

**Salute Mentale e Servizio Sociale:
quali riflessioni a 30 anni dalla legge 180/78**

**"Il servizio sociale nel percorso innovativo
della riforma della legge 180/'78¹"**

Provincia di Roma, Palazzo Valentini
Roma, 5 dicembre 2008

*di Luisa Spisni
Consiglio Nazionale
Ordine Assistenti Sociali*

L'inizio di un processo

Non posso evitare di iniziare questa riflessione facendo riferimento alla mia esperienza di oltre 30 anni di attività come assistente sociale nei servizi sanitari territoriali per la salute mentale, infanzia/adolescenza e adulti. E ripensare, quasi risentire quelle prime ondate di un vento anti istituzionale e libertario legate a fermenti e cambiamenti culturali, che furono avvertite da me e da molti assistenti sociali come una occasione ineludibile e straordinaria per ridefinire la nostra funzione, e ripensare il senso della stessa che si andava profilando nella società in rapida trasformazione.

Al di là del fervore introdotto dalle teorie e le analisi intellettuali e scientifiche, sociali e politiche, che rivedevano vecchi concetti come le gerarchie sociali, l'autoritarismo e il potere, ben presto fu chiaro a molti di noi che quanto passava come informazione nella cultura e nelle scienze, nelle proposte innovative di modelli alternativi, in alcuni campi in particolare, riguardava anche noi, non solo come cittadini e persone ma come professionisti del sociale.

E' un dato acquisito che nel passaggio – prima concettuale, poi operativo – che va dalle segregazione manicomiale/alle cure psichiatriche/alla tutela della salute mentale, il *servizio sociale* trova la sua naturale vocazione alla promozione della persona afflitta da uno stato di dipendenza e sofferenza.

L'enfasi che la nuova cultura pone sulla dignità della persona e la sua valorizzazione, tanto più se in condizione di deprivazione, tocca i principi chiave su cui si fondano sia la filosofia e l'etica, che la metodologia del servizio sociale.

¹ Legge 13 maggio 1978, n180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

Dobbiamo quindi considerare importante e costruttivo l'impatto che ha avuto la nostra professione con una evoluzione culturale e civile che ha ridefinito e realmente rivoluzionato schemi di riferimento strutturali operanti nella società, che di fatto costringevano persone deboli a trattamenti che poco avevano a che fare con la salute e molto invece con la emarginazione e la esclusione; con scarsa consapevolezza dei più.

Il punto nevralgico, più concreto e dirompente fu quello di definire e nominare quali meccanismi presenti nella società che impedivano ad alcune "categorie" di esprimersi e decidere di sé come persone degne di rispetto, e come cittadini, e indicare in alcune strutture – quelle manicomiali- la realizzazione di un perverso sistema di segregazione dei "diversi".

La messa in discussione dell'intera società divenne una indispensabile conseguenza, per rivedere e rimuovere quei meccanismi, svelati e non più accettabili. Questo processo inizia come è noto ben prima che venga emanata la legge 180 nel 1978, quando evidentemente i tempi sono maturi perché essa venga recepita anche dalla riforma sanitaria, dello stesso anno (legge 833/'78)², riforma che mette in campo gli stessi principi innovativi .

Franco Basaglia aveva già scritto, dieci anni prima, la sua "L'istituzione negata"³, testo choc col quale tutti hanno dovuto confrontarsi.

Gli assistenti sociali, nelle varie realtà operative così come negli ambiti formativi dell'epoca, hanno compreso subito il forte potere dirompente delle teorie che, condannando le strutture segreganti psichiatriche in particolare, rimettevano non solo le persone ma i problemi e le contraddizioni di cui erano portatori e vittime, al di "fuori", laddove erano nate. E là andavano risolti, gli uni e le altre.

Al di là delle dispute sulla origine della malattia mentale, se esistesse in se o fosse solo o in buon parte la conseguenza di fattori esterni (...), queste teorie imponevano di rivedere quei meccanismi sociali e istituzionali che pur avendo la pretesa di tutelare o curare provocavano emarginazione e altra sofferenza (nei più socialmente deboli). Di fatto non "sanando" ma semmai aumentando la patologie, quando anche privando la persona dei suoi diritti sociali fondamentali (costituzionali ⁴, universali⁵), cui va aggiunto il forte stigma legato alla presunta pericolosità (era quindi la pretesa di curare con una sanzione, comunque all'interno di un intervento punitivo).

