

Racconti e opinioni

lavoroesalute

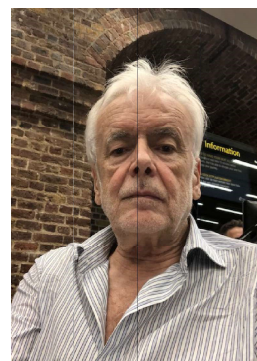


PSICHIATRIA

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

*Gruppi di uditori di voci come parte di
un processo di deistituzionalizzazione*

Pino Pini
Psichiatra
in Italia e
nel Regno
Unito,
MHE board
member



Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

Gruppi di uditori di voci come parte di un processo di deistituzionalizzazione permanente e di sviluppo di comunità

Riflessioni sulla mia esperienza professionale in occasione di due recenti eventi sull'Udire le Voci tenutisi a Parigi e a Firenze

Pino Pini

Psichiatra in Italia e nel Regno Unito,
MHE board member

Nella mia esperienza professionale sono stato testimone di vari momenti significativi nel settore della salute mentale. Di seguito alcune riflessioni sul mio rapporto con il movimento degli uditori di voci ispirato dal lavoro di Marius Romme e su progetti per lo sviluppo dell'auto aiuto psichiatrico. L'occasione mi è stata data da due recenti eventi sull'udire le voci a Parigi e a Firenze, ottobre e novembre 2023 per i quali mi è stato chiesto di presentare un contributo. (vedi sezione Acronimi, Bibliografia e Sitografia).

L'arco temporale, cui mi riferisco e che spazia dal periodo della deistituzionalizzazione (anni 60-70) a quello attuale, è caratterizzato da posizioni molto diverse, se non addirittura contrapposte, relative non solo al settore della salute mentale, ma anche alla società in generale.

Il periodo della deistituzionalizzazione poneva attenzione particolare al superamento dell'Istituzione Globale (di cui l'ospedale psichiatrico era esempio significativo) ritenendo che si dovesse operare soprattutto a livello collettivo per consentire alle persone di sviluppare la propria individualità (l'individuale procede dal sociale). Il periodo attuale si concentra invece in modo prevalente sull'individuo ritenendo che ciò possa consentire alla collettività a svilupparsi in modo adeguato (il sociale procede dall'individuale). Nel campo della salute mentale tali posizioni si traducono, nel primo caso, con la prevalenza del lavoro relazionale e sociale e, nel secondo, con un maggior accento sull'approccio al singolo in quanto ritenuto a priori bisognoso di interventi individuali specifici. Quindi orientamenti opposti, ma entrambi utili per la conoscenza delle cose umane e per il superamento dei vari problemi di cui la vita è naturalmente costellata. Per questo motivo sembra ragionevole evitare sia polarizzazioni eccessive sull'uno o l'altro versante, sia appiattimenti su un versante unico che annullino i differenti modi di pensare e operare.



Uditori di voci e psichiatria negli ultimi cento anni, diverse opinioni.

Eugene Bleuler (inizio XX secolo) afferma che le voci non sono un sintomo fondamentale della schizofrenia, mentre per Kurt Schneider (metà XX secolo) le voci sono sintomi di primo rango della schizofrenia. Marius Romme (anni 80, XX secolo) considera invece le voci non come sintomi di una malattia mentale, ma come un modo fisiologico di funzionare della mente in certe circostanze. Quest'ultimo autore contribuirà in modo significativo alla promozione di un lavoro alla pari fra Esperti per Esperienza (EPE), esperti per professione (EPP), persone che frequentano e non frequentano i servizi; quindi un lavoro finalizzato all'abbattimento della barriera fra "noi" e "loro". Attualmente i sistemi diagnostici DSM e ICD considerano le voci come una componente tipica della schizofrenia con sintomi positivi, collegandole di nuovo all'idea che siano manifestazione di una malattia sottostante.

Chiusura degli ospedali psichiatrici, lavoro con le comunità.

