione).

SSA e dai Cpl. Il saggio si chiude con un breve epilogo, che compendia e commenta i principali risultati dello studio.

2. LA RIFORMA PSICHIATRICA IN ITALIA

La lenta e forse non del tutto conclusa riforma della psichiatria in Italia prese il via – almeno sul piano ufficiale – con il varo della legge 180 del 1978, nota come “legge Basaglia”. Nella 180 si cristallizzano le istanze di un movimento politico e culturale di critica alla psichiatria tradizionale e al suo simbolo – il manicomio – animato da Psichiatria Democratica, un’organizzazione di operatori e pazienti nata nel 1973, cui si deve il merito di aver raccolto le istanze e le rivendicazioni di un movimento ampio ed eterogeneo sviluppatosi in Italia sin dalla fine degli anni Cinquanta (Babini 2010; Zani 2008). La riforma psichiatrica deve molto al movimento anti-manicomiale, non solo per l’impegno politico e la costante opera di sensibilizzazione dell’opinione pubblica (Jones, Wilkinson, Craig 1991; Jones, Poletti 1985), ma anche per aver promosso, sin dagli anni Sessanta, numerose esperienze di psichiatria territoriale dimostrando così la possibilità di gestire il problema della malattia mentale al di fuori dell’istituzione manicomiale e alimentando il dibattito politico sulla necessità e l’urgenza di una radicale riforma psichiatrica (Samele 1999).

Nonostante il vivace dibattito politico degli anni Sessanta e Settanta, fu necessario attendere il 1978 per l’approvazione di una legge di riforma. Alcune circostanze politiche risultarono di fondamentale importanza. Tra queste l’azione del Partito Radicale che, raccolto il numero di firme necessarie, rese possibile l’indizione del *referendum* abrogativo della legge 36/1904. Le pressioni dell’opinione pubblica e il timore di un vuoto legislativo in materia di assistenza psichiatrica spinsero il Parlamento all’approvazione della Legge 180 del 1978 – “Accertamenti Sanitari volontari e obbligatori” – sostenuta da tutti i gruppi parlamentari. La normativa, recepita pochi mesi dopo nella Riforma del Servizio Sanitario Nazionale, prevedeva la chiusura e il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e l’istituzione di una rete di servizi territoriali concepiti non già per difendere la società dal folle, ma per promuovere la salute delle persone abitate dal male mentale (Piccione 2004; Rotelli, De Leonardis, Mauri 1986). Cura e trattamenti divengono perlopiù volontari, quanto al ricovero, la legge prevede che alle titaniche strutture manicomiali subentrino reparti di degenza più piccoli, con un massimo di 15 posti letti, collocati all’interno degli Ospedali Generali⁴. Un cambiamento che affonda le proprie radici in una nuova idea di malattia mentale – intesa come fenomeno in primo luogo sociale – così come nel mutamento dello statuto giuridico

⁴ Il ricovero coatto viene per la prima definito come procedura necessaria non tanto al mantenimento dell’ordine sociale ma come garanzia della salute della persona affetta da sofferenza mentale e perciò deve essere attuato “nel pieno rispetto dei diritti civili e politici e della dignità della persona” (Babini 2010). In questo senso la legge segna l’allontanamento della persona affetta da sofferenza mentale dallo statuto di pericolosità che fino ad allora le era attribuito e in base al quale parte delle pratiche di internamento manicomiali erano gestite da organismi giudiziari (Zani 2008).

della persona affetta da sofferenza mentale la quale viene riconosciuta, in primo luogo, come cittadino detentore di diritti civili e sociali. Al progetto terapeutico/sanitario vanno, quindi, affiancati interventi volti a restituire alla persona sofferente il più ampio complesso di diritti di cittadinanza di cui è titolare, tra cui interventi orientati alla promozione dell'autonomia abitativa, al sostegno dell'inserimento lavorativo e all'integrazione della persona nel più ampio tessuto sociale cui appartiene (Zani 2008).

Va comunque sottolineato che la legge Basaglia costituì una semplice normativa d'indirizzo che affidò alle singole Regioni il compito individuare i tempi e le modalità sia dello smantellamento dei manicomi, sia della realizzazione delle strutture territoriali. La genericità della legge e la mancanza di indicazioni uniformi rispetto alla sua applicazione determinarono ritardi e problemi nell'implementazione che apparve, sin dai primi anni, difforme sul territorio nazionale con differenze particolarmente marcate tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud e delle Isole (Mangen 1989; de Girolamo et al. 2007, Burti 2001). La misura chiave della legge di riforma, la chiusura degli ospedali psichiatrici, trovò piena realizzazione solo nella seconda metà degli anni Novanta, a seguito dell'approvazione della legge 724/1994 che per la prima volta indicava una data – il 31/12/1996 – entro la quale tutti gli ospedali psichiatrici del territorio nazionale avrebbero dovuto essere smantellati⁵. Anche in Piemonte, la definitiva chiusura del maggior ospedale psichiatrico, a Collegno, alle porte di Torino, avvenne nel 1993.

Nel 1998, a vent'anni dalla cosiddetta legge Basaglia, viene varato il "Progetto Obiettivo per la Salute Mentale 1998-2000" con lo scopo sia di definire con maggiore precisione gli obiettivi della normativa sia di fornire indicazioni pratiche per la sua implementazione mediante l'individuazione delle funzioni, delle strutture e dell'organizzazione del nuovo servizio (Piccinelli, Politi, Barale 2002; Munizza et al. 2008; Piccione 2004). Ogni ASL fu chiamata ad istituire al proprio interno un DSM con funzione di coordinamento delle diverse componenti organizzative articolate in strutture semiresidenziali per lo svolgimento di interventi terapeutici e riabilitativi, come il Centro di Salute Mentale (d'ora in poi CSM), il Day Hospital o il Centro Diurno, strutture residenziali a vario grado di protezione e strutture per la gestione degli interventi di crisi in regime ospedaliero come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (d'ora in poi SPDC).

A più di trent'anni dall'inizio di questa lenta trasformazione della psichiatria italiana restano aperte alcune questioni. In primo luogo si tratta di capire se la Legge 180 e le successive riforme, nella loro implementazione, abbiano portato a una radicale trasformazione negli assunti e nei principi dell'intervento psichiatrico o se, invece, siano stati smussati solo alcuni spigoli del modello tradizionale di cura, spogliandolo da quelle pratiche abbruttenti e segreganti che lo

⁵ Nel 1994 venne approvato il primo "Progetto Obiettivo per la Salute Mentale" che sancì, oltre al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e la messa a punto di adeguate strategie di dimissione dei pazienti, la creazione di una rete integrata di servizi per la salute mentale all'interno di ogni USL coordinata da una struttura dipartimentale.

caratterizzarono. Se questa trasformazione non fosse avvenuta ci troveremmo ora di fronte ad una rete di servizi che, seppur de-ospedalizzata, si sarebbe orientata alla semplice sostituzione dell'istituzione manicomiale con altre, meno totalizzanti ma egualmente incapaci di garantire ai pazienti psichiatrici l'esercizio pieno dei diritti di cittadinanza (Piccione 2004; Crepet 1990). Una seconda questione riguarda l'eterogeneità con cui il processo di riforma ha avuto luogo. La normativa del 1978 assicurò ampia autonomia decisionale alle Regioni alla quale si aggiunge quella riservata ai singoli DSM che, nella pratica, hanno adottato soluzioni e risposte differenti in relazione alle risorse e ai bisogni dei propri territori, ma anche in base a fattori più aleatori, quali l'orientamento sulle politiche sanitarie dei dirigenti, la capacità di creare relazioni sinergiche con i sistemi locali di *welfare*, e un vasto ed eterogeneo insieme di contingenze. Tutto ciò è avvenuto in assenza di *standard* condivisi sull'organizzazione, le funzioni e le prestazioni dei servizi e senza alcun strumento di valutazione dell'implementazione della riforma (de Girolamo, Cozza 2000; de Girolamo et al. 2007). L'eterogeneità ha riguardato non solo il processo di smantellamento dei manicomi, ma anche l'istituzione di servizi territoriali. Significative differenze inter-regionali e intra-regionali si riscontrano tutt'oggi nell'organizzazione e nelle strutture dei DSM, nei servizi offerti così come nel tipo e nelle modalità di erogazione degli interventi, in particolare di quelli volti a garantire diritti di cittadinanza quali l'autonomia abitativa e la partecipazione al mondo del lavoro. Così a territori dove prevalgono le cosiddette buone pratiche, si oppongono situazioni e realtà di grande disagio dove i principi di de-istituzionalizzazione orientativi del nuovo servizio trovano scarsa, se non talvolta nulla, applicazione (Carpenter 2000; de Girolamo, Cozza 2000).

L'ultima questione riguarda le trasformazioni subite dai Servizi di Salute Mentale in seguito ad alcune importanti riforme che hanno investito il Servizio Sanitario Nazionale e che hanno avuto luogo contemporaneamente ad alcuni degli interventi legislativi di riforma precedentemente discussi. La prima è quella relativa alla separazione dei bilanci tra Sanità e Assistenza prevista dalla finanziaria del 1984 del governo Craxi in controtendenza rispetto alle indicazioni della riforma 833/1978 e del Progetto Obiettivo 1998-2000 secondo cui i DSM, così come le ASL in generale, sono tenuti ad attivare le collaborazioni necessarie con i "servizi confinanti" presenti sul territorio, in particolare con i SSA⁶. La seconda riforma riguarda il processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che ha avuto luogo nei primi anni Novanta (Vicarelli 2004) con il quale le USL sono state ridotte di numero e trasformate in Aziende Sanitarie Locali – ASL – ovvero in imprese indipendenti nella gestione delle risorse economiche messe a disposizione dalla regione (Samele 1999; Volpi 2008).

⁶ La finanziaria Craxi viene approvata in un periodo in cui in alcune aree del nostro Paese – tra cui il Piemonte – si stava avviando la chiusura e il superamento degli ospedali psichiatrici. La separazione dei bilanci tra sanità e assistenza si configura come elemento ostacolante a questo processo se si pensa al costo enorme di dimissione dei pazienti manicomiali molti dei quali impossibilitati, per varie ragioni, a vivere autonomamente o a fare ritorno in famiglia e privi di qualsiasi forma di reddito.

2.1 La riforma in Piemonte

La prima ricezione della legge 180/1978 avvenne in Piemonte nel 1989 con l'approvazione della normativa regionale n. 61 "Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione dei Servizi Psichiatrici". Con la normativa si gettarono le basi per la costituzione di una rete integrata di servizi di salute mentale articolata in venticinque servizi dipartimentali ciascuno dei quali dotato di presidi di ricovero, ambulatori, strutture residenziali e semi-residenziali. Ciascun servizio nell'adempimento delle proprie funzioni – preventive, curative e riabilitative – venne chiamato a dotarsi di strutture sia territoriali, volte alla riabilitazione della persona affetta da sofferenza mentale, che ospedaliere, orientate, invece, alla gestione delle acuzie. In base alla normativa, in ogni distretto sanitario venne istituito un Servizio Dipartimentale Psichiatrico, con funzione di coordinamento e programmazione composto da strutture residenziali, come le Comunità Alloggio e le Comunità Protette, semiresidenziali, come il Centro di Terapie Psichiatriche e un SPDC. Nel 1990 con il Piano Socio-sanitario regionale vennero messi in luce alcuni nodi problematici nell'attuazione della riforma. In particolare si rilevò ancora un generale ritardo nel superamento degli ospedali psichiatrici, la mancata istituzione di strutture dipartimentali di coordinamento dei servizi e la carenza di strutture e servizi territoriali per la salute mentale.

Nel 1995 vennero istituiti in ciascuna USL, oggi ASL, anche in Piemonte, i DSM con l'approvazione della legge 64/1995 di ricezione del "Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1994-1996". Attualmente, a seguito dei processi di aziendalizzazione e di conseguente accorpamento dei servizi sanitari, il territorio regionale è organizzato in 13 ASL, all'interno delle quali sono stati istituiti 18 DSM.

A margine si può osservare come l'eterogeneità nell'implementazione della riforma non riguarda unicamente le differenze inter-regionali ma anche quelle intra-regionali. All'interno di una stessa regione, DSM limitrofi hanno, per ragioni legate alla peculiarità dei propri territori, a contingenze storiche e all'orientamento degli operatori del servizio, recepito e attuato la riforma con tempi e modalità assai diverse. Questa specifica dimensione di eterogeneità, di rado tematizzata in letteratura, trova in questo studio un primo sviluppo.

3. LE POLITICHE DELLA CASA

Le politiche della casa e quelle a sostegno dell'abitare analizzate in questo paragrafo sono quelle di cui hanno dato conto i DSM e i SSA⁷. Dall'analisi delle interviste emergono due notazioni

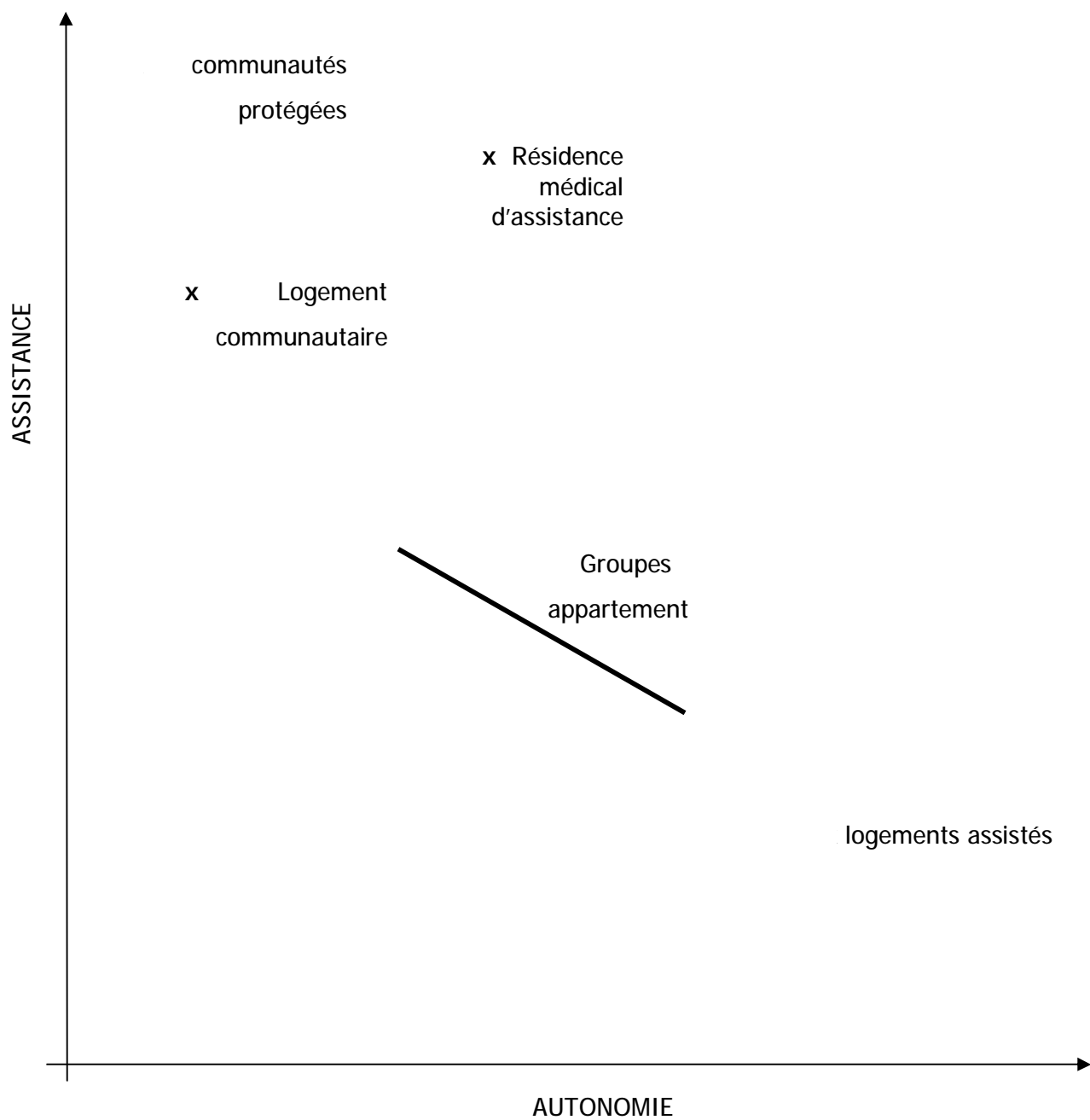
⁷ La ricostruzione dell'impatto – di norma modesto – delle politiche di edilizia popolare a beneficio dei pazienti psichiatrici gestite dall'Agenzia Territoriale per la Casa (ATC) è stata condotta a partire dalle testimonianze degli operatori dei DSM del territorio regionale. L'assegnazione di abitazioni di edilizia popolare è – per tutti i cittadini – subordinata alla presenza di condizioni di bisogno economico, sulla cui severità vengono stilate le graduatorie territoriali. Questo vincolo che, di fatto, pone le persone affette da disturbi

generali. La prima riguarda la centralità dei DSM nella realizzazione degli interventi a sostegno dell'abitare dei pazienti psichiatrici. La seconda notazione attiene all'eterogeneità di queste politiche: diverse sono le leve impiegate per promuovere l'autonomia abitativa, diverse – soprattutto – sono forme di collaborazione fra i DSM e le altre agenzie, i SSA e le ATC, impegnate sul territorio regionale nelle politiche della casa.