Mettersi in discussione, entrare nel vivo del cambiamento per le professioni d'aiuto come la nostra, è stato inevitabile e indispensabile, avendo la consapevolezza di essere

² Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

³ F. Basaglia, *L'Istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968.

⁴ Costituzione della Repubblica Italiana, 22 dicembre 1947-

⁵ Dichiarazione Universale dei diritti umani, New York 10 dicembre 1948

detentori di un ruolo che non poteva rimanere silente o indifferente. Non solo: per gli assistenti sociali si apriva la prospettiva che il loro ruolo e la loro funzione potessero finalmente coniugarsi ai *principi e ai valori di eguaglianza e giustizia sociale* da cui trae ragion d'essere e sostegno il servizio sociale, aspirando a realizzare più pienamente i propri obiettivi.

Questo lo posso dire anche perché c'ero. Ero ai primi passi come assistente sociale ed ero in quella situazione di transizione, difficile ma tanto ricca di stimoli: da un modo di operare dentro una struttura a ottica "assistenziale" si passava ad un ambito multi professionale dove le categorie metodologiche stavano dentro uno stesso schema, al fine di: **promuovere azioni che innescassero processi atti a mettere in moto, oltre che la liberazione della persona dal problema anche spinte sociali e politiche per il cambiamento, adottando un metodo di collaborazione, lavoro di gruppo e ricerca costante.**

L'esperienza nel campo

Nei primi anni '70 alcune Amministrazioni Provinciali, a cui competeva la cura di varie categorie di "diversi" (folli, sordi, infanzia con varie disabilità, ecc.), indirizzarono le loro politiche verso scelte coraggiose, che ribaltavano i criteri operativi e gli assetti organizzativi precedenti, iniziando da un luogo emblematico e reale, l'*Ospedale psichiatrico*.

Queste scelte emersero da indirizzi e iniziative politiche di rappresentanti delle amministrazioni locali (a Gorizia, Arezzo, Trieste) di intesa con "esperti" del campo che, facendo propri alcuni assunti e sfidando lo stato delle cose, si posero l'obiettivo di liberare dalla segregazione e dalla sofferenza manicomiale le centinaia e migliaia di persone coinvolte, sia adulti che bambini e adolescenti, proponendo cambiamenti radicali.

Gli Assistenti sociali furono fra i primi "operatori" chiamati ad intervenire, tanto quelli che già operavano nel settore che molti altri che vennero ad integrare i gruppi pluridisciplinari. L'ottica che si configura infatti è quella che porterà sempre più avanti l'ipotesi di una integrazione degli interventi sanitari e sociali, e che troverà già nel 1977 le prime indicazioni di un riassetto organizzativo che investe i Comuni, la sanità, la pubblica assistenza (DPR 616/77)⁶ e che porterà alla riforma sanitaria (ma non a quella della assistenza, anche se era in atto una trasformazione/eliminazione di molti enti, i cui operatori, anche assistenti sociali, confluirono sia nei comuni che nelle costituenti USL).

In molti casi, (laddove le condizioni lo resero possibile), si mise in atto un processo che andava a toccare molti dei più rilevanti nodi cruciali connessi alla de.istituzionalizzazione, producendo modifiche sostanziali anche in ambiti non

⁶ Decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 1977, n. 616.

specificamente sanitari, processo movimentato e guidato da una forte spinta ideologica ma animato soprattutto da un grande lavoro di ricerca e di programmazione. Le difficoltà tuttavia erano tante, e su molti piani.

Le questioni esigevano il concorso e la collaborazione di vari soggetti, sia istituzionali - enti locali, scuole, istituti per la formazione, rappresentanze del mondo del lavoro- che delle tante professioni coinvolte. Oltre ai grandi cambiamenti dell'organizzazione, doveva essere affrontata la società nel suo insieme, l'opinione pubblica e le comunità locali, i vari contesti di vita. E le famiglie, soprattutto le famiglie.

Su questi piani sono iniziate da subito le attività degli assistenti sociali: dal lavoro con le persone, passando dal "dentro" la struttura manicomiale al "fuori", attraverso tutte le fasi e con le gradualità necessarie, al lavoro con chi stava "fuori", anche per fare capire cosa fosse il mondo "dentro". Attività dove questi "operatori" (per marcare una trasversalità e una omogeneità di linea molto tipica di quel periodo negli ambiti multi disciplinari) hanno agito una vera *azione di promozione sociale e politica*.