Gli anni 70 sono un periodo di deistituzionalizzazione con forti influssi internazionali come quelli della psichiatria di settore francese e delle comunità terapeutiche nel mondo anglosassone. Si diffondono psicoterapie dinamiche, sistemiche e altri approcci che valorizzano sia la soggettività che le relazioni esterne. Si moltiplicano attività artistiche e momenti d'incontro aperti e informali sia all'interno dell'ospedale che nei servizi territoriali. Si critica inoltre l'eccessivo ricorso a interventi terapeutici (sia farmacologici che di altro tipo) e la scarsità di momenti di inclusione sociale alla pari rivendicati come diritto di ogni essere umano. In questo clima effervescente viene disposta la chiusura degli ospedali psichiatrici in Italia (legge Basaglia 180/1978). Ma come passare dall'ospedale al territorio? Quale relazione fra i servizi e la comunità? Estensione

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

CONTINUA DA PAG. 2

dell'approccio clinico dai servizi alla comunità o costruzione di relazioni innovative?

Esperienza politica, gruppi orientati verso il self help e associazioni per la salute mentale

Nel 1980 alcuni momenti d'incontro aperti, su richiesta particolare degli utenti e dei familiari, vengono trasferiti da un servizio territoriale di Firenze alla Casa della Cultura, una sede associazionistica del territorio circostante. L'incontrarsi in una sede neutra consente di sviluppare relazioni alla pari. Fra i vari partecipanti: operatori, utenti, familiari e cittadini a vario titolo interessati. Si ufficializza una collaborazione fra il servizio di salute mentale, il consiglio di quartiere e l'università (Psicologia) al fine di verificare gli effetti di tali incontri in relazione agli stessi partecipanti, al servizio e alla comunità circostante. Si stabiliscono contatti con associazioni di salute mentale e reti di utenti del nord Europa e del nord America (Mind, Mental health Europe -ex ERC/WFMH-, Mindfreedom, etc.).

Il superamento della relazione "noi e loro" sembra fattibile in questo nuovo contesto. I disagi individuali vengono visti come esperienze umane e non come sintomi di malattie più o meno complesse. Si tratta di interderci attraverso il linguaggio con cui le persone si esprimono naturalmente nel loro contesto giornaliero e evitando di indurle a usare termini tecnici. Si vuole fare qualcosa al di là delle relazioni terapeutiche codificate e pertanto viene sottolineato che in tale contesto non si intende fare terapia, anche se si pensa che ciascun partecipante, compresi gli operatori e le persone non portatrici di problemi salute mentale, traggano notevole beneficio dalla frequenza a tali incontri. Come dirà Romme, si fa prevenzione ascoltando i lamenti prima che si strutturino in sintomi e quindi prima che si venga inviati allo specialista clinico.

Vengo eletto consigliere di quartiere nella stessa area della città dove opero come psichiatra, cosa abbastanza



consueta in quel periodo fra i miei colleghi. Sperimento ulteriori relazioni alla pari all'interno della comunità come cittadino coinvolto nella cosa pubblica. Tale esperienza politica, che ho fatto per dieci anni consecutivi, è stata un importante training umano e professionale.

Nel 1980, proprio nello stesso anno in cui decido di dedicarmi totalmente alla prospettiva psicosociale, l'APA pubblica su scala mondiale la terza edizione del DSM riportando il focus della salute mentale sulla malattia. Si sarebbe fatta via via sempre più grande la distanza fra l'approccio biologico e quello psicosociale.

Esperti per esperienza (EPE) e esperti per professione (EPP). Verso una nuova organizzazione dei servizi e della comunità

A cavallo fra gli anni 80 e 90 si organizzano a Prato conferenze nazionali e internazionali sul self help psichiatrico in collaborazione con servizi, enti locali, università, Mind, MHE, IMHN. Si opta decisamente per il cosiddetto self help/self advocacy non separatista (Survivors speak out) che ha una visione relazionale e sociale, è critico verso il modello di malattia, ma ammette al suo interno anche operatori con funzioni amministrative e di facilitazione e a patto che si comportino come pari. Si esclude invece il self help per diagnosi in quanto non critico del modello di malattia e per lo più guidato da operatori.