3.1 Le politiche della residenzialità promosse dai DSM

Le politiche residenziali promosse dai DSM si dispongono su di un ampio spettro che prevede livelli di assistenza sociale e sanitaria diversi e che promuove in modo differenziato l'autonomia dei beneficiari. Un modo per classificare gli interventi è quello di disporli all'interno di uno spazio di attributi (fig. 1) generato dalla considerazione congiunta del grado di autonomia promossa e del livello di assistenza fornita ai pazienti. A un estremo si possono collocare gli inserimenti in comunità protette, luoghi caratterizzati da un'elevata assistenza e protezione e che prevedono un basso grado di autonomia; all'estremo opposto gli inserimenti in alloggi supportati che prevedono un basso livello di assistenza e un elevato livello di autonomia.

Fig. 1. Spettro degli interventi di politica residenziale promossi dai DSM



Tutte le soluzioni prospettate nella figura sono forme “residenziali”, in quanto offrono ai soggetti affetti da disturbo psichico un tetto sotto cui *vivere*. Eppure non tutte offrono anche un tetto sotto cui *abitare*, se abitare significa potere disporre dello spazio (fisico e sociale) con un certo grado di libertà adattandolo ai propri gusti e ai propri stili di vita. Le condizioni proprie dell’abitare si ritrovano esclusivamente – ancorché in diversa misura – in due delle soluzioni abitative illustrate in figura: i Gruppi appartamento e gli Alloggi supportati. Solo queste due misure possono essere definite in senso proprio politiche della casa ed è su queste che dedicheremo le osservazioni che seguono.

Il Gruppo appartamento è una struttura residenziale, generalmente un appartamento in un *normale* condominio in cui – di norma – convivono da due a quindici pazienti. L’orientamento prevalente vede la distribuzione di queste abitazioni in diversi luoghi del territorio urbano⁸. I gruppi che condividono gli spazi del proprio appartamento non sono gruppi di elezione, si tratta cioè di persone che *non* si sono scelte reciprocamente, ma che sono state raccolte sotto lo stesso tetto dagli operatori del DSM. Nei DSM in cui i Gruppi appartamento costituiscono una soluzione, per così dire, a regime, quel che di norma accade è che uno o più persone vengano aggregate a un gruppo nel quale “si è liberato un posto” (DSM TO2 Maccacaro). Ciò fa sì che gli ospiti di queste strutture siano chiamati ad affrontare – spesso in età matura – le asperità di una convivenza con persone che, almeno da principio, sono estranee. Ospiti è il termine comunemente impiegato dagli operatori dei DSM per qualificare i membri di un Gruppo appartamento, un termine che lascia intravedere i limiti di questa soluzione abitativa. L’ospite di un Gruppo appartamento può disporre della casa in cui vive entro limiti più angusti di quelli dettati dalla negoziazione con gli altri coinquilini; limiti definiti da specifici “regolamenti” e “contratti” elaborati dagli operatori sanitari.

La soluzione organizzativa del Gruppo appartamento trova sul territorio regionale diverse declinazioni: in ragione dei criteri impiegati per la composizione dei gruppi; in ragione del grado di autonomia promossa; in ragione delle forme di regolamentazione della convivenza. Rispetto alla prima dimensione, la composizione dei gruppi, prevale la scelta di gruppi omogenei per sesso, con poche eccezioni, fra cui merita segnalare il DSM di Biella, Alba e Verbania dove si danno anche gruppi appartamento misti. Le interviste hanno documentato anche altre soluzioni organizzative concepite per produrre gruppi omogenei per interessi e stili di vita. Nel DSM di Nichelino e nel DSM di Alba sono stati costituiti Gruppi appartamento per lavoratori, nei quali il lavoro, oltre a costituire una condizione per poter sostenere le spese dell’alloggio, configura un orizzonte comune e forse maggiori opportunità di intesa. Quanto al grado di autonomia promossa, si distinguono tre categorie di Gruppi appartamento, a bassa, media e alta protezione. Nelle strutture del primo tipo,

⁸ Fa eccezione in tal senso il DSM di Cuneo, dove – in uno stesso stabile – hanno trovato collocazione diversi gruppi appartamento.

quelle che più promuovono l'autonomia degli ospiti, gli operatori che – perlopiù educatori, infermieri professionali e colf – sono presenti solo poche ore al giorno, indicativamente da 3 a 5, in concomitanza dei pasti e, ove necessario, per presidiare all'assunzione dei farmaci. Le strutture a media protezione si caratterizzano per una presenza di operatori protratta sino a 7, 8 ore. Da ultimo, le strutture ad alta protezione, quelle che meno garantiscono l'autonomia del paziente, vedono il protrarsi della presenza degli operatori oltre le 8 ore, una presenza nella quale il profilo degli operatori si sposta sempre più sul versante sanitario.

Nei Gruppi appartamento la convivenza è normata da un regolamento comune che vale per tutti i residenti e da un "regolamento individuale". In via generale il regolamento comune contiene richiami a norme di buona convivenza che principalmente si traducono in divieti e obblighi, che modellano i rapporti con gli altri residenti, la possibilità di ricevere visite, la gestione degli spazi e, nei casi in cui siano previsti, i turni di lavoro. Il regolamento individuale, invece, è una sorta di contratto che l'operatore stipula con il paziente prima del suo ingresso nel gruppo, nel contesto più generale del progetto terapeutico che lo riguarda. Il regolamento individuale definisce le date di ingresso e di uscita dal gruppo appartamento, indica le condizioni alle quali l'appartamento può essere impiegato (disciplina, ad esempio, le visite degli ospiti) e definisce le specifiche responsabilità del paziente. Le regole di convivenza dei gruppi appartamento piemontesi variano per grado di formalizzazione: solo in alcuni casi prendono la forma di un regolamento scritto. Diversa è la misura della negoziabilità di queste regole; una variabilità che, tuttavia, pare dettata più dagli orientamenti degli operatori del DSM che dal livello di protezione del gruppo appartamento.

L'Alloggio supportato è un'abitazione di cui – a vario titolo – è titolare il paziente che la abita (vedi Carling 1993; Moxham, Pegg 2000). Dunque, stando a casa propria, il paziente riceve dagli operatori del DSM o dagli operatori di cooperative o di un'associazione di volontari designata dal DSM⁹, un sostegno all'abitare di varia natura, che va dal dall'accompagnamento alla messa, allo svolgere pratiche burocratiche per ottenere occhiali, dal sostegno fattivo alla famiglia (*baby-sitting* e conduzione della casa) quando una persona deve subire un intervento importante, all'accompagnamento a visite mediche non psichiatriche, fino alla spesa fatta insieme o per conto della persona quando quest'ultima non è in condizione di farla autonomamente. Accanto a queste forme di sostegno sociale all'abitare si affiancano interventi sanitari, quali la visita infermieristica per la consegna o la somministrazione della terapia farmacologica. Di norma questi interventi

⁹ È il caso del DSM TO2 "Basaglia" che si avvale della collaborazione dell'associazione di volontari Casa Bordino.

hanno una collocazione e una durata flessibili, in ragione delle esigenze del paziente, sino a configurarsi come mere visite di cortesia o a ridursi a una semplice comunicazione telefonica¹⁰.

Seppur con un certo margine di variabilità, tutti i DSM piemontesi utilizzano i Gruppi appartamento e in tutta la loro gamma di "protezione": alta, media, bassa e questo in ragione del profilo dell'utenza, ma molto spesso anche in ragione delle risorse – abitazioni e personale – di cui dispongono. Sotto quest'ultimo profilo, lo studio documenta le difficoltà dei DSM che operano in contesti rurali o montani, nei quali la difficile reperibilità di appartamenti nei pressi dei luoghi abituali di vita dei pazienti, rende difficile il ricorso a queste misure. In generale, il ricorso a questa soluzione e in particolare il trasferimento dei pazienti da strutture a più alto grado di protezione, come le comunità protette e le comunità alloggio, ai gruppi appartamento deve essere considerata come una tendenza che, in Piemonte, risulta dominante, almeno negli ultimi dieci anni. Questo relativo riorientamento delle politiche residenziali sembra dettato principalmente, ancorché non esclusivamente, da ragioni economiche. La più parte dei nostri interlocutori nei DSM piemontesi ha sottolineato la questione dei costi: «un giorno per un paziente in gruppi appartamento costa molto meno che un giorno in una comunità protetta». A queste buone ragioni economiche si affiancano spesso motivazioni altrettanto buone dettate da una più puntuale considerazione della salute del paziente. Ciò emerge in modo nitido nelle riflessioni di uno dei nostri interlocutori del DSM di Ciriè Ivrea che individua nelle più convenzionali soluzioni residenziali, le comunità alloggio, le comunità protette, caratterizzate da un'elevata protezione, la riproduzione su piccola scala delle vecchie strutture manicomiali ("sono i nuovi O.P."), responsabili di una "cronicizzazione" del disturbo, incapaci di promuovere l'autonomia del paziente.

Quanto all'altra politica della casa messa a tema in questo lavoro, il ricorso agli Alloggi supportati, dallo studio emerge come l'impiego di questa soluzione sia concentrata esclusivamente in alcune porzioni del territorio regionale, in specifico Ciriè, Collegno e nel DSM TO2 Basaglia. Altrove la carenza di risorse economiche, le difficoltà di integrazione con le ATC locali costituiscono il principale limite all'estensione di questa misura. A ciò occorre aggiungere che in ragione dei limiti richiamati più sopra e per l'adozione di differenti "filosofie" d'intervento, il sostegno della psichiatria piemontese a questa soluzione non è dei più robusti.

Più in generale il debole isomorfismo (*sensu* Powell e DiMaggio, 2000) delle politiche di promozione della cittadinanza dei pazienti psichiatrici implementate nel territorio piemontese trova un'eloquente illustrazione nelle politiche della residenzialità. Dal nostro studio emerge come gli interventi di politica residenziale promossi dai DSM piemontesi, in specifico il ricorso a quelle che abbiamo definito come *politiche dell'abitare* (Gruppi appartamento, Case supportate) contrapposte

¹⁰ Se nell'alloggio supportato risiedono più pazienti, allora esso viene generalmente definito come una convivenza guidata. Questa soluzione abitativa non è ancora molto diffusa in Piemonte: se ne trova traccia nel DSM di Collegno B, nel DSM di Savigliano e nella zona sud della struttura complessa di Alessandria.

a quelle che, per simmetria, possiamo definire *politiche dell'istituzionalizzazione* (Comunità alloggio, Comunità protette, Residenze sanitarie assistite), siano legati ai tempi di avvio e realizzazione del processo di territorializzazione dei servizi stabilito dalla Legge 180. Laddove questo processo è stato avviato più precocemente e con maggior celerità, ad esempio nei DSM dell'area torinese, si osserva la maggior diversificazione delle politiche residenziali; dove invece, per contro, il processo ha avuto un avvio tardivo e un ancor più tardivo compimento, come ad esempio nel DSM di Vercelli, le politiche residenziali si basano soprattutto sul ricorso a Comunità alloggio, Comunità protette, residenze sanitarie assistenziali, mentre solo in tempi recenti sono stati inaugurati i primi Gruppi appartamento.

Dalle interviste emerge come la promozione di specifici progetti abitativi sia governato per lo più da un sapere tacito, parte delle pratiche dei diversi operatori, raramente formalizzato in regolamenti e procedure rigidamente codificate. Il cuore di questo sapere tacito è costituito da una concezione stadiale della promozione dell'autonomia abitativa (cfr. Lehman et al. 2004: 37; Raviola 1997) che suggerisce di mettere alla prova la "tenuta" del paziente lungo un itinerario che prevede almeno tre tappe: la comunità protetta, il gruppo appartamento e, buon ultimo la casa supportata. Anche su questo terreno si registra una consistente eterogeneità che si esprime nella disponibilità a rinunciare all'attraversamento di alcune "stazioni" e nel grado in cui si riconosce al paziente la possibilità di negoziare l'intero processo. Di norma i progetti abitativi vengono elaborati all'interno dell'equipe curante solo in alcuni casi sostituita da un gruppo di operati dedicato espressamente alle politiche della casa¹¹. In generale un aspetto ritenuto dai più come centrale per la riuscita del percorso verso l'autonomia abitativa è il coinvolgimento della famiglia del paziente, favorendo la conservazione o il ripristino dei rapporti fra il paziente e il proprio nucleo d'origine all'interno di una specifica alleanza, senza la quale i progetti più generosi di promozione dell'autonomia rischiano di arenarsi. Infine, osservando il processo dal lato della società più vasta, emerge un risultato confortante. Dopo una prima fase di diffidenza, nella più parte dei casi gli altri condomini sembrano accogliere senza particolari difficoltà questi "strani" vicini; questo soprattutto quando risulti evidente la presenza discreta degli operatori.

3.2. Le politiche a sostegno dell'abitare promosse dai servizi sociali

La legge di Riforma sanitaria, prevedeva (l'imperfetto è d'obbligo) – si ricorderà – l'integrazione dei servizi sociali e sanitari (vedi par. 2). La finanziaria del governo Craxi del 1984, l'aziendalizzazione dei servizi sanitari e il consistente ritardo nella definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale, hanno progressivamente reso questo traguardo sempre più

¹¹ È il caso, ad esempio dei DSM di Alessandria, Verbania-Domodossola-Omegna e Chieri.

lontano (vedi Perino 2008). All'interno di questo contesto giuridico la cooperazione fra DSM e SSA risulta, non di rado, problematica, complice la progressiva contrazione dei *budget* su cui, tanto l'uno quanto l'altro, possono contare. Sul terreno della salute mentale, l'incontro fra questi servizi innesca – a dispetto della retorica del lavoro di rete – la «logica dello scarica-barile». La questione attiene innanzitutto all'attribuzione dei costi, il «chi deve pagare cosa» e qui la regola di composizione delle controversie è semplice. Se l'utente ha una diagnosi riconducibile a una delle voci del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (psicosi, schizofrenia, disturbo bipolare o quant'altro), la competenza e i costi che ne discendono tocca al DSM. Viceversa, se l'utente convive con un disagio psichico non cristallizzato in una diagnosi psichiatrica, allora la competenza passa – ancorché non del tutto pacificamente – ai SSA¹². Accanto a queste due soluzioni, nette, radicali, trovano spazio forme di cooperazione fra DSM e SSA che prevedono gradi di diversi di condivisione di responsabilità e costi, ma ciò accade per ragioni del tutto contingenti, dettate più dalla buona volontà degli operatori, che dalla conformità a prassi consolidate. Da ciò discende che gli interventi di sostegno dell'abitare promossi dai SSA riguardano principalmente l'area del male mentale che sta a cavallo tra il disagio e il disturbo psichico, costituita da persone che si rivolgono ai SSA, non avendo, per così dire, titolo di ottenere il sostegno di un DSM o che diventano parte della popolazione assistita dai SSA a seguito dell'allarme sociale suscitato da alcuni dei loro comportamenti.