Tutto questo insieme ad altre figure professionali, e con ambiti di specificità che non sempre erano definiti, almeno nelle prime fasi.

Io ero in una di queste amministrazioni provinciali, che iniziò il percorso già dai primi anni '70, anticipando di alcuni anni l'emanazione della legge "180" nel 1978, ed è per questo che sento importante dire che c'ero.

Si aprirono le porte della struttura più chiusa, forse più ancora delle carceri quanto a rappresentazione e immaginario collettivo.

Si passava da un sistema di protezione custodialistico, comunque fosse realizzato (alcuni O.P. avevano sviluppato al loro interno spazi dove si svolgevano attività considerate migliorative), ad un sistema di *servizi sul territorio* che potesse da una parte preparare l'accoglienza di chi usciva e dall'altra facesse prevenzione e predisponesse tutele per evitare il riprodursi di meccanismi di esclusione.

Si dovevano trovare da subito le coordinate per un grande disegno istituzionale ma anche operativo.

E si dovevano trovare rapidamente le soluzioni concrete, trovando accordi politici e per "riconvertire risorse", sia da un punto di vista economico che del personale da coinvolgere. In tutto questo erano coinvolti i politici, gli amministratori così come gli operatori.

Nacquero così i Centri di Igiene Mentale, (poi Servizi di Salute Mentale), per Infanzia e Adulti, con una rilevante presenza di assistenti sociali che operavano in gruppi multidisciplinari su territori anche vasti.

Cominciò a farsi strada una creatività nuova, la ricerca sinergica di soluzioni "alternative", seppure complesse, e talvolta non del tutto comprese dagli stessi fruitori, in particolare dalle famiglie.

Le azioni di rinnovamento, le persone.

Gli assistenti sociali hanno lavorato da subito sul doppio versante del sostegno e della promozione e investito energie in progetti diversificati e su più fronti: i pazienti/utenti, le famiglie, il territorio e la comunità con tutte le sue agenzie, gli enti titolari e non, spesso costruendo dal nulla e muovendosi su un terreno di diffidenza quando non di reale dissenso.

Rimettere la persona al centro e allargare il campo dei soggetti coinvolti a tutto il territorio di riferimento per ricostruire con la stessa persona un suo progetto di vita, partendo dai suoi bisogni e dal riconoscere il suo diritto ad esprimerli: questo è il valore fondamentale innescato della riforma, che segna un punto di non ritorno, un limite che, lo diciamo pur con la consapevolezza dei pericoli che in ogni epoca si corrono, non è più lecito oltrepassare.

Io posso testimoniare quel passaggio: perché c'ero già nella equipe per l'infanzia, il Centro medico psico pedagogico, che prendeva in esame minori affetti da varie tipologie di ritardo mentale e dello sviluppo, deficit sensoriali, handicap motori, per valutarne le dimensioni al fine di inserire quei bambini in classi differenziali o scuole speciali (anni 1970/'71/'72).

E c'ero quando si invertì il senso di marcia (anni 1973/'74), all'interno di tanti dibattiti e di pareri contrastanti dei vari professionisti (sì, c'erano anche coloro che non valutavano positivamente la svolta): dalla scuola speciale e dalle classi differenziali alle classi e scuole comuni, di tutti.

Non va dimenticato che se l'apertura del manicomio fu l'evento più emblematico e simbolico della riforma, altrettanto importanti furono gli interventi diretti al trattamento dei problemi dei minori, bambini e adolescenti. Trovare da subito soluzioni diverse dalla istituzionalizzazione e dalla separatezza, o riparare a quanto stava già accadendo: non solo come scelta necessaria e coerente ma come unico mezzo di prevenzione alla "carriera" di emarginati, cui molti bambini sembravano destinati fin dai primi anni di età.

Ricordo solo con quale stupore e indignazione molti di noi si trovarono ad affrontare situazioni di bambini e adolescenti in strutture manicomiali, ricoveri per i quali nessuna giustificazione poteva essere considerata plausibile, essendo quasi sempre inesistente qualunque pretesa di cura o riabilitazione.

I così detti Istituti medico psico pedagogici ospitavano minori la cui comune caratteristica era il disagio sociale e familiare, che si sommava spesso ma non sempre a handicap di varia natura, più spesso a un ritardo generalizzato o disturbi della sfera relazionale o dell'apprendimento, da ricondursi alla causa principale che l'istituzionalizzazione non poteva né sapeva sanare.