Metto fine alla mia esperienza politica per dedicarmi maggiormente alle associazioni. Nei primi anni 90 si costituisce l'Associazione Italiana per la Salute Mentale (AISMe) come full member del MHE e con lo scopo di facilitare la diffusione dell'autoaiuto psichiatrico. Si costituiscono altre associazioni di salute mentale e di gruppi orientati verso l'auto aiuto sia in Toscana che in altre parti d'Italia.

In questi stessi anni il metodo di Romme (EPE e EPP), fortemente supportato da associazioni di salute mentale e reti di utenti (MHE, ENUSP e AISMe) nonché da un numero crescente di operatori di diversi paesi, fa la sua comparsa in Italia e nel 1998 verrà costituito il

CONTINUA A PAG. 4

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

CONTINUA DA PAG. 3

Gruppo Uditori di Voci a Prato. Nel 2000 un convegno internazionale sul Recovery viene organizzato a Prato insieme alla IMHN. Si introduce anche in Italia il concetto di Recovery, inteso come percorso di riappropriazione personale, che vede protagonista l'utente messo nelle condizioni di scegliere sia le persone con cui relazionarsi che le modalità di supporto.

Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale

Nei primi anni 2000 viene varato a Prato il progetto Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale (EC&SLSM). Il fine è dare una collocazione più precisa e un qualche coordinamento ai diversi gruppi (arriveranno a 30) formati sulla scia dei progetti per l'auto aiuto psichiatrico in ambienti neutrali della comunità e fuori dal setting dei servizi. Si concepisce l'idea di un'area intermedia fra i servizi e la comunità. Tale area intermedia potrà aiutare i diversi gruppi a svilupparsi in modo sufficientemente autonomo rispetto ai servizi, ai governi locali e ad altre organizzazioni. Si pensa in tal modo di attivare un meccanismo di deistituzionalizzazione permanente; Basaglia del resto affermava che la chiusura degli ospedali psichiatrici sarebbe stata solo il primo passo della deistituzionalizzazione. Fra il 2001 e il 2004 si tengono le conferenze internazionali annuali EC&SLSM a Prato con il coinvolgimento di molte organizzazioni locali, nazionali e internazionali fra cui MHE e ENUSP.

Esperienza compartecipata: progetto collaborativo alla pari fra il settore associazionistico, i servizi e il governo locale. La partecipazione attraverso il coinvolgimento personale è necessaria. Il progetto, attuato fuori della sede dei servizi, è co-creato democraticamente e le responsabilità sono condivise. Esempi di esperienze compartecipate sono: gruppi orientati al self help, gruppi di uditori di voci, attività di sport, arte, educazione, ricerca, lavoro, integrazione nella



comunità, supporto all'abitare autonomo, etc. Sono previsti facilitatori, non terapeuti.

Area Intermedia: è lo strumento che garantisce autonomia e sviluppo alle esperienze compartecipate rispetto a possibili inappropriate interferenze da parte dei servizi, del governo locale e di altre organizzazioni. Contribuisce inoltre a bilanciare il sapere globale con quello locale.

Sistema Locale di Salute Mentale: è il sistema che comprende tutti i soggetti della comunità (servizi inclusi) coinvolti nelle questioni della salute mentale.



Tetralogo

Unità di base della comunicazione che contraddistingue il progetto EC&SLSM

I seguenti quattro soggetti, quando sono coinvolti in attività compartecipate, comunicano fra di loro attraverso relazioni alla pari e condividono le responsabilità:

- 1. EPE
- 2. EPP
- 3. Familiare/Carer
- 4. Membro del governo locale (società civile)

E' importante sottolineare come il governo locale (società civile) sia uno dei soggetti chiave indispensabili in ciascuna esperienza compartecipata.

Sviluppo di gruppi di uditori di voci in Toscana, dai servizi alla comunità

In occasione del WMHD 1994 Marius Romme viene invitato a Firenze. Inizia una collaborazione stretta e duratura (traduzione in italiano dei libri "Accettare le voci" e successivamente "Dare un senso alle voci"). Si organizzano incontri e conferenze a Firenze, a Prato e altrove, sia in Italia che all'estero. Verso la costituzione di INTERVOICE.