Le politiche a sostegno dell'abitare promosse dai SSA e destinate a questa categoria di persone possono essere ricondotte a due rubriche. La prima raccoglie due forme di assistenza economica a destinazione vincolata, in specifico, contributi per il pagamento del canone d'affitto e contributi per il pagamento delle utenze. La seconda rubrica raccoglie un insieme composito di azioni a sostegno dell'abitare che insistono nei domini del vitto, dell'igiene e sostegno alle attività quotidiane. Nella prima fattispecie rientrano prestazioni, diverse in ragione del grado di attivazione richiesta all'utente, che vanno dalla consegna di *voucher* – con cui questi provvede autonomamente all'acquisto del cibo o che spende nelle mense sociali convenzionate – all'accompagnamento al supermercato, alla consegna a domicilio della spesa o del pasto. L'assistenza domiciliare costituisce il nucleo degli interventi che insistono sull'area dell'igiene, nello specifico, l'igiene dell'abitazione, ma anche l'igiene della persona. Da ultimo, le azioni a sostegno delle attività quotidiane includono l'intervento di operatori sociali che si occupano del ritiro della pensione degli assistiti o che offrono un sostegno per la gestione del denaro. Le persone gravate da una qualche forma di male mentale che accedono a queste prestazioni lo fanno, non già in ragione del loro status di paziente, ma poiché viene riconosciuta la loro condizione di indigenza. È curioso constatare come l'intervento reso qui dai SSA coincide nei fatti con la logica degli alloggi supportati, di cui si è detto più sopra.

¹² Per la distinzione fra disagio e disturbo psichico si veda Piccione (1995: 302-3).

Accanto a queste politiche, destinate a chi, ancorché indigente, dispone comunque di un tetto sotto il quale trovare rifugio, trovano spazio le politiche destinate a coloro che non dispongono di un'abitazione adeguata. Anche in questo caso, tuttavia, le azioni intraprese dai SSA si basano sull'adozione di un approccio universalistico che non tiene conto della categoria (paziente psichiatrico, tossicodipendente o quant'altro) cui appartiene la persona che versa in una condizione di bisogno. In questa luce, i bisogni di una persona gravata da una qualche forma di sofferenza psichica si configurano come nulla di più e di meno dei bisogni di un cittadino indigente, cui si cerca di provvedere attraverso due distinti percorsi. Il primo passa dalla graduatoria biennale definita dalla commissione provinciale ATC che fa acquisire un diritto alla casa: qui il disturbo psichico entra in gioco *solo* se dà diritto all'invalidità. Il secondo percorso prevede l'assegnazione di soluzioni abitative «in quota di emergenza»: qui conta l'intensità del bisogno non il tipo di problema che la persona ha.

4. LE POLITICHE DEL LAVORO

Nonostante il lavoro non sia una condizione sufficiente a generare inclusione sociale, la possibilità di assumere un ruolo attivo nel mercato del lavoro si configura come elemento essenziale per il raggiungimento dell'autonomia e della partecipazione sociale. Ciò poiché il lavoro non consegna semplicemente un reddito, ma offre a chi lo svolge un'identità e una rete di relazioni sociali. Ed è tutto questo ciò che viene restituito ai pazienti psichiatrici con il sostegno alla loro inclusione nel mondo del lavoro, con la restituzione di queste persone a quella normalità – talvolta gravosa – compromessa dall'irrompere del male mentale (vedi Boardman et al. 2003).

Sebbene le politiche del lavoro per i pazienti psichiatrici non possano in alcun modo essere considerate politiche sanitarie, quel che accade di fatto in Piemonte (e con poche variazioni anche nel resto d'Italia) è che della loro realizzazione si occupino essenzialmente i DSM. Se, dunque, le strutture sanitarie possono essere considerate il *primum mobile* delle politiche del lavoro, gli strumenti – giuridici ed economici – di cui queste ultime possono disporre per la loro attuazione sono decisamente modesti.

La promozione della partecipazione al mondo del lavoro per i pazienti psichiatrici passa principalmente attraverso due canali, la cooperazione sociale e le misure di "collocamento mirato" per le persone disabili stabilite dalla Legge 68/1999 e applicate dai Cpl. Per tutto il ventennio successivo al varo della Legge 180, in Piemonte, le cooperative sociali di tipo B, hanno costituito, per i pazienti psichiatrici, il principale canale di ingresso nel mercato del lavoro. Questa forma particolare di cooperazione, basata su un modello di mutualità fra diseguali, permette l'inclusione in contesti lavorativi caratterizzati da una singolare flessibilità che si adatta e consente di trarre

profitto dall'andamento discontinuo delle capacità di lavoro, tipico dei pazienti psichiatrici¹³. Negli ultimi dieci anni, vuoi per l'esaurirsi della tensione etica e politica che sosteneva la partecipazione dei soci "normodotati", vuoi per la contrazione del mercato degli appalti pubblici, questo canale ha sensibilmente ridotto la propria portata, restando il principale canale di inclusione nel mercato del lavoro dei pazienti psichiatrici solo in alcuni dei DSM piemontesi¹⁴.

Le misure di "collocamento mirato", regolate dalla Legge 68/1999 consentono l'inclusione delle persone che scontano una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%. Fra queste rientrano anche i pazienti psichiatrici ai quali una Commissione medico-legale riconosca un'invalidità civile eguale o superiore alla soglia stabilita dalla Legge 68. In ragione delle loro dimensioni, le aziende sono tenute per legge all'assunzione di una quota di lavoratori disabili; quota che raggiunge per le aziende di maggiori dimensioni, l'8%. L'obbligo viene meno quando le aziende attraversano una crisi produttiva per la quale si rende necessario il ricorso alla Cassa integrazione guadagni. Nell'accesso a un'occupazione ai sensi della Legge 68 i pazienti psichiatrici competono, per così dire, con tutti gli altri soggetti disabili, compresi gli invalidi del lavoro, con esiti che il diffuso pregiudizio nei confronti del male mentale rendono facilmente prevedibili (vedi Negri e Cardano 2006: 19). Per taluni pazienti, soprattutto i più giovani, il vincolo della certificazione medico-legale di invalidità (non necessario per il lavoro nelle cooperative sociali) costituisce un deterrente all'attivazione delle procedure di collocamento mirato *ex lege* 68. Il difficile processo di ricomposizione della propria identità, aggredito dall'irrompere del male mentale (vedi Cardano 2010), incontra un ostacolo, talvolta insormontabile, nella richiesta di riconoscere la propria differenza con l'"etichetta" di invalido psichico.

Attraverso le interviste agli operatori dei DSM e a quelle dei Cpl è stato possibile ricostruire la rete di relazioni che legano fra loro queste agenzie ed entrambe al mondo della cooperazione sociale. Il quadro che emerge pare essere particolarmente eterogeneo. La prima linea di distinzione separa l'asse DSM-cooperative dall'asse DSM-Cpl. In via generale, i DSM attivano più sovente forme di collaborazione con le cooperative di quanto non facciano con i Cpl. La ragione ha probabilmente a che vedere con la funzione che ciascuna delle due organizzazioni può svolgere nel quadro delle pratiche di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici. Mentre le cooperative sono imprese, dunque possono accogliere lavoratori, i Cpl sono agenzie pubbliche di intermediazione tra i lavoratori e le imprese, il cui funzionamento non sempre si adatta alle necessità dei pazienti psichiatrici. Infatti, se d'un lato i Cpl offrono una conoscenza specialistica del tessuto produttivo

¹³ Se nelle forme tradizionali di cooperazione la mutualità, nasce dalla condivisione di interessi e capacità omogenee, nella cooperazione sociale la mutualità lega soggetti caratterizzati da interessi, identità e soprattutto capacità differenti: i soggetti disabili, da un lato, i cosiddetti normodotati, dall'altro (vedi Piccardo e Converso 2003).

¹⁴ Per una disamina più piana della relazione fra lavoro e disturbo psichico si vedano Cardano 2005; Negri e Cardano 2006.

del territorio, delle norme che regolano l'inserimento lavorativo dei disabili e maneggiano risorse economiche messe a disposizione dal governo regionale alle amministrazioni locali, dall'altro possono investire ben poche risorse umane sui progetti di inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici. Eppure, almeno in linea teorica, la collaborazione fra DSM e Cpl potrebbe risultare particolarmente proficua. Per un verso, i DSM sono in grado di fornire ai Cpl quelle che nel gergo degli intervistati sono le «candidature», ossia le segnalazioni dei pazienti più pronti al lavoro così come possono mettere a disposizione il proprio personale per il tutoraggio dei pazienti inseriti in azienda o garantire forme di consulenza e supervisioni agli operatori dei Cpl che si occupano di disabili psichici. Per l'altro, i Cpl possono condividere con i DSM la conoscenza del mercato del lavoro, la credibilità di cui godono presso le aziende e la conoscenza tecnica dei problemi legati all'inserimento lavorativo dei disabili. Tuttavia, siamo, ancora una volta, di fronte all'incontro tra membri di due «comunità di pratiche» (Wenger 1998) distinte, il cui oggetto del contendere più importante è la definizione di cosa si debba intendere per «persona pronta a lavorare». Esiste certamente un punto di vista clinico e ne esiste un altro legato al mercato del lavoro, e alle richieste che esso avanza in termini di competenza che una persona deve necessariamente possedere. Le due posizioni sono ben espresse dalle parole che un intervistato ci ha consegnato: «nella nostra testa una persona deve adattarsi al mondo del lavoro, nella loro il mondo del lavoro dovrebbe adattarsi alla persona» (Cpl di Ciriè).

Quanto detto finora delinea i tratti principali del contesto legale e organizzativo entro cui si muovono DSM, Cpl e cooperative sociali di tipo B. In quel che segue verranno tratteggiate le pratiche di promozione della partecipazione al mondo del lavoro dei DSM e dei Cpl.

4.1 Le politiche di promozione al lavoro realizzate dai DSM

Gli interventi in materia di politiche del lavoro promossi dai DSM possono essere ricondotti a tre fattispecie: le azioni a sostegno dell'occupabilità, gli inserimenti lavorativi e le azioni dirette a garantire la conservazione del lavoro. Alla prima fattispecie appartengono tutti quegli interventi che precedono l'inserimento lavorativo *strictu sensu* e che vanno dalla selezione delle persone eleggibili, alla valutazione delle capacità e delle aspettative rispetto al lavoro, alla formazione professionale. La selezione degli eleggibili muove dalla definizione di un insieme minimo di criteri comuni a tutti i DSM, cui si aggiungono valutazioni accessorie che identifichiamo come pratiche locali. L'insieme minimo di requisiti comprende la presenza di un disturbo psichico grave, la consapevolezza della propria condizione di salute e una buona *compliance* farmacologica. I criteri accessori comprendono la presenza di un esplicito desiderio di lavorare, un'età compresa tra i 25 e i 35 anni e la disponibilità di una rete naturale di supporto, sovente costituita dalla famiglia. Assai di rado – più precisamente in soli quattro DSM – tanto i criteri quanto le pratiche sono formalizzati;

più sovente assumono la forma di «modi di fare» discussi dalle équipes mediche, sedimentati e condivisi, ma non codificati. Chi viene considerato eleggibile intraprende un percorso di valutazione delle capacità lavorative consistente in un colloquio o in un «tirocinio osservativo»¹⁵. Quasi sempre l'onere della valutazione grava sull'équipe del DSM che si occupa dell'inserimento lavorativo dei pazienti; solo di rado – più precisamente solo in due DSM – spetta a un gruppo «interistituzionale» composto da operatori dei DSM, dei Cpl, dei consorzi o dei SSA. Sebbene assai poche risorse siano dedicate alla formazione professionale, abbiamo rinvenuto tracce – labili – di progetti formativi in più di un DSM. In un caso l'équipe del DSM favorisce la partecipazione dei pazienti a corsi offerti da agenzie formative cui accedono anche in normodotati; in un altro caso essi si avvalgono di convenzioni specifiche per l'implementazione di interventi formativi dedicati esclusivamente agli utenti dei DSM stipulate con agenzie, pubbliche e private presenti sul territorio¹⁶.

Alla seconda fattispecie appartengono quegli interventi orientati all'assunzione a tempo determinato o indeterminato, *part-time* o *full-time* del paziente o al rafforzamento delle sue competenze e della sua capacità di tenuta lavorativa e relazionale in un contesto, cosiddetto protetto (segnatamente una cooperativa sociale di tipo b)¹⁷. Questi possono essere ulteriormente distinti in borse lavoro non strettamente pre-assuntive attivate dai DSM presso ditte o cooperative di tipo b, borse lavoro pre-assuntive attivate dai Cpl *ex lege* 68/99, inserimenti in cooperative di tipo b e assunzioni in piccole ditte o attività commerciali non tenute agli obblighi di assunzione *ex lege* 68/99¹⁸. Le borse lavoro sono il canale d'inserimento lavorativo più diffuso e, di norma, più appropriato. L'appropriatezza viene meno quando la retribuzione del lavoro, nella forma e nell'ammontare di una borsa, si protrae al di là dei tempi necessari all'apprendimento della mansione. Borse lavoro reiterate per sei o nove mesi configurano una situazione nella quale il lavoratore, ormai padrone della propria mansione, viene retribuito con un compenso minore di quello riconosciuto agli altri lavoratori, e indotto a pensare che ciò dipenda dalla sua inemendabile inadeguatezza. Va da sé che in questi casi la valenza di *empowerment* riposta nell'inclusione nel mondo del lavoro, non possa che venire meno.

Alla terza fattispecie, infine, appartengono gli interventi di sostegno e monitoraggio dell'inserimento attivati dai DSM – sovente – o dai Cpl – assai di rado – sul medio periodo. Tra questi distinguiamo gli interventi in favore dell'azienda e quelli in favore del paziente. Per quanto riguarda i primi, mentre nei momenti immediatamente successivi all'inserimento lavorativo gli

¹⁵ Durante il «tirocinio osservativo» il paziente apprende i rudimenti della mansione che sarà chiamato a svolgere, sostenuto e osservato da un operatore che ne valuta gli apprendimenti.

¹⁶ È evidente come le due modalità formative incorporino rappresentazioni del paziente psichiatrico e del lavoro profondamente dissimili.

¹⁷ Questi ultimi sono interventi che si situano a cavallo tra la fase di inserimento lavorativo e quella precedentemente descritta di sostegno dell'occupabilità.

¹⁸ Le borse lavoro hanno, di norma, una durata di tre mesi, e per un impegno lavorativo pari a 20 ore settimanali, si traducono in un compenso netto al lavoratore pari a circa 400 Euro.

operatori dei DSM offrono un supporto assiduo mediante visite sul luogo di lavoro e incontri periodici con la figura aziendale responsabile dell'inserimento, col passar del tempo l'intensità del monitoraggio si riduce fino a limitarsi a sporadici contatti telefonici. Questo andamento, desiderabile se viene letto come un lento ritorno alla normalità, di fatto non è frutto di una scelta terapeutica ma è determinato dalla carenza di risorse umane, che impedisce – al di là delle emergenze – una presenza più assidua degli operatori dei DSM.