Va poi sottolineato che il ricovero dei minori avveniva spesso in Regioni diverse e spesso molto lontane da quella di residenza e questo rendeva improbabile il permanere di contatti significativi con l'ambiente e la famiglia, a dimostrazione di come il

reinserimento della persona nel suo contesto naturale non fosse un obiettivo a cui veniva orientata la riabilitazione o il trattamento interno.

Questa reale piaga della *istituzionalizzazione dei minori*, d'altronde, si è protratta fino ai nostri giorni e non si può dire del tutto superata nonostante gli interventi legislativi che impongono la chiusura di tali strutture (ma non la trasformazione con adeguato restauro).

Assistenti sociali da operatori a professionisti. Ruolo e funzioni.

E' vero che quello manicomiale e degli Istituti per minori era un mondo a parte, invisibile; o rimosso. Ed è anche vero che all'interno di alcune di tali strutture erano presenti operatori che esercitavano al meglio il loro compito, in grado, in alcuni casi, di fare esperienze significative e positive per le persone, seppure all'interno della logica istituzionale.

Sebbene gli assistenti sociali abbiano radicato la propria esperienza in Italia fin dal dopoguerra in molti ambiti di tipo assistenziale o che si rifacevano a concetti legati alla "beneficienza", penso si possa asserire che questo modello non è mai stato proprio del servizio sociale. Molte esperienze e molta letteratura lo documentano. In alcuni ambiti in particolare - ricordo enti come l'ONMI, ENAOLI, i Brefetrofi, gli stessi O.P. - gli assistenti sociali hanno lasciato la loro importante traccia, superando la mera logica assistenziale, operando per obiettivi di rafforzamento della identità e per la consapevolezza dei diritti, spesso sfidando i pregiudizi e i limiti dell'organizzazione e degli enti.

Quella della riforma psichiatrica e della intera riforma sanitaria del 1978 quindi è stata una occasione di sfida per affrontare problemi e nodi che già si intravedevano come limiti alla nostra professione, ma che la situazione frammentata degli ambiti assistenziali, la mancanza di un quadro legislativo unitario del sistema sociale - impedivano di modificare.

L'importante ruolo che gli assistenti sociali hanno assunto nei servizi per la salute mentale che sono stati attivati in seguito alla riforma (CIM, SIM, DSM), compresa la loro collocazione stabile negli stessi, è legata essenzialmente ad alcuni punti chiave, elementi che fanno parte sostanziale delle linee politiche adottate in seguito anche per definire gli obiettivi specifici e gli indirizzi operativi:

- il riconoscimento di quanto fosse rilevante *connettere i piani sanitari e sociali*, sia per i progetti individuali che per i programmi generali (attivazione di luoghi di riabilitazione, di centri diurni, ecc.), previsti dalla stessa legge 180 e dalla riforma sanitaria come indispensabili supporti territoriali;
- la consapevolezza di quanto fosse necessario per i nuovi servizi sanitari psichiatrici (di salute mentale) agire sui meccanismi del sociale lavorando, contestualmente al recupero della sfera cognitiva emotiva e psicologica, anche per la *ricostruzione della sfera relazionale e sociale della persona*, come e quanto possibile, attraverso

una azione di accompagnamento nella comunità, nei contesti di vita di tutti, pena l'inefficacia degli stessi trattamenti terapeutici sanitari;

- la necessità di una *attività di sensibilizzazione e facilitazione del contesto sociale*, per favorire un processo conoscitivo dei problemi legati ai disturbi psichici, per *attenuare le azioni di rigetto legati alla stigmatizzazione della malattia mentale*, per trovare soggetti pubblici e privati con cui coltivare alleanze e costruire opportunità per le persone: indispensabile rete per programmi personalizzati;
- la necessità di offrire l'opportuna tutela alla persona, e quindi sostenere e accompagnare la stessa – in quel difficile percorso di *ri-acquisizione dei diritti sociali e civili*, che vuole dire anche affrontare in maniera competente questioni amministrative e/o burocratiche, ottenere l'abbattimento di barriere che impediscono o ostruiscono l'accesso ai servizi a quei cittadini che non lo hanno mai preteso;
- la considerazione di come *interventi nel contesto sociale fossero parti centrali e fondamentali del processo d'aiuto alla persona con disturbi psichici* (passato da paziente psichiatrico ad utente di un servizio per la salute mentale, finalmente cittadino), e che quindi non potessero che essere parte integrante del progetto terapeutico.