Nel 1998 si dà inizio al Gruppo di Uditori di Voci (UV) di Prato nei locali di un consiglio di quartiere. Dal 2000 il Gruppo UV è una delle 30 esperienze compartecipate che si sono sviluppate nel corso del tempo nell'area pratese e fa parte integrante del

CONTINUA A PAG. 5

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

CONTINUA DA PAG. 4

progetto EC&SLSM. Dal 2005 in poi l'AIMe, in collaborazione con altre associazioni toscane, assume la leadership del suddetto progetto. Molti eventi sul tema udire le voci vengono organizzati soprattutto a Firenze (Casa della Cultura) con la partecipazione di esperti come Marius Romme, Sandra Escher, Ron Coleman, Karen Taylor. Viene ribadita l'importanza di stare fuori dalla sede dei servizi, alla pari con gli operatori dei servizi, per una diversa visione della salute mentale e per lo sviluppo di percorsi di recovery personali appropriati. Si distingue il recovery personale e dal recovery clinico in quanto quest'ultimo vede i servizi in posizione preminente e spesso con caratteristiche indottrinanti a senso unico. Si curano rapporti fra uditori di voci che frequentano i servizi e uditori di voci che conducono una vita normale senza il supporto dei servizi. Riguardo a questo si prende ispirazione dalla famosa esperienza televisiva olandese di Romme nei primi anni 80 che dette avvio al movimento degli uditori di voci liberandoli dalla rapporto obbligato con i servizi.

Presentazioni sul lavoro toscano verranno fatte in occasione di svariati incontri e dei congressi annuali di Intervoice a livello internazionale. I più recenti a cui ho avuto esperienza diretta si sono svolti a Parigi e a Firenze, rispettivamente in ottobre e novembre 2023.

Il gruppo voci di Prato, primo del suo genere in Italia, ha ispirato lo sviluppo di altri gruppi di uditori di voci in varie parti d'Italia.

Una rete di associazioni toscane, supportata dalla Regione Toscana continua a promuovere lo sviluppo di nuovi gruppi di uditori di voci. Il sopra citato incontro di Firenze, organizzato da MHE/AISMe alla Casa della Cultura, ne fa testimonianza.

Sinergia fra il progetto EC&SLSM e il gruppo Uditori di voci

Il progetto EC&SLSM mira a stabilire un forte legame con la comunità e un nuovo linguaggio condiviso; ciò



è necessario per un processo di deistituzionalizzazione permanente. Il Gruppo UV ha a che fare con esperienze personali profonde che vanno considerate come esperienze umane e come tali la comunità è chiamata a conoscerle e a comprenderle senza delegarle automaticamente agli specialisti della salute mentale. La comunità in tal modo si arricchisce di nuove competenze che tornano utili per lo sviluppo di contesti sociali più integrati. In tal modo deistituzionalizzazione permanente e sviluppo di comunità si configurano come due importanti momenti inscindibili per il rinnovamento dei servizi di salute mentale e della stessa società.

Dall'Italia al Regno Unito

La legge 180/1978, tutt'ora in vigore, fornisce indicazioni chiare in senso psicosociale, ma i servizi italiani, come gran parte di quelli dei paesi occidentali, si stanno gradualmente focalizzando sul modello di malattia. Questo fatto appare legato a un processo di globalizzazione guidato da questioni politiche e finanziarie. Molto denaro deriva dalla vendita di sempre nuovi rimedi tecnologici (soprattutto farmaci) che spesso hanno dubbia efficacia. I mass media bombardano le persone facendo credere che la scienza e le relative applicazioni tecnologiche siano capaci di scoprire sia nuove malattie (circa 100 all'indomani della II guerra mondiale e più di 300 oggi), sia nuovi rimedi specifici per chi soffre di problemi mentali. Le associazioni di salute mentale rischiano di diventare dipendenti da potenti organizzazioni (come servizi, governi e industria farmaceutica) se vogliono sopravvivere.