Quanto agli interventi rivolti al paziente-lavoratore, questi, il più delle volte confluiscono nella pratica clinica ordinaria. I problemi di conciliazione fra lavoro e disturbo psichico diventano – ove necessario – tema dei colloqui clinici che i pazienti intrattengono con lo psichiatra di riferimento. In alcuni DSM a queste misure si affiancano interventi più specifici, quali, ad esempio la promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto di pazienti-lavoratori, che, in quel contesto possono attingere da pari risorse e strategie utili a fronteggiare i piccoli e grandi problemi che incontrano nei luoghi di lavoro. Ciò detto, vediamo ora quel che accade nei Cpl.

4.2 Le politiche di promozione al lavoro realizzate dai Cpl

Le leve di cui dispongono i Cpl per promuovere la partecipazione dei pazienti psichiatrici al mondo del lavoro sono due: l'*avviamento nominativo* e la stipula di *convenzioni* con ditte non tenute all'obbligo di inserimento lavorativo di disabili. Il primo percorso prevede la proposta di un nome, ossia di un progetto individuale, negoziato intorno alle necessità del datore di lavoro e al profilo del candidato. Sovente il progetto prende avvio con un tirocinio, pagato dal Cpl attingendo al «Fondo regionale disabili», che ha lo scopo di favorire una presa di contatto morbida e mediata da un *tutor*, del disabile con il lavoro e del datore di lavoro con il disabile. Il *tutor* placa i timori del datore di lavoro, sorregge in modo adeguato il disabile nei momenti di difficoltà. Se arriva dal DSM ha una competenza tecnica e, ancora di più, se è lo stesso con cui egli ha già avuto a che fare, questo garantisce la continuità relazionale e terapeutica. La seconda leva, la stipula di convenzioni con aziende non tenute all'obbligo di assunzione di disabili sancito dalla legge 68/99 configura nulla più di una possibilità virtuale, che di rado diventa operativa in ragione di una qualche felice contingenza locale.

Il giudizio degli operatori dei Cpl sull'efficacia di queste misure per la categoria specifica di disabili su cui abbiamo appuntato l'attenzione, i disabili psichici, è decisamente critico. Tutti gli intervistati concordano nel definire *molto bassa* la probabilità di successo dell'inserimento lavorativo di un paziente psichiatrico e *ancora più bassa* la probabilità che questi riesca a conservare il lavoro e questo per diverse ragioni che possono essere ricondotte a quattro ordini: macro, meso, micro e pico. Le ragioni *macro* addotte dai nostri interlocutori hanno a che vedere con le contingenze economiche sfavorevoli e le caratteristiche del mercato del lavoro ordinario. Le

ragioni *meso* riguardano le difficoltà di rapporto e integrazione tra Cpl e DSM, da un lato, e fra i Cpl ed il loro territorio di riferimento, dall'altro. Le ragioni *micro* fanno riferimento alla scarsa disponibilità di risorse umane che i Cpl possono dedicare a questa specifica porzione di utenti, che pur non essendo la più numerosa, si caratterizza per tratti così peculiari da richiedere strategie e interventi *ad hoc*. Da ultimo le ragioni *pico* (o ultra micro) addotte dai nostri interlocutori chiamano in causa le rappresentazioni della malattia mentale condivise tanto dagli operatori dei Cpl quanto dai datori di lavoro. Al centro di queste rappresentazioni è comune rinvenire l'idea di pericolosità del paziente psichiatrico, da cui discende quella della sua radicale incapacità di svolgere un'attività lavorativa. Si tratta di rappresentazioni sfidate e battute dall'esperienza diretta del lavoro di un paziente psichiatrico, ma che *ex ante* alimentano un pregiudizio.

A fronte di tutto ciò i Cpl lamentano la scarsa disponibilità di risorse umane, adeguatamente formate, cui affidare la gestione di questi specifici inserimenti. Tale carenza, in più di un'occasione, è stata identificata come causa dello scarso utilizzo del Fondo regionale disabili, il fondo che raccoglie le sanzioni comminate alle aziende per il mancato adempimento della legge 68/99 e che, messo a disposizione dei Cpl, consente loro di destinare queste risorse a specifici progetti di inserimento lavorativo. Una parte delle risorse umane che i Cpl lamentano di non avere potrebbe essere offerta dai DSM, favorendo un'adeguata «continuità terapeutica» all'utente e fornendo le conoscenze specialistiche necessarie a gestire le fasi delicate dell'inserimento lavorativo e i momenti di crisi che seguono. Eppure questo accade assai di rado.

In sintesi, l'idea generale che si ricava dall'analisi delle interviste è che la storia dell'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbo psichico sia ancora, troppo sovente, la cronaca di un fallimento annunciato. Le ragioni di cui abbiamo dato conto in questa sezione sono più d'una. Alcune attengono al quadro legislativo, altre alle pratiche dei DSM, altre alle pratiche dei Cpl, altre ancora alla natura dei rapporti tra questi e le cooperative sociali, altre ancora alle contingenze economiche sfavorevoli che affliggono il contesto produttivo piemontese.

5. EPILOGO

Dallo studio emerge innanzitutto l'eterogeneità delle pratiche che, nelle diverse agenzie considerate, si propongono di promuovere la cittadinanza delle persone affette da un disturbo psichico. Le differenze osservate sia nelle politiche per la casa, sia nelle politiche del lavoro sembrano imputabili ora alle specificità del contesto territoriale, ora alla disponibilità di risorse, ma in molti casi anche a fattori del tutto contingenti, quali la qualità del capitale sociale del contesto sociale, l'orientamento del *management*, o meglio la filosofia d'intervento sostenuta, gli eventi che compongono la storia più recente del territorio di riferimento.

Composito è anche il profilo dei destinatari delle politiche di promozione della cittadinanza. Accanto ai pazienti – perlopiù severi – in carico presso i DSM emerge una popolazione dai tratti confusi, costituita da persone la cui differenza *non* è stata racchiusa all'interno di un'etichetta diagnostica; una popolazione, che con le parole di uno dei nostri interlocutori, identifica un' «area grigia», costituita da persone che si rivolgono ai SSA, non avendo, per così dire, titolo di ottenere il sostegno di un DSM o che diventano parte della popolazione assistita dai SSA a seguito dell'allarme sociale suscitato da alcuni dei loro comportamenti.

Diverso, inoltre, è il grado di integrazione socio-sanitaria delle politiche qui messe a tema. Al riguardo occorre tuttavia osservare come il contesto istituzionale e legislativo entro il quale queste pratiche possono trovare attuazione congiura contro l'integrazione socio-sanitaria. Programmaticamente sostenuta dalla legge di Riforma sanitaria del 1978, l'integrazione socio-sanitaria viene dapprima insidiata dalla legge finanziaria del governo Craxi, per essere poi resa poi ancora più difficile dal processo di aziendalizzazione della sanità avviato negli anni Novanta. Inoltre mentre in altri contesti l'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ha contribuito a un riavvicinamento dei servizi sanitari e assistenziali, l'inoperatività dei LEA in psichiatria non ha di certo contribuito all'integrazione. In breve, laddove l'integrazione si realizza, pur *non* configurandosi come una pratica *contra legem*, finisce per coincidere con un piccolo miracolo istituzionale, che si realizza in un contesto ostile o, quantomeno, non facilitante. Ciò dipende, almeno in parte, anche dal fatto che la promozione della cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici vede impegnate diverse "comunità di pratiche", caratterizzate da diversi obiettivi, *background* formativi, linguaggi.

Questa eterogeneità configura, di fatto, uno scenario nel quale vengono avviati in parallelo un consistente numero di «esperimenti naturali», nei quali vengono messe alla prova specifiche forme di sostegno della cittadinanza delle persone abitate dal male mentale, tessuti legami fra le diverse agenzie che di ciò si occupano sul nostro territorio. Si ha però l'impressione che gli esiti, non di rado felici, di questa sperimentazione trovino esclusiva valorizzazione nel contesto che ne ha visto l'applicazione. Mancano, almeno così ci sembra, forme organiche di trasmissione delle esperienze e strategie per una loro puntuale valutazione; mancano inoltre – ma questo è un altro capitolo – modelli organici di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti psichiatrici nelle iniziative a loro destinate.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Babini V. P.

2010, *Manicomi e psichiatria in Italia. Una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.

Boardman J., Grove B., Perkins R., Shepherd G.

2003 *Work and employment for people with psychiatric disabilities*, in "The British Journal of Psychiatry", n° 182, 2003, pp. 467-468.

Burti L.

2001 *Italian psychiatry reform 20 plus years after*, in Acta Psychiatrica Scandinavia, 104 (Suppl. 410): 41-46.

Cardano M.

2005 *Lavoro e disturbo psichico a Torino*. Torino, Cooperativa Marca.

(consultabile all'indirizzo: <http://aperto.unito.it/handle/2318/623>)

2010 *Mental distress: Strategies of sense-making*, in "Health:", vol 14, num 3, pp. 253-271.

Carpenter M.

2000 *It's a small world": mental health policy under welfare capitalism since 1945*, in Sociology of health and illness, Vol. 22, No. 5, pp. 602-620.

Converso D., Piccardo C.

2003 *Il profitto dell'empowerment. Formazione e sviluppo organizzativo nelle imprese non profit*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Crepet P.

1990 *A Transition Period in Psychiatric Care in Italy Ten Years after the Reform*, in British Journal of Psychiatry, pp. 156, 27-36.

de Girolamo G., Bassi M., Neri G., Ruggei M., Santone G., Picardi A.

2007 *The current state of mental health care in Italy: problems, perspective and lessons to learn*, in European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257:83-91.

de Girolamo G., Cozza M.

2000 *The Italian Psychiatric Reform: a 20-year perspective*, in International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 23, No. 3-4, pp. 197-214.

Ginzburg C.

1979 *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in A. Gargani (a cura di), *Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane*, Torino, Einaudi, pp. 57-106.

Jones K., Poletti A.

1985 *Understanding the Italian Experience*, in British Journal of Psychiatry, 146, 341-347.

Jones K., Wilkinson G., Craig T. K. J.

1991 *The 1978 Italian Mental Health Law- A Personal Evaluation: A Review*, in British Journal of Psychiatry, 159, 556-561.

King N.

1998 *Template Analysis*, in Symon G. e Cassel C. (eds.), *Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research*, London, Sage.

Lehman, A.F., Jeffrey, C. Lieberman, A, Dixon, L.B., McGlashan, T., Miller, A.L., Perkins, D.O., Kreyenbuhl, J.

2004 *Treatment settings and housing options*, in "Supplement to the American Journal of Psychiatry", 161 (2), 35-39.

Mangen S.

1989 *The Italian Psychiatric Experience Editorial Introduction*, in The International Journal of Social Psychiatry, Vo. 35, No. 1, pp. 3-6.

Munizza C., Gonella R., Pinciaroli L., Tibaldi G.

2008 *Una valutazione nazionale dei Centri di Salute Mentale territoriali italiani: il Progetto PROG-CSM*, in Tendenze nuove, vol . 6, pp. 671-704.

- Negri L. Cardano M.
2006 *Les salariés Handicapés Psychique ou l'expérience de la diversité dans l'entreprise*, "Pratique en Santé mentale", num. 4, pp: 17-24.
- Perino M.
2008, *Integrazione socio-sanitaria e diritti dei malati psichiatrici*, in "Prospettive Assistenziali", num. 162, pp. 17-21.
- Piccinelli N., Politi P., Barale F.
2002 *Focus on Psychiatry in Italy*, in British Journal of Psychiatry, 181, 538-544.
- Piccione R.
1995 *Manuale di psichiatria*, Roma, Bulzoni.
- 2004 *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia, Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale*, Franco Angeli, Milano.
- Powell W.W., DiMaggio P.J.,
2000 *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Torino, Edizioni di Comunità (ed. orig. 1991).
- Ramondino F., Siebert R., Signorelli A.
2008 *In direzione ostinata e contraria*, Napoli, Tullio Pironti Editore.
- Raviola, M.
1997 *Abitare o vivere in? Una proposta di cambiamento per i modelli organizzativi dei Servizi residenziali in psichiatria: la "Casa Supportata"* in "Inventario di Psichiatria", 20, 34-43.
- Rotelli F., de Leonardis O., Mauri D.
1986 *De-istituzionalizzazione, un'altra via. La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei "paesi avanzati"*, Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale del Friuli.
- Samele C.
1999 *The evolution of the Italian mental health care: advancement or inequality?*, in *Policy and Politics*, vol.27, no. 1, pp. 85-96.
- Vicarelli G.
2004 *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, in SISS (a cura di), *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, Milano, Franco Angeli, 3 (3), pp. 19-38.
- Volpi I.,
2008 *L'impresa sociale: pratica e orizzonte di trasformazione*, in Fogli d'informazione n° 5-6, terza serie, pp. 130-141.
- Wenger, E.
1998 *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Zani B., *Salute mentale e welfare di comunità*, in *Autonomie Locali e servizi sociali*, 3/2008, pp. 409-415.

LES POLITIQUES DU TRAVAIL ET DU LOGEMENT DESTINÉES AUX PATIENTS PSYCHIATRIQUES. LE CAS DU PIÉMONT

Mario Cardano, Francesca Salivotti, Gian Lorenzo Venturini¹⁹

1. INTRODUCTION

Cet essai présente les résultats d'une étude menée sur les politiques mises en place au cours des dix dernières années concernant la citoyenneté des patients psychiatriques dans le Piémont. L'attention porte ici sur deux politiques non-sanitaires : les politiques pour le logement et celles pour le travail, clé de voûte de ce processus de réhabilitation sociale des malades mentaux mis en place, il y a plus de trente ans, par la loi de réforme des services psychiatriques italiens (voir paragraphe 2). Bien qu'il s'agisse de politiques non-sanitaires, ces initiatives ont leur *primum mobile* dans les services de santé, et plus précisément dans les Départements de Santé Mentale (ci-après DSM). Les DSM sont responsables tantôt d'actions élaborées et financées d'une façon autonome, tantôt d'actions ciblées de liaison et/ou de sollicitation des autres agences : l'Agence Territoriale pour le Logement (ci-après ATL), les Services d'Assistance Sociale (ci-après SAS) et les Maisons de l'emploi (ci-après MdE).

Les raisons de l'intérêt porté au cas du Piémont procèdent de la position de cette région par rapport au contexte national. Comme l'on verra plus avant, la réforme des services de santé mentale a été différemment mise en œuvre dans sur le territoire national. A côté de quelques lieux d'excellence, je pense en particulier à l'expérience pilote de Trieste où la loi Basaglia a été pleinement appliquée, on trouve des contextes, surtout dans le Sud du Pays, dans lesquels la territorialisation des services a – de fait – coïncidé avec la reproduction, à petite échelle et de façon diffuse, de l'institution régissant les asiles d'aliénés, sous forme parfois de singulières communautés protégées, parfois de centres de soin titanesques, parfois encore d'asiles de vieillards. Il suffit de prendre l'exemple de l'Institut "Papa Giovanni" de Serra d'Aiello, dans la province de Cosenza qui a récemment défrayé la chronique pour le traitement inhumain infligé aux patients²⁰. Dans le plus vaste contexte national, le Piémont occupe une place intermédiaire entre les deux extrêmes de retard et d'avance : plus proche peut-être des contextes d'excellence auxquels il ne peut toutefois pas y être assimilé. Une seconde raison de l'intérêt porté au cas piémontais est son hétérogénéité interne : différences importantes des stratégies et des résultats de mise en œuvres des politiques sociales prises en compte dans cet essai.