Ciò non vuole dire che si sia instaurata una situazione paritetica fra le professioni sociali e quelle sanitarie: la maggiore preponderanza dell'apparato sanitario ha costituito sempre un punto di fragilità, non ancora risolto, come si sa.

E va pure sottolineato che le esperienze in questo settore hanno avuto nelle varie regioni tempi modi e qualità di interventi, e quindi servizi, molto differenziati.

Inizia qui il *processo di integrazione socio sanitaria*, che ha in questo ambito il suo irreversibile avvio con la costituzione delle Unità Sanitarie Locali e che troverà riferimento nella successiva riforma sanitaria degli anni '90 particolarmente con l'approvazione del *Progetto Obiettivo Salute Mentale*, dove si sostanziano indirizzi relativi ai soggetti coinvolti, agli obiettivi, alle strategie operative. Proposto dal Piano sanitario nazionale 1994 e poi dal decreto legislativo n. 229/99⁷, il P.O. si configura nei contenuti e nelle indicazioni orientate alla integrazione sociale e sanitaria come il testo normativo più importante e propositivo (P.O. Tutela della salute mentale, parte "Obiettivi e interventi")⁸.

Da ultimo, la tanto attesa legge di Riforma dell'"assistenza" (n. 328/2000)⁹ si inserisce pienamente nello stesso spirito e nel dettato del Progetto Obiettivo all'interno di linee di politiche per l'integrazione, rinforzandole nella sostanza.

⁷ Decreto leg. 19 giugno 1999, n. 229, norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

⁸ DPR 10 novembre 1999, Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"

⁹ Legge 8 novembre 2000, n. 328 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Il Servizio Sociale nella programmazione e negli interventi

Aspetti rilevanti di metodo e di contenuto: nella attività con/per le persone

- Sviluppo di azioni per la progressiva restituzione della persona all'ambiente esterno, con riferimento principale al suo ambiente di vita, di relazione, di interessi, con l'obiettivo di una progressiva emancipazione e autonomia attraverso un programma personalizzato che veda la partecipazione massima, nella individuazioni dei percorsi da intraprendere, della stessa persona, che da parte passiva della relazione diventa attiva.
- Partecipazione al progetto terapeutico complessivo, tenendo conto dei passaggi e delle gradualità indispensabili soprattutto per le persone più segnate dal lungo ricovero e/o dalla gravità del disturbo, fruendo del lavoro interdisciplinare per potenziare la conoscenza della persona e della complessità dei suoi disturbi, con l'obiettivo di una diminuzione della dipendenza e della cronicità.
- Impostare la relazione di aiuto sulla fiducia nei confronti della persona utente, nelle sue potenzialità, mettendo in atto sentimenti di empatia e aspettative positive, evitando però di trascurare o di sminuire le sue fragilità.
- Sostegno nei rapporti con l'ambito familiare, supportandolo come riferimento relazionale imprescindibile e come possibile risorsa.

Nell' attività e nei rapporti con il contesto e i soggetti esterni

- Interventi diretti alla riconquista dei diritti di cittadinanza, mettendo sempre più in contatto le agenzie e i servizi con le stesse persone utenti, facendole diventare "visibili", facendo cadere pregiudizi e tabù.
- Sollecitazione e attivazione massima della rete sociale, formale e informale, per individuare "sostenitori" di idee e azioni nella comunità che favoriscano l'accoglienza dei "diversi" e la promozione di un clima di ri-socializzazione per tutti.
- Favorire, attraverso azioni e interventi su più fronti, i passaggi fondamentali (non solo semantici ma di contenuto) per la crescita delle persone: dalla socializzazione alle attività di tempo libero, dalle attività occupazionali agli inserimenti lavorativi, dagli alloggi assistiti alla autonomia abitativa; dai "sussidi" economici alla gestione personale di quanto percepito in forza di un diritto esigibile (pensione, salario, contributi di familiari, ecc.).
- Promozione dell'auto aiuto per utenti e familiari, come valore e come ambiti di libertà da conquistare.
- Attivazione di attività di tipo cooperativo per favorire la solidarietà e la sostenibilità¹⁰ in ambiti lavorativi.
- Collegamento e interazione con il servizio sociale dei distretti e dell'ente locale, che diventa il referente anche di questi cittadini per tutti gli ambiti di competenza.