Ma sarà poi così semplice liberarsi da gravi sofferenze attraverso interventi clinici sempre più specifici? Fra gli stessi operatori della salute mentale si levano voci critiche proprio nei confronti della validità scientifica e della attendibilità delle diagnosi psichiatriche, nonché dei relativi rimedi rivolti al singolo. Per non contare il fatto che tali rimedi possono provocare spiacevoli effetti collaterali.

Per coloro che credono nell'approccio psicosociale diventa sempre più difficile continuare a operare in

CONTINUA A PAG. 6

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

CONTINUA DA PAG. 5

siffatta situazione. Da qui la mia decisione di andare in pensione un po' prima del previsto e di capire come le cose stessero procedendo nel Regno Unito, il paese che aveva ispirato in particolar modo la riforma psichiatrica italiana negli anni 70.

Si era al corrente che negli UK (specialmente in Inghilterra) i servizi della salute mentale stavano cambiando a causa delle politiche neoliberistiche orientate più sulla dimensione individuale che su quella collettiva. Si dava maggior enfasi alla malattia come fatto individuale e a tutti gli aspetti negativi ad essa correlati, fra cui la pericolosità. Tale cambiamento aveva inevitabilmente notevole influenza sugli altri paesi.

Verso la fine degli anni 90 alcuni colleghi, con cui avevo condiviso da lungo tempo progetti psicosociali innovativi, aveva dato vita in Inghilterra alla Critical Psychiatry Network. Lo scopo quello di frenare l'eccessivo ricorso ai ricoveri obbligatori, all'uso delle diagnosi e alle cure rivolte al singolo. Mi sembrava che ci fossero degli spazi, per quanto minoritari, per sviluppare ulteriormente progetti simili a quelli a cui mi ero dedicato in Italia.

La mia esperienza nei servizi pubblici del Regno Unito

Da quasi dieci anni impiego gran parte del mio tempo nel Regno Unito dove ho avuto la possibilità di lavorare in vari servizi, sia ospedalieri che di comunità.

In Inghilterra gli interventi obbligatori sono numericamente otto volte maggiori che in Italia (MHE 2017). Gli ospedali psichiatrici sono stati ridotti di dimensione e ammodernati, ma rivestono sempre un ruolo centrale rispetto al resto dei servizi di salute mentale, che purtroppo sono molto frammentati e comunicano scarsamente fra di loro. Il budget per la salute mentale è circa tre volte maggiore rispetto a quello italiano.

Negli ultimi anni le cose sono molto regredite rispetto alle aperture verso il sociale dei periodi precedenti e si



rispira molta insoddisfazione fra gli operatori, gli utenti e i carers. Il modello di malattia ha prevalenza assoluta rispetto a quello psicosociale. Per lavoro nella comunità si intende soprattutto un'estensione dell'approccio clinico (terapeutico riabilitativo e psicoeducativo) e un controllo della somministrazione dei farmaci. Se non si assumono i farmaci e si è in regime di CTO, si potrà essere sottoposti a ricovero obbligatorio in ospedale psichiatrico con procedura abbreviata. La sicurezza, intesa soprattutto come pericolosità sociale dei pazienti, permea l'intero sistema della salute mentale che è regolato dal Mental Health Act. Poco diffusa nei servizi la prospettiva psicosociale, relazionale e culturale. Spesso mi sono domandato cosa ci stessi a fare nel Regno Unito. Forse sarebbe stato meglio restare in Italia continuando a proporre modelli operativi legati al sociale in un contesto legislativo che almeno in teoria li consentiva! Ciò che mi ha spinto a continuare è stato ed è tutt'ora il rapporto stretto con organizzazioni come la CPN, la BPS, CARP, MHE e il gruppo delle associazioni che collaborano con l'AIMS.