¹⁹ L'essai est le produit du travail collectif des auteurs qui en partagent la responsabilité. Les paragraphes 1, 3 et 5 ont été écrits par Mario Cardano ; les paragraphes 2 et 4, respectivement par Francesca Salivotti et par Gian Lorenzo Venturini. L'étude a été menée dans le cadre d'une convention entre le Département de Sciences sociales de l'université de Turin et l'Agence Régionale pour les Services Sanitaires du Piémont qui en a assuré le financement. A la réalisation cette l'étude ont participé, outre les auteurs de cet essai, Giulia Lepori et Sandro Busso, que nous remercions pour leur précieuse contribution (no, contribution è l'equivalente di paper ; mettiamo : collaboration).

²⁰ Pour approfondir le cas de l'Institut "Papa Giovanni" consulter Ramondino, Siebert, Signorelli 2008.

L'enquête menée sur ces politiques tient compte des activités des trois principales agences en charge du logement et du travail pour le territoire régional : les DSM, SAS et MdE. Sur le plan empirique, l'étude se fonde sur la combinaison de deux stratégies analytiques : l'analyse de la documentation administrative fournie par les agences territoriales et la consultation – à travers des entretiens – des opérateurs impliqués par la mise en œuvre des politiques ici considérées. Plus particulièrement, on a réalisé 41 entretiens : 4 avec des témoins privilégiés; 20 avec les opérateurs des dix-huit DSM opérant sur le territoire régional; 8 avec les SAS qui siègent ou englobent les communes chefs-lieux de province; 9 avec les référents des MdE des chefs-lieux de province (avec une surreprésentation pour la province de Turin). Ces entretiens ont été réalisés entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2009, les détails concernant les agences et les sujets interrogés sont fournis dans la note²¹. Effectuée à partir de la documentation empirique – soumise à une transcription sélective – l'analyse de ces matériels a suivi un schéma analytique généré par les questions à l'origine de cette étude et modifié au fur et à mesure de l'avancement, sur la base des indications de la *Template Analysis* de Niegel King (King 1998).

Les matériels empiriques sur lesquels s'appuient les observations de ce rapport présentent les limites naturellement imposées par les informations transmises par les sujets étudiés. Nos interlocuteurs nous ont en effet livré les seules informations qu'ils ont jugées appropriées, compte tenu du contexte relationnel suscité par l'entretien, et dont ils avaient conscience en raison de leur expérience personnelle, et des mécanismes de sélection propres à la mémoire. Les entretiens n'offrent donc pas une "photographie" des politiques objet de cet essai. Il s'agit plutôt d'ébauches que nous avons "lues" en adoptant une méthode indiciaire (Ginzburg 1979), rapprochant les affirmations de nos interlocuteurs des documents administratifs en notre possession et des indications des témoins privilégiés.

Le paragraphe 2 reconstruit sommairement l'itinéraire politique et juridique qui a conduit à la mise en œuvre de la réforme du service psychiatrique. L'analyse du cadre national est suivie d'une focalisation sur la région choisie comme cas d'étude. Dans les paragraphes 3 et 4, l'attention est centrée sur les politiques du logement et du travail mises en œuvre par les ATL, les SAS et les MdE. L'essai s'achève par un bref épilogue qui résume et commente les principaux résultats de cette étude.

²¹Les entretiens avec les représentants des structures sanitaires ont été menés auprès de tous les DSM placés) sur le territoire régional : les référents des Maisons de l'emploi de Alessandria, Asti, Biella, Ciriè, Cuneo, Novara, Torino, Omegna et Vercelli. Les entretiens avec les référents des services sociaux ont été menés dans les communes d'Asti, Novara et Torino et auprès des consortiums d'assistance sociale suivants: Consortium intercommunal des Services d'assistance sociale des communes de la région de Alessandria; I.R.R.R. consortium intercommunal des services d'assistance sociale de la région de Biella ; Consortium d'assistance sociale de la région de Cuneo; Consortium pour les services sociaux de la région du Verbanco-Cusio-Ossola; Communes conventionnées avec l'ancienne l'U.S.S.L. n° 45 (région de Vercelli). Tous les entretiens ont été audio-enregistrés (pour un total de plus de 55 heures d'enregistrement).

2. LA REFORME PSYCHIATRIQUE EN ITALIE

La lente réforme de la psychiatrie en Italie, débuta – du moins officiellement – avec la promulgation de la loi 180 de 1978, ou "loi Basaglia". Son texte cristallisait les instances d'un mouvement politique et culturel de critiques de la psychiatrie traditionnelle et de son symbole – l'asile d'aliénés – animé par *Psichiatria Democratica*. Cette organisation de travailleurs en psychiatrie et de patients qui a vu le jour en 1973 a le mérite d'avoir recueilli les instances et les revendications d'un mouvement vaste et hétérogène qui s'est développé en Italie dès la fin des années cinquante (Babini 2010 ; Zani 2008). La réforme psychiatrique doit beaucoup au mouvement anti-asiles, non seulement pour son engagement politique et son travail constant de sensibilisation de l'opinion publique (Jones, Wilkinson, Craig 1991 ; Jones, Poletti 1985), mais aussi pour avoir encouragé, dès les années soixante, de nombreuses expériences de psychiatrie territoriale, démontrant qu'il était possible de gérer le problème de la maladie mentale hors de l'asile et alimentant le débat politique sur la nécessité et l'urgence d'une réforme psychiatrique radicale (Samele 1999).

Malgré le débat politique animé des années soixante et soixante-dix, il fut nécessaire d'attendre le 1978 pour qu'une loi de réforme était approuvée. Plusieurs circonstances politiques eurent une importance fondamentale. Notamment l'action du Parti Radical qui, ayant collecté le nombre de signatures nécessaire, a permis l'indiction du référendum abrogatif de la loi 36/1904. Les pressions de l'opinion publique et la crainte d'un flou législatif en matière d'assistance psychiatrique poussèrent le Parlement à approuver la loi 180 de 1978 – "Contrôles Sanitaires volontaires et obligatoires" – soutenue par tous les groupes parlementaires. La réglementation, transposée quelques mois plus tard dans la Réforme du Service Sanitaire National, prévoyait la fermeture et la suppression pure et simple des hôpitaux psychiatriques et l'institution d'un réseau de services territoriaux destinés non pas à défendre la société contre les malades mentaux mais à protéger la santé des individus souffrant de troubles du comportement (Piccione 2004 ; Rotelli, De Leonardis, Mauri 1986). Soins et traitements deviennent principalement volontaires. Concernant l'hospitalisation, la loi prévoit que les gigantesques structures d'asile d'aliénés soient remplacées par des services d'hospitalisation beaucoup plus petits, d'un maximum de 15 lits, situés au sein des hôpitaux généraux²². Un changement qui s'appuie sur une nouvelle notion de maladie mentale – entendue comme phénomène d'abord social – mais aussi sur la mutation de l'état juridique de

²² L'hospitalisation forcée est pour la première fois considérée comme une procédure nécessaire moins pour le maintien de l'ordre social que pour la protection de la santé de l'individu atteint d'un déficit mental et elle doit donc être mise en œuvre "dans le plein respect des droits civiques et politiques et de la dignité de la personne" (Babini 2010). En ce sens, la loi marque l'éloignement de la personne présentant un trouble mental de la condition de dangerosité dans laquelle elle se trouvait et en fonction de laquelle une partie des pratiques d'internement dans un asile étaient gérées par des organismes judiciaires (Zani 2008).

l'individu souffrant de déficience mentale qui est d'abord reconnu comme citoyen détenteur de droits civiques et sociaux. Le projet thérapeutique/sanitaire est donc soutenu par des interventions visant à restituer au malade, le plus large éventail de droits de citoyenneté dont il est titulaire, notamment des interventions tournées vers la promotion de l'autonomie résidentielle, le soutien de l'insertion professionnelle et l'incorporation de l'individu dans le plus vaste tissu social qui est le sien (Zani 2008).

Soulignons que la loi Basaglia constituait une simple réglementation d'orientation qui délégua à chaque Région le rôle d'établir les rythmes et les modes opératoires aussi bien du démantèlement des asiles que de la réalisation des structures territoriales. Le caractère trop générique de la loi et le manque d'indications précises quant à son application, entraînèrent des retards et des problèmes de mise en œuvre qui se manifestèrent, dès les premières années, de maintes manières sur l'ensemble du territoire national avec des différences particulièrement marquées entre les régions du Centre-Nord et celles du Sud et des Iles (Mangen 1989 ; de Girolamo et al. 2007, Burti 2001). La mesure phare de la loi de réforme, à savoir la fermeture des hôpitaux psychiatriques, ne fut pleinement effective qu'au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, suite à l'approbation de la loi 724/1994 qui indiquait pour la première fois la date butoir du 31/12/1996 pour le démantèlement de tous les hôpitaux psychiatriques du territoire²³. Même dans le Piémont, la fermeture définitive du principal hôpital psychiatrique, à Collegno, aux portes de Turin, n'eut lieu qu'en 1993.

En 1998, vingt ans après la loi Basaglia, fut approuvé le projet "Objectif pour la Santé Mentale 1998-2000" qui se fixait de définir de façon plus précise les objectifs de la réglementation mais aussi de fournir des indications pratiques pour sa mise en œuvre à travers l'identification des fonctions, des structures et de l'organisation du nouveau service (Piccinelli, Politi, Barale 2002 ; Munizza et al. 2008 ; Piccione 2004). Chaque ASL (Azienda Sanitaria Locale = Entreprise Sanitaire Locale) fut appelée à instituer en son sein un DSM avec fonction de coordination des différentes composantes organisationnelles articulées en structures semi-résidentielles. Ces structures étant destinées aux interventions thérapeutiques et à la rééducation, à l'instar du Centre de Santé Mentale (ci-après CSM), de l'Hôpital de Jour ou du Centre Diurne, des structures résidentielles offrant différents niveaux de protection et des structures pour la gestion des interventions de crise en régime hospitalier, comme le Service Psychiatrique de Diagnostic et de Soins (ci-après SPDS).

Plus de trente ans après le début de cette lente transformation de la psychiatrie italienne, plusieurs interrogations demeurent. Il s'agit tout d'abord de comprendre si la loi 180 et les réformes qui l'ont suivie ont, lors de leur mise en place, conduit à une transformation radicale des

²³ En 1994 fut approuvé le premier projet : "Objectif pour la Santé Mentale" qui établissait, outre la fermeture définitive des hôpitaux psychiatriques et la mise au point de stratégies de désinternement des patients, la création d'un réseau intégré de services de santé mentale au sein de chaque ASL, coordonné par une structure départementale.

théories et des principes d'intervention psychiatrique ou si au contraire elles n'ont servi qu'à "adoucir" le modèle traditionnel de traitement, se limitant à le dépouiller des pratiques d'abrutissement et d'isolation qui le caractérisaient. Si cette transformation n'avait pas eu lieu, nous nous trouverions aujourd'hui face à un réseau de services qui, bien que n'étant plus assimilable à une structure hospitalière, se serait limité au remplacement de l'asile d'aliénés par d'autres institutions, moins "totalitaires", mais tout aussi incapables de garantir aux patients psychiatriques le plein exercice de leurs droits de citoyenneté (Piccione 2004 ; Crepet 1990). Une deuxième interrogation concerne le manque d'harmonisation dans la mise en œuvre du processus de réforme. La réglementation de 1978 octroyait une large autonomie décisionnelle aux Régions à laquelle vint s'ajouter l'autonomie réservée aux DSM qui, dans la pratique, ont adopté des solutions et des réponses différentes en fonction des ressources et des besoins de leurs propres territoires mais aussi en fonction de facteurs plus aléatoires, notamment : l'orientation des politiques sanitaires des dirigeants, la capacité de créer des relations synergiques avec les systèmes locaux d'aides sociales et tout un cortège de contingences aussi vastes qu'hétérogènes. Ceci s'est produit en dehors de tout protocole partagé sur l'organisation, les fonctions et les prestations et sans aucun outil permettant d'évaluer l'application de la réforme (de Girolamo, Cozza 2000 ; de Girolamo et al. 2007). Outre le processus de démantèlement des asiles psychiatriques, l'hétérogénéité a également investi l'institution de services territoriaux. Aujourd'hui encore il existe des différences inter et intra régionales significatives dans l'organisation et les structures des DSM, dans les services offerts et dans le type et les modes de fourniture des interventions, en particulier celles destinées à garantir les droits de citoyenneté comme l'autonomie résidentielle et la participation au monde du travail. Ainsi à des territoires dans lesquels dominent les bonnes pratiques s'opposent des situations et des réalités très problématiques où les principes de désinstitutionnalisation du nouveau service ne trouvent qu'une application très faible voire inexistante (Carpenter 2000 ; de Girolamo, Cozza 2000).

La dernière interrogation porte sur les transformations des Services de Santé Mentale suite à plusieurs importantes réformes du Service Sanitaire National et mises en œuvre simultanément à des interventions législatives de réforme précédemment discutées. La première est celle qui concerne la séparation des budgets Santé et Assistance prévue par la loi de finances de 1984 du gouvernement Craxi en contre-tendance avec les indications de la réforme 833/1978 et avec le projet "Objectif pour la Santé Mentale 1998-2000 d'après lequel les DSM, à l'instar des ASL sont tenus de mettre en place les collaborations nécessaires avec les "services attenants", œuvrant sur le territoire, en particulier avec les SAS²⁴. La seconde réforme, qui a eu lieu au début des années

²⁴ La loi de finances Craxi est approuvée au cours d'une période où dans certaines régions d'Italie – notamment le Piémont – on procédait à la fermeture et au démantèlement des hôpitaux psychiatriques. La séparation des budgets entre santé et assistance se configure comme un obstacle à ce processus si l'on

quatre-vingt-dix (Vicarelli 2004), concerne le processus de réorganisation du Service Sanitaire National en entreprise. Suite à cette réforme les USL, dont le nombre a été réduit, ont été transformées en Entreprises Sanitaires Locales (en italien ASL) à savoir en entreprises aptes à gérer de façon autonome les ressources économiques que la Région leur octroie (Samele 1999 ; Volpi 2008).

2.1 La réforme dans le Piémont

Dans le Piémont, la première transposition de la loi 180/1978 a eu lieu en 1989 avec l'approbation de la réglementation régionale n° 61 "Dispositions pour l'assistance des malades mentaux et pour la réorganisation des Services psychiatriques". La réglementation jeta les bases de la constitution d'un réseau intégré de services de santé mentale. Ce réseau était formé de vingt-cinq services départementaux, chacun doté d'antennes d'hospitalisation, dispensaires, structures résidentielles et semi-résidentielles. Dans l'accomplissement de ses fonctions – prévention, soins, réhabilitation - chaque service est invité à se doter de structures territoriales, destinées à la réhabilitation de l'individu atteint de troubles mentaux et de structures hospitalières, dédiées par contre à la gestion des cas les plus graves. Conformément à la réglementation, dans chaque antenne sanitaire fut institué un Service Départemental Psychiatrique chargé de la coordination et de la programmation et composé de structures résidentielles, comme les Communautés Logement et les Communautés Protégées, et semi-résidentielles, comme le Centre de Thérapie Psychiatrique et un SPDC. En 1990, le Plan socio-sanitaire régional a fait apparaître plusieurs problèmes liés à la mise en place de la réforme. En particulier, il a permis de relever un retard général dans le dépassement des hôpitaux psychiatriques, le défaut d'institution de structures départementales de coordination des différents services et la carence de structures et de services territoriaux dédiés à la santé mentale.

En 1995 dans chaque USL (aujourd'hui ASL), furent institués les DSM avec l'approbation de la loi 64/1995 en application du "Projet : Objectif pour la Protection de la Santé Mentale 1994-1996". Actuellement, suite aux processus de réorganisation en entreprise et à l'incorporation des services de santé, le territoire régional du Piémont est organisé en 13 ASL, au sein desquelles ont été instituées 18 DSM.