¹⁰ Legge 8 novembre 1991, n.381, "Disciplina delle Cooperative sociali"

Aspetti problematici

All'interno:

Nella attività interdisciplinare incide il problema delle "gerarchie" fra professioni sanitarie e professioni sociali, sotto vari profili: nelle responsabilità, nella direzione dei servizi, nella gestione della autonomia decisionale nel gruppo, nella direzione dei servizi.

Il servizio sociale può trovare difficoltà a esercitare la propria funzione e a trovare la giusta alleanza/integrazione in un ambito spesso produttore di (eccessiva) dipendenza dell'utente dal servizio sanitario (di salute mentale), aspetto che tocca il controllo sociale e che incide sia positivamente (tutela) che negativamente (permanenza dello stigma, limite nell'emancipazione).

Il problema della cronicizzazione di alcuni disturbi, la enfattizzazione di comportamenti sociali non accettati, aspetti legati alla presunta pericolosità: questi ed altri problemi portano spesso i servizi ad accentuare gli aspetti di controllo e di medicalizzazione (anche farmacologica), a scapito di interventi socio/riabilitativi.

All'esterno:

La conflittualità nelle competenze istituzionali, rispetto alla titolarità degli investimenti e interventi economici ha spesso contraddistinto questo settore. La "sanitarizzazione" di molti interventi sociali, inseriti nella progettazione e nei programmi terapeutici, ha fatto entrare questi costi nel sistema sanitario, con effetti contraddittori. Se infatti ha prodotto il dato positivo della accelerazione della realizzazione dei progetti di integrazione socio-sanitaria, ha accentuato aspetti che sono diventati nel tempo altrettanti problemi: eccesso di spesa sanitaria e conseguenti progressivi tagli sul sociale in sanità. Conseguentemente, si è accentuata la difficoltà degli enti locali a subentrare, facendosi carico della programmazione e della spesa sociale di questo settore, che definito "ad alta integrazione socio sanitaria"¹¹, ha poi trovato indicazioni di tipo normativo.

Esistono, inoltre, ancora reali carenze sul territorio, per la presenza di una insufficiente articolazione di servizi, di strutture flessibili e di supporto, in alcune regioni più che in altre: lo provano anche le varie proposte di legge di revisione della legge 180/78, che attribuiscono alla stessa legge responsabilità e inadeguatezze.

Ma la Riforma introdotta dalla legge 180/78, sotto alcuni aspetti, attende e deve trovare ancora la sua piena realizzazione. Ciò può avere riscontro solo nei fatti, che sono dipendenti da volontà politiche e della capacità di amministrare la cosa pubblica, mentre si può dire che sia ancora totalmente autentica la sua proposta, e condivisa (da molti) lo spirito e il messaggio.

¹¹ DPCM, "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria", a norma dell'art.2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n.419

Le criticità sono oggi più evidenti che mai, e c'è un rischio concreto che la riduzione di finanziamenti per il personale e i servizi nei Dipartimenti di Salute mentale e nei servizi sociali del territorio provochi la riduzione di opportunità per le persone utenti e le loro famiglie, innescando un arretramento verso il piano più strettamente medico/sanitario/custodialistico e quindi un peggioramento della qualità complessiva delle risposte.

Per queste ragioni gli assistenti sociali, e le loro rappresentanze, sono impegnati sul piano della promozione delle politiche sociali, convinti come sono che si possa, quindi si debba, fare di più per ristabilire equità e colmare "svantaggi", a vantaggio di tutti. La storia del servizio sociale, pertanto, nell'ambito dei servizi per la salute mentale, continua, e non potrebbe essere altrimenti.

Mi hanno accompagnato in queste riflessioni i volti e le sensazioni di vicinanza di persone che mi sono state particolarmente care, che vorrei ricordare e che non posso fare senza sentire una grande commozione, di cui non so neppure dire con parole giuste. Alcune non ci sono più, e vorrei essere in grado di esprimere quanto devo a loro, al loro incredibile e straordinario mondo di sentimenti, di pensieri, di intelligenza a volta geniale. Spesso quello stato che chiamiamo follia non è connesso alla sofferenza, può non esserlo necessariamente se viene consentita una possibilità di espressione, attraverso il linguaggio, le relazioni, la creatività. Questo è quello che ho visto possibile in molte persone, per questo il rapporto con loro mi ha arricchito, permettendomi di conoscere meglio anche me stessa.