Sono sempre più convinto del fatto che, per cambiare le cose anche nel settore della salute mentale, bisogna fare i conti con il mondo anglosassone. Questo, nel bene e nel male, influenza le nostre vite e i nostri servizi almeno nel mondo occidentale. Insieme ai colleghi psichiatri della CPN mi è possibile argomentare in modo anche scientificamente credibile le critiche al modello di malattia, all'uso eccessivo dei farmaci (BMJ 2023) e a molti altri interventi individuali che sembra stiano producendo più danni che benefici e una sorta di nuova istituzionalizzazione globale. La Società Psicologica Britannica (BPS) ha proposto un metodo di cura psicologica che fa a meno delle diagnosi DSM/ICD, mentre si concentra sui rapporti di potere fra le persone. Non senza qualche difficoltà si sta diffondendo la pratica del Dialogo Aperto e quindi di un approccio relazionale grazie a gruppi con il CARP. I gruppi di uditori di voci sono abbastanza numerosi ma i rapporti con i servizi a volte sono problematici. Colleghi immigrati negli UK da ex colonie mettono in guardia

CONTINUA A PAG. 7

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

CONTINUA DA PAG. 6

sul processo di colonizzazione psichiatrica in atto da tempo paventando il rischio di annullamento dei saperi locali in nome di progetti di Salute Mentale Globale, promossi con l'appoggio di fautori del modello biomedico e dell'industria farmaceutica. Il MHE e L'AIMe mi consentono un aggancio forte con il mondo associativo orientato decisamente in senso psicosociale e indipendente dal modello biomedico. Di seguito due esperienze su cui sto lavorando nell'area di Londra dove ho trovato alcuni servizi interessati a riproporre esperienze simili a quelle di Firenze e Prato.

Il progetto EC&SLSM a Watford

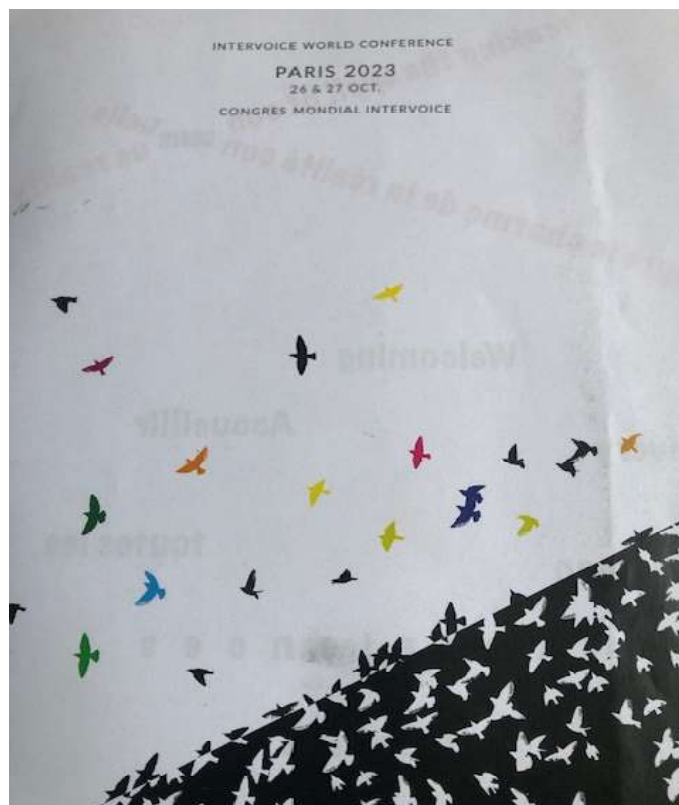
La Hertfordshire Mental Health Trust sta sviluppando da cinque anni il progetto Shared Experiences and Local Mental Health Systems (SE&LMHS) a Watford sulla falsariga del progetto italiano EC&SLSM. Il Progetto si compone di un momento guida (steering group – mensile online-), il gruppo per lo scambio di esperienze personali (il cosiddetto Common Sense Group –ogni due settimane in persona presso la biblioteca centrale di Watford-) e un Gruppo di riflessione (ogni due settimane online). I partecipanti sono EPE, EPP e persone provenienti dai servizi e dalla comunità.