Parallèlement, on peut observer comment l'hétérogénéité de la mise en œuvre de la réforme ne porte pas uniquement sur les différences interrégionales mais aussi sur celles intra-régionales. Au sein d'une même région, des DSM limitrophes ont, pour des raisons liées à la spécificité de chaque

pense au coût énorme que représente la déshospitalisation des patients internés dont la plupart étaient dans l'impossibilité, pour des raisons diverses, de vivre de façon autonome ou de réintégrer leur famille et dépourvus de toute forme de revenu.

territoire, à des contingences historiques et à l'orientation des opérateurs du service, transposé et mis en œuvre la réforme à des rythmes et des modes assez différents. Cette dimension spécifique d'hétérogénéité, rarement thématifiée dans la littérature, trouve dans cette étude un premier développement.

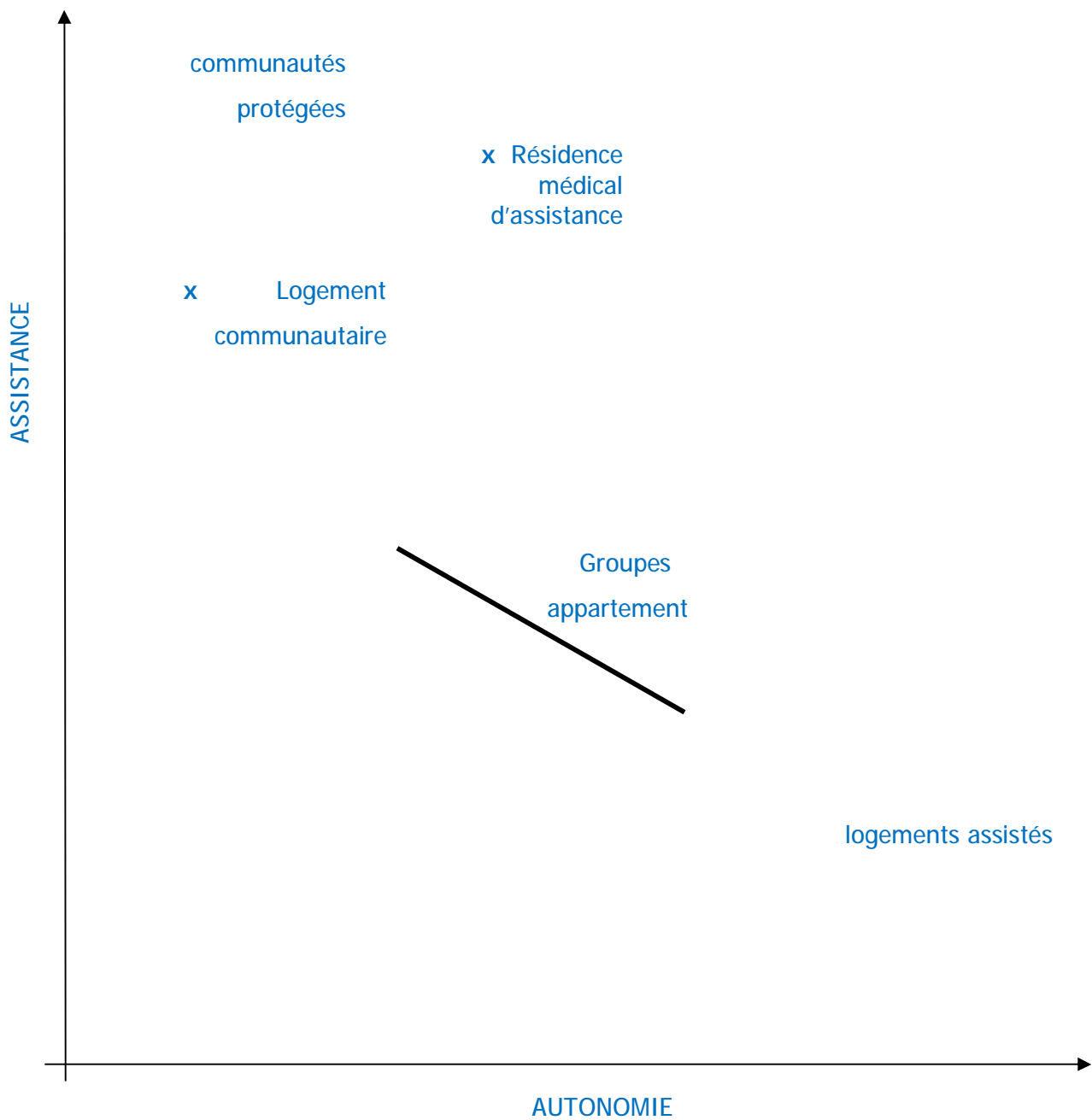
3. LES POLITIQUES DU LOGEMENT

Les politiques du logement et de soutien à l'autonomie résidentielle analysées dans ce paragraphe sont celles dont on a reçu informations par le DSM et les SAS. De l'analyse des entretiens se dégagent deux remarques générales. La première porte sur la centralité des DSM dans la réalisation des interventions de soutien à l'autonomie résidentielle des patients psychiatriques. La seconde porte sur l'hétérogénéité de ces politiques : les leviers utilisés pour promouvoir l'autonomie résidentielle sont différents mais surtout les formes de collaboration entre les DSM et les autres agences, (SAS et ATL) impliquées sur le territoire régional dans les politiques du logement sont différentes.

3.1 Les politiques pour l'autonomie résidentielle promues par les DSM.

Les politiques pour l'autonomie résidentielle promues par les DSM couvrent toute une palette de services qui prévoit différents niveaux d'assistance sociale et sanitaire et encourage de façon différenciée l'autonomie des bénéficiaires. Un modèle de classement des interventions consiste à les ordonner dans un espace d'attributs (fig. 1) générée par la considération conjointe du niveau d'autonomie encouragé et du niveau d'assistance fourni aux patients. D'un côté on peut situer les accueils au sein de communautés protégées, caractérisées par une assistance et une protection élevée et qui prévoient un faible niveau d'autonomie ; à l'opposé les accueils en logements assistés (*supported houses*) et qui prévoient un faible niveau d'assistance et un niveau d'autonomie élevé.

Fig. 1. Spettro degli interventi di politica residenziale promossi dai DSM



Toutes les solutions avancées dans cette figure sont des formes "résidentielles", car elles offrent aux individus souffrant d'un trouble psychique un toit sous lequel *vivre*. Toutefois, toutes n'offrent pas également un toit sous lequel habiter si *habiter* signifie pouvoir disposer de l'espace (physique et social) avec un certain degré de liberté, en l'adaptant à ses propres goûts et à son propre style de vie. Les conditions propres au toit sous lequel *habiter* se retrouvent exclusivement – bien qu'à des degrés différents – dans deux des solutions d'habitation illustrées par la figure : les "groupes appartement" et les "logements assistés". Seules ces deux mesures peuvent être définies au sens propre comme politiques du logement et c'est à celles-ci que nous consacrerons les observations suivantes.

Le groupe appartement est une structure résidentielle, généralement un appartement dans un immeuble *normal* et dans lequel cohabitent – en général – de deux à quinze patients. La tendance privilégie la distribution de ces habitations dans différents quartiers du territoire urbain²⁵. Les groupes qui partagent ces appartements ne sont pas des groupes d'élection. Il s'agit d'individus qui ne se sont pas choisis réciproquement mais qui ont été regroupés sous un même toit par les opérateurs du DSM. Dans les DSM dans lesquels les groupes appartement constituent une solution que l'on pourrait qualifier de "consolidée" un ou plusieurs individus sont intégrés au sein du groupe dans lequel "une place est vacante" (DSM TO2 Maccacaro). De ce fait les hôtes de ces structures sont appelés à affronter – souvent à un âge déjà mature – les inconvénients d'une cohabitation avec des individus qui, au début du moins, leur sont étrangers. Hôte est le terme communément utilisé par les opérateurs des DSM pour qualifier les membres d'un groupe appartement, un terme qui laisse entrevoir les limites de cette solution. L'hôte d'un groupe appartement peut profiter du logement dans lequel il vit dans des limites plus strictes que les simples règles de cohabitation négociées avec les autres colocataires. Ces limites sont régies par des "règlements" et des "contrats" spécifiques, élaborés par les opérateurs sanitaires.

La solution organisationnelle du groupe appartement trouve sur le territoire régional différentes déclinaisons : en raison des critères utilisés pour la composition des groupes ; en raison du niveau d'autonomie promue ; en raison des formes de réglementation de la cohabitation. Concernant la composition des groupes, le choix de groupes homogènes par sexe domine à part quelques exceptions, parmi lesquels il convient de signaler les DSM de Biella, Alba et Verbania qui prévoient également des groupes appartement mixtes. Les entretiens ont également illustré d'autres solutions d'organisation conçues pour produire des groupes homogènes par intérêt et style de vie. Dans le DSM de Nichelino et dans le DSM d'Alba ont été constitués des groupes appartement pour travailleurs dans lesquels, outre constituer une condition permettant de soutenir les frais

²⁵ Fait exception le DSM de Coni où plusieurs groupes appartement se trouvent dans un même immeuble.

d'hébergement, le travail configure un horizon commun et peut-être des occasions de cohésion. Concernant le niveau d'autonomie promu, on distingue trois catégories de groupes appartement, à faible, moyenne et haute protection. Dans les structures du premier type, celles qui favorisent le plus l'autonomie, les opérateurs – pour la plupart éducateurs, infirmiers professionnels et aide à domicile – ne sont présents que quelques heures pendant le jour, habituellement de 3 à 5 heures, en correspondance des repas et, si nécessaire, pour contrôler la prise de médicaments. Les structures à moyenne protection se caractérisent par la présence d'opérateurs de 7 à 8 heures par jour. Enfin, dans les structures à haute protection, celles qui laissent le moins d'autonomie aux patients, la présence des opérateurs est supérieure à 8 heures et le profil des opérateurs a un caractère plus fortement médical.

Dans les groupes appartement, la cohabitation est régie par un règlement commun, valable pour tous les résidents et par un "règlement individuel". Souvent, le règlement commun contient des rappels aux normes de bonne cohabitation qui se traduisent principalement par des interdictions et des obligations régissant les rapports avec les autres résidents, la possibilité de recevoir des visites, la gestion des espaces et, lorsqu'elles sont prévues, le calendrier des tâches. Le règlement individuel est une sorte de contrat que l'opérateur stipule avec le patient avant son insertion au sein du groupe dans le contexte plus général du projet thérapeutique qui le concerne. Il définit les dates d'entrées et de sortie du groupe appartement ; il indique les conditions auxquelles l'appartement peut être utilisé (il discipline, par exemple, les visites) et définit les responsabilités spécifiques du patient. Les règles de cohabitation des groupes appartement piémontais varient par niveau de formalisation : dans certains cas seulement elles prennent la forme d'un règlement écrit. La mesure de négociabilité de ces règles est variable ; une variabilité qui semble toutefois dictée plus par les orientations des opérateurs du DSM que par le niveau de protection du groupe appartement.

Le "logement assisté" est une habitation dont le patient qui l'habite est titulaire, de quelque façon que ce soit (voir Carling 1993 ; Moxham, Pegg 2000). Habitant son propre logement, le patient reçoit des opérateurs du DSM ou des opérateurs de coopératives ou d'association de volontaires désignées par le DSM²⁶, un soutien de vie de différentes natures, : accompagnement à la messe, accomplissement des démarches bureaucratiques pour obtenir des lunettes, soutien factif à la famille (*garde d'enfants* et organisation du logement) lorsque l'individu doit subir une intervention importante, accompagnement lors de visites médicales non psychiatriques, et jusqu'aux courses faites ensemble ou pour le compte de l'individu lorsque celui-ci n'est pas en mesure de les faire lui-même. Ces formes de soutien social de vie courante sont doublées

²⁶ C'est le cas du DSM TO2 "Basaglia" qui fait appel à la collaboration de l'association de volontaires de Casa Bordino.

d'interventions sanitaires telles que les visites d'infirmiers pour la remise ou l'administration de la thérapie pharmacologique. Ces interventions ont souvent une collocation et une durée qui varie en fonction des exigences du patient, et vont jusqu'à prendre la forme de véritables visites de courtoisie ou à se limiter à une simple communication téléphonique²⁷.

Bien qu'avec une certaine marge de variabilité, tous les DSM piémontais utilisent les groupes appartement et tout leur éventail de "protections" : élevée, moyenne, faible en fonction du profil de patient mais très souvent également en fonction des ressources – de logements et de personnel – dont ils disposent. Concernant cet aspect, l'étude illustre les difficultés des DSM qui opèrent dans des contextes ruraux ou montagnards, où le recours à ces mesures est compliqué par les difficultés à trouver des appartements près des lieux habituels de vie des patients. Le recours à cette solution et en particulier le transfert des patients d'une structure à niveau de protection plus élevé, comme les communautés protégées et les communautés de logement, vers les groupes appartement doit être considérée comme une tendance dominante dans le Piémont, au moins au cours des dix dernières années. Cette réorientation relative des politiques résidentielles semble dictée principalement, bien que non exclusivement, par des raisons économiques. La plupart de nos interlocuteurs dans les DSM piémontais ont invoqué des raisons économiques : "une journée d'un patient en groupe appartement coûte beaucoup moins qu'une journée dans une communauté protégée". A ces raisons économiques s'ajoutent souvent des motivations tout aussi valables, dictées par une considération plus ponctuelle sur la santé du patient. Ce qui émerge clairement de la réflexion de l'un de nos interlocuteurs du DSM de Ciriè Ivrea qui identifie dans solutions résidentielles les plus conventionnelles, les communautés logement, les communautés protégées, caractérisées par une protection élevée, la reproduction à petite échelle des anciennes structures d'asiles d'aliénés ("ce sont les nouveaux H.P."), responsables d'une "chronicisation" du dérangement, incapables de promouvoir l'autonomie du patient.

Quant à l'autre politique du logement évoquée dans cette étude - le logement assisté - il émerge que l'emploi de cette solution est concentré exclusivement dans certaines zones du territoire régional et plus précisément Ciriè, Collegno et dans le DSM TO2 Basaglia. Dans les autres zones, la carence de ressources économiques, les difficultés d'intégration avec les ATC locales constituent la principale limite de l'extension de cette mesure. A ceci ajoutons qu'en raison des limites rappelées ci-avant et de l'adoption de "philosophies" d'interventions différentes, le soutien de la psychiatrie piémontaise à cette solution n'est pas de très grande envergure.

²⁷ Si dans le logement supporté résident plusieurs patients, alors il est généralement défini comme une cohabitation guidée. Cette solution n'est pas encore très répandue dans le Piémont : on en trouve des traces au DSM de Collegno b, au CSM de Savigliano et dans la zone sud de la structure complexe d'Alexandrie.

D'une manière générale, le faible isomorphisme (*sensu* Powell e DiMaggio, 2000) des politiques de promotion de la citoyenneté des patients psychiatriques mises en œuvre dans le territoire piémontais trouve une illustration éloquentes dans les politiques pour la résidence. De notre étude émerge que les interventions de politique résidentielle promues par les DSM piémontais, et en particulier le recours à celles que nous avons définies *politique du domicile* (Groupes appartement, Logement assisté) opposées à celle que, par symétrie, nous pouvons définir politiques de l'institutionnalisation (Communautés logements, Communautés protégées, Résidences médicalisées), sont liées aux délais de mise en route et de réalisation du processus de territorialisation des services établis par la loi 180. Là où ce processus a été mis en marche promptement et de façon plus rapide, par exemple dans les DSM de la zone turinoise, on observe la plus grande diversification des politiques résidentielles ; en revanche, où le processus a eu un démarrage tardif et une réalisation encore plus tardive, par exemple dans le DSM de Verceil, les politiques résidentielles se fondent surtout sur le recours aux Communautés logements, Communautés protégées, résidences médicalisées, et ce n'est que récemment qu'ont été inaugurés les premiers groupes appartement.