Lo Watford Borough Council e associazioni locali come Mind sono direttamente coinvolti nel progetto con il supporto del Consiglio degli Utenti dei Servizi, della Università dello Hertfordshire e di altre organizzazioni. Il progetto sta procedendo con successo e un finanziamento è stato accordato tramite fondi speciali per l'innovazione.

Proposta di un nuovo gruppo uditori di voci presso la Enfield Adult South Core Community Mental Health Trust

Si sta costituendo un gruppo di uditori di voci nella sede del servizio con il proposito di trasferirlo dopo pochi mesi in una sede neutrale della comunità, con il coinvolgimento delle organizzazioni territoriali e in linea con il progetto SE&LMHS.

La Maastricht Interview (Escher, Hage, Romme) è stata presentata e discussa con vari operatori e utenti del servizio.



Organizzazioni della comunità interessate nella costituzione del nuovo gruppo uditori di voci sono state invitate a dare il loro contributo. EPE fanno parte del progetto fin dall'inizio.

Un gruppo guida temporaneo (steering group) è stato costituito per scrivere il progetto per l'approvazione ufficiale da parte dei managers.

Conclusione

I servizi di salute mentale non dovrebbero seguire soltanto l'approccio clinico dominato dal modello biomedico e dalle categorie nosografiche DSM/ICD. Tale approccio, utile in circostanze specifiche e limitate, rischia invece, quando esteso inappropriatamente e fuori contesto, di danneggiare/colonizzare le stesse comunità spogliandole dei meccanismi naturali di resilienza.

I servizi dovrebbero essere aperti anche alle prospettive sociali e culturali delle comunità in cui operano, giocando un ruolo importante nella promozione di attività collaborative (tipo esperienze partecipate) con tutti i soggetti chiave presenti in quelle stesse comunità. Tali attività non dovrebbero essere il semplice prolungamento dei percorsi di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, ma qualcosa di completamente diverso in quanto co-create fin dall'inizio con i diversi soggetti delle diverse comunità di cui i servizi stessi sono parte. Per questo motivo gli operatori dei servizi dovrebbero impiegare parte del loro tempo lavorativo fuori della sede dei servizi stessi "senza camice", liberi quindi da atteggiamenti precostituiti di tipo terapeutico, riabilitativo o psicoeducativo.

I servizi dovrebbero guardare alla comunità e non all'ospedale come attore principale nella salute

CONTINUA A PAG. 8

Transizione dal contesto clinico a quello comunitario

CONTINUA DA PAG. 7

mentale. Dovrebbero inoltre favorire percorsi di de-prescrizione e de-medicalizzazione evitando ricadute/sindromi da astinenza. Tali percorsi potrebbero essere combinati con attività gruppali del tipo EC&SLSM. Nuove relazioni tra EPE and EBP, come quelle del progetto EC&SLSM e del movimento degli uditori di voci ispirato da Romme, possono contribuire a

rompere la distanza fra “noi e loro ” e a produrre deistituzionalizzazione permanente, de-colonizzazione, de-medicalizzazione, inclusione sociale, partecipazione democratica e un nuovo sviluppo di comunità. La salute mentale necessita di essere libera da istanze di controllo sociale alle quali non pochi servizi sono chiamati, in modo inappropriato, a rispondere. Andrebbero promosse leggi nazionali di salute mentale in linea con la UNCRPD Andrebbe sviluppato un nuovo bilanciamento fra le nuove tecnologie e le relazioni umane. Andrebbero disseminate ulteriormente le esperienze del movimento INTERVOICE, sia all’interno dei servizi che nella società.

Acronimi, Bibliografia e Sitografia

- AISMe Associazione Italiana per la Salute Mentale <https://aisme.info/>
- APA American Psychiatric Association <https://www.psychiatry.org/>
- BMJ, British Medical Journal <https://www.bmj.com/content/383/bmj.p2873>
- BPS British Psychological Society Power Threat Meaning Framework <https://www.bps.org.uk/member-networks/division-clinical-psychology/power-threat-meaning-framework>
- CARP Compassionate and Relational Psychiatry <https://mentalhealthtimeforaction.org/campaign-for-compassionate-and-relational-mental-health-services-ccarmhs/>
- Casa della Cultura documentario RAI 3, Dall’ospedale alla comunità’. Le radici del progetto EC&SLSM.1984 (<http://vimeo.com/user11913937/review/49815715/5d6ae25b69>) (<https://www.ecologiadellamente.it/archivio/2136/articoli/23144/>)
- Decolonizzazione, Suman Fernando www.decolpsych.com
- DSM Manuale Diagnostico Statistico della Associazione Psichiatrica Americana (APA) https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders
- CPN Critical Psychiatry Network <https://www.criticalpsychiatry.co.uk/>
- <https://brokenmedics.com/the-myths-of-the-chemical-imbalance-and-the-chemical-cure-for-psychiatric-disorders/> podcast Joanna Moncrieff and Peter C Gøtzsche. October 5, 2023
- CTO Community Treatment Order (assunzione obbligatoria di farmaci nella comunità’)
- EC&SLSM (Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale) http://www.ecologiadellamente.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2136&id=23144
- ENUSP European Network of Users and Survivors of Psychiatry <https://www.edf-feph.org/our-members/european-network-of-ex-users-and-survivors-of-psychiatry-enusp/>
- EPE Esperti Per Esperienza EPP Esperti Per Professione
- Firenze novembre 2023, evento per rafforzare la rete degli uditori di voci <https://drive.google.com/file/d/1BYzxUjTZKzcDAFlorence2023eventonhearingvoices> https://drive.google.com/file/d/1BYzxUjTZKzcDA95W1bxRmB2qFFOyHvMw/view?usp=drive_link95W1bxRmB2qFFOyHvMw/view?usp=drive_link
- Global Knowledge and Local Knowledge, <https://philpapers.org/rec/BRAPMH>
- ICD Classificazione Internazionale delle Malattie (OMS) [https://it.wikipedia.org/wiki/Classificazione_ICD#:~:text=La%20classificazione%20ICD%20\(dall%27inglese,sanit%C3%A0%20\(OMS%2DWHO\).](https://it.wikipedia.org/wiki/Classificazione_ICD#:~:text=La%20classificazione%20ICD%20(dall%27inglese,sanit%C3%A0%20(OMS%2DWHO).)
- IMHN vedi IMHCN <https://imhcn.org/>
- INTERVOICE <https://www.intervoiceonline.org/#content>
- Maastricht Interview <https://www.improvingmipractices.org/application/files/9615/6924/4250/Maastricht.Mine.pdf> <https://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>
- Istituzione Globale https://it.wikipedia.org/wiki/Erving_Goffman
- MHE Mental Health Europe <https://www.mhe-sme.org/> <https://www.mhe-sme.org/mapping-exclusion/>
- MIND <https://www.mind.org.uk/>
- Mindfreedom https://en.wikipedia.org/wiki/MindFreedom_International
- Parigi ottobre 2023, hearing voices congress <https://www.paris2023.info/program-programme/>
- Salute Mentale Globale <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09581596.2016.1161730>
- SE & LMHS project, 2017 – Brussels presentation (https://drive.google.com/file/d/1aRRA7ggikplm0-K21n_6r8QfUqMpyFV5/view)
- SE&LMHS <https://www.criticalpsychiatry.co.uk/news/developments-of-the-shared-experiences-and-local-mental-health-systems-project-prior-to-and-during-the-covid-19-pandemic/>
- Sapere Globale e Sapere Locale, <https://philpapers.org/rec/BRAPMH>
- Survivors Speak Out. <http://studymore.org.uk/ssoweb.htm#:~:text=Survivors%20Speak%20Out%20was%20founded,who%20dissent%20from%2C%20society%20norms.>
- WFMH <https://wfmh.global/>
- UNCRPD United Nation Convention for Rights of People with Disability
- WMHD World Mental Health Day
- For further information (in Italian) about my experience in Italy and UK, please click on the following link <http://www.blog-lavoroesalute.org/lavoro-e-salute-settembre-2023/>
- 22/1/2024 Contributo per Lavoro e Salute <https://www.lavoroesalute.org/>