Des entretiens il émerge que la promotion de projets d'habitation spécifiques est gouvernée avant tout par un savoir tacite, intrinsèque aux pratiques des différents opérateurs, rarement formalisé par des règlements ou procédures strictement codifiées. Le cœur de ce savoir tacite est constitué d'une conception échelonnée de la promotion de l'autonomie résidentielle (cf. Lehman et al. 2004 : 37 ; Raviola 1997) qui suggère de mettre à l'essai la "tenue" du patient suivant un itinéraire qui prévoit au moins trois étapes : la communauté protégée, le groupe appartement et, en dernier, le logement assisté. Sur ce terrain également on enregistre une forte hétérogénéité qui s'exprime à travers la disponibilité à renoncer à la traversée de certaines "stations" et le degré auquel on reconnaît au patient la possibilité de négocier tout le processus. Habituellement, les projets résidentiels sont élaborés au sein de l'équipe soignante uniquement dans certains cas remplacée par un groupe d'opérateurs dédiés expressément aux politiques du logement²⁸. Souvent, un des aspects considérés par la plupart comme central pour le succès du parcours vers l'autonomie résidentielle est l'implication de la famille du patient. Cette implication permet de favoriser la continuité ou le rétablissement des rapports entre le patient et son noyau d'origine à l'intérieur d'une alliance spécifique, sans laquelle les projets les plus généreux de promotion de l'autonomie risquent d'échouer. En observant le processus du côté du grand public, émerge un résultat réconfortant. Après une première phase de méfiance, dans la plupart des cas les autres habitants des immeubles semblent accueillir sans grande difficulté ces "étranges" voisins ; ceci surtout lorsque la présence discrète des opérateurs est évidente.

²⁸ C'est le cas, par exemple, des DSM d'Alexandrie, Verbania-Domodossola-Omegna et Chieri.

3.2. Les politiques de soutien du logement promue par les services sociaux

La loi de Réforme sanitaire prévoyait (l'imparfait est de rigueur) – on se rappellera – l'intégration des services sociaux et sanitaires (voir § 2). La loi de finance du gouvernement Craxi de 1984, la réorganisation des services sanitaires en entreprises et le fort retard dans la définition des Niveaux essentiels d'assistance pour la santé mentale, ont progressivement éloigné ce but (voir Perino 2008). Dans ce contexte juridique, la coopération entre DSM et SAS est, très souvent, problématique, à cause de la contraction progressive des budgets octroyés aussi bien l'un que l'autre. Sur le plan de la santé mentale, la rencontre entre ces services déclenche – en dépit de la rhétorique du travail de réseau – la "logique du renvoi de la balle". La question concerne avant tout la ventilation des coûts, le "qui doit payer quoi" et ici, la règle de composition des controverses est simple. Si l'utilisateur a un diagnostic reconductible à l'une des rubriques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (psychose, schizophrénie, trouble bipolaire etc.), la compétence et les coûts qui en découlent sont du ressort du DSM. Vice-versa, si l'utilisateur est porteur d'une maladie psychique non cristallisée dans un diagnostic psychiatrique, alors la compétence passe – bien souvent après maintes discussions – aux SAS²⁹. Outre ces deux solutions, nettes, radicales, se trouvent des formes de coopération entre DSM et SAS qui prévoient des niveaux de partage divers des responsabilités et des coûts mais ceci est dû à des raisons tout à fait contingentes, dictées plus par la bonne volonté des opérateurs que par le respect de pratiques consolidées. Dès lors, les interventions de soutien à l'autonomie résidentielle promues par les SAS concernant principalement les maladies mentales qui se situent à cheval entre le malaise et le trouble psychique, constitué d'individus qui s'adressent aux SAS, n'ayant, pour ainsi dire, titre à obtenir le soutien d'un DSM ou qui deviennent partie de la population assistée par le SAS suite à l'alarme sociale suscitée par certains de leurs comportements.

Les politiques de soutien de l'autonomie résidentielle promue par les SAS et destinées à cette catégorie d'individus peuvent être rangées sous deux rubriques. La première prévoit deux formes d'assistance économique à destination spécifique "bloquée", par exemple des contributions pour le paiement du loyer et des contributions pour le paiement des charges. La seconde rubrique prévoit un ensemble composite d'actions en soutien de l'autonomie résidentielle qui portent sur des domaines comme l'alimentation, l'hygiène et le soutien aux activités quotidiennes. Concernant l'alimentation, les prestations varient en fonction du niveau d'activation demandé par l'utilisateur : de la remise de vouchers – qui lui permettent de faire ses courses de façon autonome ou de régler les cantines sociales conventionnées – à l'accompagnement dans une grande surface, la livraison à domicile des courses ou des repas. L'assistance à domicile constitue le noyau des interventions

²⁹ Pour la distinction entre malaise et trouble psychique, voir Piccione (1995: 302-3).

centrées sur la sphère de l'hygiène, hygiène de la maison mais aussi de la personne. Enfin, les actions en soutien des activités quotidiennes incluent l'intervention d'opérateurs sociaux qui s'occupent du retrait de la retraite des individus assistés ou offrant un soutien pour la gestion de l'argent. Les individus affectés d'une forme quelconque de maladie mentale qui accèdent à ces prestations le font, non pas en raison de leur status de patient, mais parce que leur condition d'indigence est reconnue. Il est curieux de constater comment le service rendu ici par les SAS coïncide dans les faits avec la logique des logements assistés, dont nous avons parlé plus haut.

Parallèlement à ces politiques destinées à qui, bien qu'indigent, dispose quoi qu'il en soit d'un toit sous lequel trouver refuge, trouvent place les politiques destinées à ceux qui ne disposent pas d'une habitation adaptée. Dans ce cas également, toutefois, les actions entreprises par le SAS se basent sur l'adoption d'une approche universaliste qui ne tient pas compte de la catégorie (patient psychiatrique, toxicomane ou autre) à laquelle appartient l'individu qui se trouve en condition de besoin. De ce point de vue, les besoins d'un individu affecté d'une forme quelconque de troubles psychiques ne sont autres que les besoins d'un citoyen indigent que l'on essaie d'aider à travers deux parcours distincts. Le premier passe par la grille définie tous les deux ans par la commission provinciale ATC qui permet d'acquérir un droit au logement : ici le trouble psychique n'entre en jeu que s'il est reconnu par une invalidité. Le second parcours prévoit l'attribution de solutions résidentielles "selon des quotas d'urgence" : qui tient compte de la gravité du besoin et non pas du type de problème de l'individu.

4. LES POLITIQUES DU TRAVAIL

Bien que le travail ne soit pas une condition suffisante à générer l'insertion sociale, la possibilité de jouer un rôle actif sur le marché de l'emploi représente un élément essentiel pour atteindre l'autonomie et la participation sociale. Ceci parce que le travail ne donne pas simplement un revenu mais qu'il offre une identité et un réseau de relations sociales. C'est tout cela qui est restitué aux patients psychiatriques avec le soutien de leur insertion dans le monde du travail et la restitution de ces personnes à cette normalité – parfois lourde – compromise par l'arrivée de la maladie mentale (voir Boardman et al. 2003).

Bien que les politiques du travail pour les patients psychiatriques ne puissent d'aucune façon être considérées comme des politiques sanitaires, ce qui se produit dans le Piémont (et avec peu de variations également dans le reste de l'Italie), c'est que de leur réalisation se chargent essentiellement les DSM. Si donc les structures sanitaires peuvent être considérées comme le *primum mobile* des politiques du travail, les outils – juridiques et économiques – dont ils peuvent disposer pour leur mise en œuvre sont résolument modestes.

La promotion de la participation au monde du travail pour les patients psychiatriques passe principalement par deux canaux : la coopération sociale et les mesures de "placement ciblé" pour les personnes handicapées, établies par la loi 68/1999 et appliquées par les MdE. Pendant les vingt années qui ont suivi la promulgation de la loi 180, les coopératives sociales de type B ont, dans le Piémont, constitué pour les patients psychiatriques, le principal canal d'insertion au marché du travail. Cette forme particulière de coopération, basée sur un modèle de mutualité entre "différents" permet l'insertion au sein de contextes professionnels caractérisés par une flexibilité singulière, qui s'adapte et permet de tirer profit de la discontinuité des capacités de travail, typique des patients psychiatriques³⁰. Au cours des dix dernières années, soit pour l'épuisement de la tension étique et politique qui soutenait la participation des partenaires "normaux" soit pour la contraction du marché des adjudications publiques, l'importance de ce canal a sensiblement diminué et il ne demeure le principal canal d'insertion sur le marché du travail des patients psychiatriques que dans certains DSM piémontais³¹.

Les mesures de "placement ciblé", régies par la loi 68/1999, permettent l'insertion des personnes présentant une réduction des capacités de travail supérieure à 45%. Parmi celles-ci s'inscrivent également les patients psychiatriques auxquels une commission médico-légale reconnaît une invalidité civile égale ou supérieure au seuil établi par la loi 68. En fonction de leurs dimensions, les entreprises sont tenues par la loi d'embaucher un pourcentage de travailleurs handicapés ; dans les entreprises de grandes dimensions, ce pourcentage atteint 8%. Cette obligation n'est toutefois pas respectée lorsque les entreprises connaissent une crise de production qui les contraignent à avoir recours au chômage technique. Lors de l'accès à un emploi selon les termes de la loi 68, les patients psychiatriques sont en compétition, pour ainsi dire, avec tous les autres individus handicapés, y compris les invalides du travail, et compte tenu des préjugés concernant la maladie mentale, l'issue de leur candidature n'est que trop prévisible (voir Negri et Cardano 2006: 19). Pour certains patients, surtout les plus jeunes, la contrainte de la certification médico-légale d'invalidité (non indispensable pour le travail dans les coopératives sociales), constitue un agent de dissuasion à l'activation des procédures d'embauche ciblée *selon la loi 68*. Le processus difficile de recomposition de sa propre identité, attaqué par la survenue de la maladie mentale (voir Cardano 2010), se heurte à l'obstacle, parfois insurmontable, de la demande de reconnaissance de sa propre différence avec l' "étiquette" d'invalidé psychique.

³⁰ Si dans les formes traditionnelles de coopération la mutualité naît du partage d'intérêts et de capacités homogènes, dans la coopération sociale la mutualité lie des sujets caractérisés par des intérêts, une identité et surtout des capacités différentes : les sujets handicapés d'un côté, les individus "bien portant" de l'autre (voir Piccardo et Converso 2003).

³¹ Pour un examen plus approfondi de la relation entre travail et trouble psychique voir Cardano 2005 ; Negri et Cardano 2006.

Les entretiens avec les opérateurs des DSM et des MdE, ont permis de reconstruire le réseau de relations qui lient ces agences entre elles et toutes deux au monde de la coopération sociale. Le cadre qui en émerge semble être particulièrement hétérogène. La première ligne de distinction sépare l'axe DSQM-coopérative de l'axe DSM-MdE. D'une manière générale, les DSM activent plus souvent des formes de collaboration avec les coopératives que les MdE. Cela tient probablement à la fonction propre à chacune des deux organisations concernant les pratiques d'insertion des patients psychiatriques au travail. Alors que les coopératives sont des entreprises, donc qu'elles peuvent accueillir des travailleurs, les MdE sont des agences publiques d'intermédiation entre travailleurs et entreprises dont le fonctionnement ne s'adapte pas toujours aux nécessités des patients psychiatriques. Si d'une part les MdE offrent une connaissance spécialisée du tissu productif du territoire et des réglementations qui régissent l'insertion des handicapés au travail, si elles bénéficient de ressources économiques octroyées par les gouvernements régionaux aux collectivités locales, d'autre part, elles n'ont que très peu de ressources humaines à dédier aux projets d'insertion de patients psychiatriques. Pourtant, en théorie du moins, la collaboration entre DSM et MdE pourrait être particulièrement avantageuse. D'un côté, les DSM sont en mesure de fournir aux MdE ce que les personnes interrogées appellent "candidatures", à savoir les signalisations des patients plus aptes au travail ; ils peuvent également mettre à disposition leur propre personnel comme tuteurs des patients embauchés en entreprises ou garantir des formes de consultations et de supervisions aux opérateurs des MdE s'occupant d'handicapés psychiques. D'un autre côté, les MdE peuvent partager avec les DSM la connaissance du marché du travail, la crédibilité dont ils jouissent auprès des entreprises et la connaissance technique des problèmes liés à l'insertion des handicapés au travail. Cependant, nous sommes une fois encore confrontés à la rencontre entre membres de deux "communautés de pratiques" (Wenger 1998) distinctes, qui rivalisent sur la définition de ce que l'on doit entendre par "personne apte au travail". Il existe certainement deux points de vue bien distincts : l'un clinique et l'autre lié au marché du travail et aux demandes qu'il avance en termes de compétence qu'une personne doit nécessairement posséder. Les deux positions sont clairement exprimées par l'une des personnes interviewées : "dans notre esprit, l'individu doit s'adapter au monde du travail, dans le leur le monde du travail devrait s'adapter à l'individu. (MdE de Ciriè).

Tout ceci brosse le tableau d'ensemble du contexte légal et organisationnel au sein duquel opèrent DSM, MdE et coopératives sociales de type B. Nous ébaucherons ci-après les pratiques de promotion de la participation au monde du travail des DSM et des MdE.

4.1 Les politiques de promotion au travail mises en œuvre par les DSM

Les interventions en matière de politiques du travail promues par les DSM peuvent être rapportées à trois cas de figure : les actions de soutien de l'emploi, les insertions au travail et les actions visant à garantir la conservation du travail. Au premier cas appartiennent toutes les interventions qui précèdent l'insertion au travail au sens stricte : de la sélection des personnes éligibles à l'évaluation des capacités et des attentes vis-à-vis du travail, à la formation professionnelle. La sélection des individus éligibles procède de la définition d'un ensemble de critères minimum communs à tous les DSM, auquel s'ajoutent des évaluations complémentaires que nous identifions comme pratiques locales. L'ensemble minimum des conditions requises comprend la présence d'un trouble psychique grave, la conscience de son état de santé et une bonne docilité pharmacologique. Les critères accessoires comprennent la présence d'un désir explicite de travailler, un âge compris entre 25 et 35 ans et la disponibilité d'un réseau naturel de support, souvent constitué par la famille. Très rarement – et plus précisément dans quatre seules DSM – aussi bien les critères que les pratiques sont formalisés ; plus souvent ils assument la forme de "modes opératoires" discutés par les équipes médicales, sédimentés et partagés mais non codifiés. L'individu considéré comme éligible entreprend un parcours d'évaluation de ses capacités au travail qui consiste en un entretien ou une "période d'essai d'observation"³². Presque toujours la mission de l'évaluation revient à l'équipe du DSM qui s'occupe de l'insertion des patients ; seulement très rarement – plus précisément uniquement dans deux DSM – cette mission est dévolue à un groupe "interinstitutionnel" composé d'opérateurs des DSM, des MdE, des consortiums ou des SAS. Bien que peu de ressources soient consacrées à la formation professionnelle, nous avons trouvé de faibles traces de projets de formation dans plus d'un DSM. Dans un cas, l'équipe du DSM favorise la participation des patients à des cours offerts par des agences de formation et auxquels ont accès également les "individus bien portants" ; dans un autre cas elle s'appuie sur des conventions spécifiques pour l'implémentation d'interventions de formation dédiées exclusivement aux utilisateurs des DSM stipulées par des agences, publiques et privées, œuvrant sur le territoire³³.

Au second cas appartiennent les interventions tournées vers l'embauche, à temps déterminé ou indéterminé, à mi-temps ou à plein temps ou au renforcement des compétences du patient et de son assiduité au travail et aux contacts sociaux, dans un contexte protégé (notamment une

³² Au cours de la période d'essai d'observation, le patient apprend les rudiments de la fonction qu'il sera appelé à accomplir, soutenu et contrôlé par un opérateur qui en évalue les aptitudes d'apprentissage.

³³ Il est évident que les deux modes de formation intègrent des représentations du patient psychiatrique et du travail profondément dissemblables.

coopérative sociale de type b)³⁴. Ces interventions peuvent encore être scindées en bourses de travail de pré-embauche, activées par les DSM auprès d'entreprises ou de coopératives de type b, bourses de travail de pré-embauche activées par les MdE, selon loi 68/99, insertions au sein de coopératives de type b et embauches dans de petites entreprises ou activités commerciales non soumises aux obligations d'embauche selon la loi 68/99³⁵. Les bourses de travail sont le canal d'insertion au travail le plus répandu et souvent, le mieux adapté. Toutefois, lorsque la rétribution du travail, sous la forme et du montant d'une bourse, se poursuit au-delà du temps nécessaire à l'apprentissage d'une fonction, ce canal n'est plus adapté. Des bourses de travail reconduites pendant six ou neuf mois illustrent une situation dans laquelle le travailleur, qui a désormais acquis le savoir-faire nécessaire à sa fonction mais reçoit une rétribution inférieure à celle des autres travailleurs, est amené à penser que cela dépend de son irréparable adéquation. Il va sans dire alors que la valeur de l'autonomie attribuée à l'insertion au travail ne peut que faire défaut.

Au troisième cas enfin appartiennent les interventions de soutien et de surveillance de l'insertion mises en œuvre souvent par les DSM ou plus rarement par les MdE à moyen terme. Parmi celles-ci nous distinguons les interventions en faveur de l'entreprise et celles en faveur du patient. En ce qui concerne les premières, alors que dans les moments immédiatement successifs à l'insertion au monde du travail les opérateurs des DSM offrent un support assidu à travers des visites sur le lieu de travail et des rencontres périodiques avec le responsable de l'insertion au sein de l'entreprise, au fil du temps, l'intensité de la surveillance diminue jusqu'à se limiter à des contacts téléphoniques sporadiques. Cette évolution, désirable si considérée comme un lent retour à la normalité, de fait n'est pas le fruit d'une décision thérapeutique mais elle est déterminée par la carence de ressources humaines qui limite – au-delà des urgences – une présence plus assidue des opérateurs des DSM.

Quant aux interventions destinées au patient-travailleur, elles convergent le plus souvent vers la pratique clinique ordinaire. Les problèmes de conciliation entre travail et trouble psychique deviennent – si nécessaire – le thème des entretiens cliniques que les patients mènent avec leur psychiatre. Dans certains DSM, cette mesure est suivie d'interventions plus spécifiques notamment la promotion de groupes d'aide mutuelle autonomes de patients-travailleurs qui, peuvent alors bénéficier des mêmes ressources et stratégies servant à affronter les petits et les grands problèmes qu'ils rencontrent sur le lieu de travail. Ceci dit, voyons maintenant ce qui se passe dans les MdE.

³⁴ Ces dernières sont des interventions qui se situent à cheval entre la phase d'insertion au travail et celle précédemment décrite d'aide à l'emploi.

³⁵ Les bourses de travail ont, généralement, une durée de trois mois pour un travail hebdomadaire de 20 heures elles se traduisent par une rétribution nette au travailleur d'environ 400 Euro.

4.2 Les politiques de promotion au travail mises en œuvre par les MdE

Les leviers dont disposent les MdE pour promouvoir la participation des patients psychiatriques au monde du travail sont deux : la *présentation nominative* et la stipulation de *conventions* avec des entreprises non soumises à l'obligation d'insertion de travailleurs handicapés. La présentation nominative prévoit la proposition d'un nom, c'est-à-dire d'un projet individuel, négocié autour du besoin de l'employeur et du profil du candidat. Souvent le projet commence par un essai, rémunéré par le MdE grâce au "Fonds régional handicapés". La période d'essai a pour objectif de favoriser une prise de contact en douceur, à travers la médiation d'un *tuteur*, de l'individu handicapé avec le travail et de l'employeur avec l'individu handicapé. Le *tuteur* apaise les craintes de l'employeur, soutient de façon appropriée l'handicapé dans les moments de difficulté. S'il provient du DSM, il possède une compétence technique et s'ils ont déjà été en relation, la continuité relationnelle et thérapeutique est assurée. Le second levier, la stipulation de conventions avec des entreprises non soumises à l'obligation d'embauche de personnes handicapées établie par la loi 68/99, n'offre qu'une possibilité virtuelle, qui devient rarement opérationnelle, sauf en cas d'un heureux effet du hasard.

Le jugement des opérateurs des MdE sur l'efficacité de ces mesures pour la catégorie spécifique d'handicapés sur laquelle nous avons centré notre attention, les handicapés psychiques, est résolument critique. Toutes les personnes interrogées s'accordent à définir très faible la probabilité de succès de l'insertion au travail d'un patient psychiatrique et encore plus basse la probabilité qu'il arrive à conserver son travail et ceci pour différents motifs qui peuvent être rattachés à quatre ordres : macro, méso, micro et pico. Les raisons macro alléguées par nos interlocuteurs concernent les contingences d'ordre économique défavorable et les caractéristiques du marché du travail ordinaire. Les raisons méso concernent les difficultés de rapport et d'intégration entre MdE et DSM d'un côté et entre les MdE et leur territoire de référence de l'autre. Les raisons micro se réfèrent à la faible disponibilité de ressources humaines que les MdE peuvent dédier à cette part spécifique d'utilisateurs qui, bien que n'étant pas la plus nombreuse, présente des caractéristiques si particulières qu'elles demandent des stratégies et des interventions ad hoc. Enfin les raisons pico (ou ultra micro) citées par nos interlocuteurs mettent en cause la vision de la maladie mentale partagée autant par les opérateurs des MdE que par les employeurs. Au centre de ces visions revient souvent la notion de dangerosité du patient psychiatrique de laquelle découle celle de son incapacité radicale à accomplir un travail donné. Il s'agit de visions qui ont été affrontées et démenties par l'expérience directe du travail d'un patient psychiatrique mais qui, *ex ante* alimentent un préjugé.

Au regard de tout ceci, les MdE se plaignent de la faible disponibilité de ressources humaines correctement formées, auxquelles confier la gestion de ces insertions spécifiques. A plusieurs

reprises cette carence a été identifiée comme la cause de l'utilisation modeste du Fonds régional handicapés, le fonds qui collecte les diverses amendes infligées aux entreprises pour non-respect de la loi 68/99 et qui, mis à disposition des MdE, leur permet de destiner ces ressources à des projets spécifiques d'insertion professionnelle. Une partie des ressources humaines que les MdE se plaignent de ne pas avoir, pourrait être offert par les DSM, ce qui favoriserait une "continuité thérapeutique" appropriée pour l'utilisateur et fournirait les connaissances spécialisées nécessaires à la gestion des phases délicates de l'insertion professionnelle et des périodes de crise qui suivent. Pourtant cela se produit très rarement.

En résumé, il ressort de l'analyse des entretiens que l'histoire de l'insertion des individus souffrant de troubles psychiques est, trop souvent encore, la chronique d'un échec annoncé. Les raisons que nous avons évoquées dans cette section sont multiples. Elles peuvent toucher le cadre législatif, les pratiques des DSM, les pratiques des MdE, la nature des rapports entre ces instances et les coopératives sociales, les contingences économiques défavorables qui affligent le contexte productif piémontais.

5. ÉPILOGUE

Il émerge avant tout de cette étude le caractère hétérogène des pratiques qui, dans les différentes agences considérées, se proposent de promouvoir la citoyenneté des personnes souffrant d'un trouble psychique. Les différences observées tant dans les politiques du logement que dans les politiques du pour le travail semblent imputables parfois aux spécificités du contexte territorial parfois à la disponibilité des ressources mais dans de nombreux cas également à des facteurs tout à fait contingents, notamment la qualité du capital social du contexte social, l'orientation du management ou mieux la philosophie d'intervention soutenue, les événements qui composent l'histoire récente du territoire de référence.

Le profil des destinataires des politiques de promotion de la citoyenneté est également très composite. A côté des patients – pour la plupart graves – à la charge des DSM, émerge une population au profil confus, constituée de personnes dont la différence n'a pas été répertoriée par une étiquette diagnostique ; une population qui, pour reprendre l'expression de l'un de nos interlocuteurs, représente une "zone grise", constituée de personnes qui s'adressent aux SAS, n'ayant aucun titre pour obtenir le soutien d'un DSM ou qui deviennent partie de la population assistée par les SAS suite à l'alarme sociale suscitée par certains de leurs comportements.

Différent également le degré d'intégration socio-sanitaire des politiques traitées ici. A ce sujet, on observera que le contexte institutionnel et législatif dans lequel ces pratiques peuvent s'inscrire est en conflit avec l'intégration socio-sanitaire. Soutenue par la loi de réforme sanitaire de 1978, l'intégration socio-sanitaire est d'abord minée par la loi de finance du gouvernement Craxi pour

être ensuite rendue encore plus difficile par le processus de réorganisation de la santé en entreprise, lancé dans les années quatre-vingt-dix. Par ailleurs, alors que dans d'autres contextes le repérage des Niveaux Essentiels d'Assistance (NEA) a contribué à un rapprochement des services sanitaires et d'assistance, le défaut de NEA en psychiatrie n'a certainement pas contribué à l'intégration. En bref, là où l'intégration est réalisée, même si elle ne se configure pas comme une pratique *contra legem*, elle finit par coïncider avec un petit miracle institutionnel qui se réalise dans un contexte hostile ou pour le moins non favorable. Ceci dépend, en partie du moins, également au fait que la promotion de la citoyenneté des individus souffrant de troubles psychiques voit différentes "communautés de pratiques" engagées, caractérisées par différents objectifs, *background* de formation, langages.

Cette hétérogénéité configure de fait un scénario dans lequel sont lancés parallèlement un grand nombre d' "expérimentations naturelles", au cours desquelles sont mise à l'épreuve des formes spécifiques de soutien à la citoyenneté d'individus souffrant d'une maladie mentale et tissés des liens entre les différentes agences en charge du problème sur notre territoire. On a toutefois l'impression que les résultats, souvent heureux, de cette expérimentation trouvent une valorisation exclusive dans le contexte qui en a vu l'application. Il manque, du moins il nous semble, des formes organiques de transmission des expériences et des stratégies pouvant en permettre l'évaluation ponctuelle ; il manque également – mais cela est autre chapitre – des modèles organiques d'implication et de participation des patients psychiatriques aux initiatives qui leur sont destinées.

REFERENCES

- Babini V. P.
2010, *Manicomi e psichiatria in Italia. Una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.
- Boardman J., Grove B., Perkins R., Shepherd G.
2003 *Work and employment for people with psychiatric disabilities*, in "The British Journal of Psychiatry", n° 182, 2003, pp. 467-468.
- Burti L.
2001 *Italian psychiatry reform 20 plus years after*, in Acta Psychiatrica Scandinavia, 104 (Suppl. 410): 41-46.
- Cardano M.
2005 *Lavoro e disturbo psichico a Torino*. Torino, Cooperativa Marca <http://aperto.unito.it/handle/2318/623>
- 2010 *Mental distress: Strategies of sense-making*, in "Health:", vol 14, num 3, pp. 253-271.
- Carpenter M.
2000 *It's a small world": mental health policy under welfare capitalism since 1945*, in Sociology of health and illness, Vol. 22, No. 5, pp. 602-620.
- Converso D., Piccardo C.
2003 *Il profitto dell'empowerment. Formazione e sviluppo organizzativo nelle imprese non profit*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Crepet P.
1990 *A Transition Period in Psychiatric Care in Italy Ten Years after the Reform*, in British Journal of Psychiatry, pp. 156, 27-36.
- de Girolamo G., Bassi M., Neri G., Ruggei M., Santone G., Picardi A.
2007 *The current state of mental health care in Italy: problems, perspective and lessons to learn*, in European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257:83-91.
- de Girolamo G., Cozza M.
2000 *The Italian Psychiatric Reform: a 20-year perspective*, in International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 23, No. 3-4, pp. 197-214.
- Ginzburg C.
1979 *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in A. Gargani (a cura di), *Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane*, Torino, Einaudi, pp. 57-106.
- Jones K., Poletti A.
1985 *Understanding the Italian Experience*, in British Journal of Psychiatry, 146, 341-347.
- Jones K., Wilkinson G., Craig T. K. J.
1991 *The 1978 Italian Mental Health Law- A Personal Evaluation: A Review*, in British Journal of Psychiatry, 159, 556-561.
- King N.
1998 *Template Analysis*, in Symon G. e Cassel C. (eds.), *Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research*, London, Sage.
- Lehman, A.F., Jeffrey, C. Lieberman, A, Dixon, L.B., McGlashan, T., Miller, A.L., Perkins, D.O., Kreyenbuhl, J.
2004 *Treatment settings and housing options*, in "Supplement to the American Journal of Psychiatry", 161 (2), 35-39.
- Mangen S.
1989 *The Italian Psychiatric Experience Editorial Introduction*, in The International Journal of Social Psychiatry, Vo. 35, No. 1, pp. 3-6.
- Munizza C., Gonella R., Pinciaroli L., Tibaldi G.
2008 *Una valutazione nazionale dei Centri di Salute Mentale territoriali italiani: il Progetto PROG-CSM*, in Tendenze nuove, vol . 6, pp. 671-704.

- Negri L. Cardano M.
2006 *Les salariés Handicapés Psychique ou l'expérience de la diversité dans l'entreprise*, "Pratique en Santé mentale", num. 4, pp: 17-24.
- Perino M.
2008, *Integrazione socio-sanitaria e diritti dei malati psichiatrici*, in "Prospettive Assistenziali", num. 162, pp. 17-21.
- Piccinelli N., Politi P., Barale F.
2002 *Focus on Psychiatry in Italy*, in *British Journal of Psychiatry*, 181, 538-544.
- Piccione R.
1995 *Manuale di psichiatria*, Roma, Bulzoni.
- 2004 *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia, Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale*, Franco Angeli, Milano.
- Powell W.W., DiMaggio P.J.,
2000 *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Torino, Edizioni di Comunità (ed. orig. 1991).
- Ramondino F., Siebert R., Signorelli A.
2008 *In direzione ostinata e contraria*, Napoli, Tullio Pironti Editore.
- Raviola, M.
1997 *Abitare o vivere in? Una proposta di cambiamento per i modelli organizzativi dei Servizi residenziali in psichiatria: la "Casa Supportata"* in "Inventario di Psichiatria", 20, 34-43.
- Rotelli F., de Leonardis O., Mauri D.
1986 *De-istituzionalizzazione, un'altra via. La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei "paesi avanzati"*, Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale del Friuli.
- Samele C.
1999 *The evolution of the Italian mental health care: advancement or inequality?*, in *Policy and Politics*, vol.27, no. 1, pp. 85-96.
- Vicarelli G.
2004 *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, in SISS (a cura di), *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, Milano, Franco Angeli, 3 (3), pp. 19-38.
- Volpi I.,
2008 *L'impresa sociale: pratica e orizzonte di trasformazione*, in *Fogli d'informazione* n° 5-6, terza serie, pp. 130-141.
- Wenger, E.
1998 *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Zani B., *Salute mentale e welfare di comunità*, in *Autonomie Locali e servizi sociali*, 3/2008, pp. 409-415.