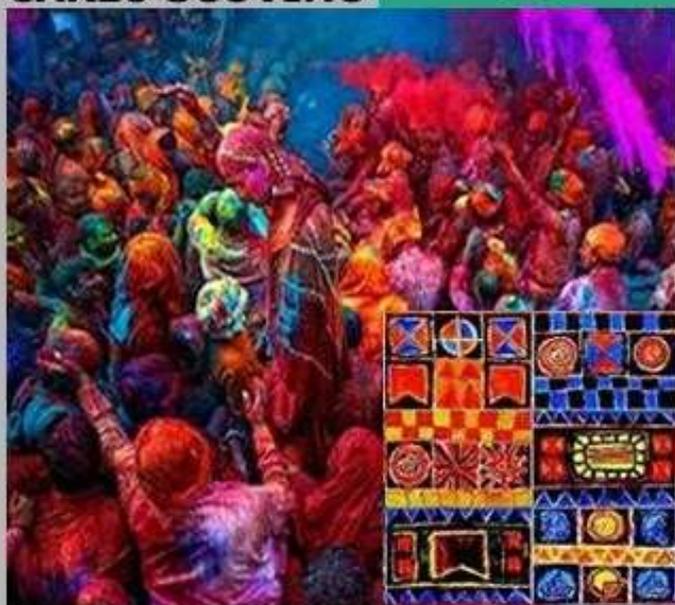


# LA RICERCA DI UN METODO IN SALUTE MENTALE

Collana Gruppi,  
Organizzazioni, Comunità

# GOC

AA.VV. a cura di  
**CARLO SCOVINO**



edizioni  
**ARCIPELAGO**



edizioni  
**ARCIPELAGO**



## **GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ**

Collana promossa da ARIPS, diretta da Margherita Sberna

È la naturale continuazione della collana Gruppi & Comunità già edita da Città Studi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzitutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa.

Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione, la quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni e a stimolarne il continuo sviluppo.

L'immateriale, come oggi viene chiamato, si mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni della neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne la qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali.

Autori ed esperienze saranno membri di ARIPS, ma – nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione – saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

**Ulteriori informazioni: [www.arips.com](http://www.arips.com)**

Collana: Gruppi, Organizzazioni, Comunità

AA.VV. - a cura di C. Scovino

LA RICERCA DI UN METODO IN SALUTE MENTALE

© Edizione elettronica settembre 2025 a cura di Edizioni Arcipelago

Edizioni Arcipelago Via Brescia 6 - 25080 Molinetto di Mazzano - BS

[www.edarcipelago.com](http://www.edarcipelago.com)

### **SUGGERIMENTI PER LA STAMPA:**

Per stampare il presente volume si consiglia di procedere come segue:

- attivare la finestra di stampa
- alla voce "Pagine per foglio" scegliere l'opzione "2 pagine".

In tal modo si otterrà un formato molto simile a quello dei volumi cartacei della collana e si ottimizzerà il consumo di carta e di inchiostro in rapporto alle impostazioni che le pagine hanno nella versione elettronica.

**Davide Barban – Chiara Carlini – Alessio Fadda  
Giulia Gogna – Marina Malgeri – Martina Viola**

***LA RICERCA DI UN METODO  
IN SALUTE MENTALE***

A cura di  
**CARLO SCOVINO**

*Non aspettare più una mia parola o un mio cenno;  
il tuo arbitrio è libero dal peccato, giusto e sano,  
per cui sarebbe un errore non agire in base ad  
esso: dunque, io ti incorono signore di te stesso*

La Divina Commedia – Dante Alighieri  
Purgatorio, XXVII, 115-142

## INDICE

### **Pag. 10 - INTRODUZIONE**

### **Pag. 15 - I CAPITOLO**

*C'è ancora bisogno di un metodo nel lavoro educativo in psichiatria?*

### **Pag. 24 - II CAPITOLO**

*Dalla soggettività all'oggettività: una sfida possibile per gli/le Educatori/rici Professionali a cura dell'Educatore Professionale Davide Barban*

### **Pag. 33 - III CAPITOLO**

*I servizi psichiatrici: tra desiderio e attività/proposte predeterminate*

### **Pag. 53 - IV CAPITOLO**

*Pag. 53 - La ricerca della bellezza come possibilità di emancipazione – a cura di Marina Malgeri – Educatrice Professionale*

*Pag. 74 - La rete: le sue trame e i suoi (s)nodì - a cura di Martina Viola- Educatrice Professionale*

*Pag. 85 - I/le giovani: tra possibilità e opportunità – a cura di Chiara Carlini - Educatrice Professionale*

*Pag. 102 - Tra passato e presente: l'EP tra parole, immagini e IA. Quale futuro? – a cura di Alessio Fadda – Educatore Professionale*

*Pag. 116 - Il desiderio all'interno del processo della presa in carico – a cura di Giulia Gogna - Educatrice Professionale*

**Pag. 129 - V CAPITOLO**

*Dove sta andando il processo educativo-riabilitativo?*

**Pag. 141 - CONCLUSIONI**

**Pag. 144 – BIBLIOGRAFIA**

**PAG. 149 - SITOGRAFIA**

## INTRODUZIONE

Perché un libro sul metodo?

Non ho una risposta precisa: sicuramente è da almeno un decennio che da più parti sono sollecitato a raccogliere in un testo quello che ho sperimentato in tanti anni lavoro in ambito psichiatrico. Ho inventato un metodo? Non lo so e probabilmente i puristi della semantica e i ricercatori non definirebbero il mio approccio un metodo *strictu sensu*.

Tuttavia, a me non interessa addentrarmi in una riflessione specialistica ma il mio più modesto intento è quello di trasferire ai/alle colleghe\* che verranno dopo di me un approccio diverso senza dimenticarsi della soggettività. Nel corso degli anni ho abbandonato alcune posizioni avverse all'oggettivazione degli interventi educativi-riabilitativi per una serie di ragioni. Ne citerò almeno due: la prima è che il mondo della psichiatria è irrimediabilmente indirizzato a oggettivare, standardizzare e "misurare" qualsiasi intervento e la seconda è più strettamente connessa alla professione dell'Educatore/rice Professionale che dopo le modifiche legislative è tenuto a produrre risultati misurabili, eventualmente replicabili e a contenere le spese.

La parola metodo, secondo il vocabolario Treccani significa ricerca, indagine, investigazione; indica in genere il modo, la via e il procedimento seguito nel perseguire uno scopo, nello svolgere una qualsiasi attività, secondo un ordine e un piano prestabiliti in vista del fine che s'intende raggiungere.

Nella storia del pensiero filosofico e scientifico, per metodo si intende ogni procedimento inteso a raggiungere una conoscenza certa e dotata comunque di significato.

Nella scienza contemporanea s'intende correntemente l'insieme di norme, direttive e convenzioni seguite nell'impostazione e nella conduzione della ricerca, in base a criteri generali di razionalità e obiettività che garantiscano non solo la significatività e la comunicabilità dei processi di acquisizione

teorica, ma anche la riproducibilità e la verificabilità delle osservazioni su cui tali processi si basano.

Se la metodologia può essere definita come il discorso sul metodo, cioè l'analisi e la riflessione sull'efficacia e sulla qualità degli itinerari e dei percorsi allora il metodo si connota come una procedura organizzata al fine di ottenere risultati efficaci e attendibili.

Per quanto mi riguarda il metodo da me sviluppato (e costantemente arricchito da nuove riflessioni e pratiche) si propone di mettere al centro del momento formativo coloro che apprendono (sia i/le pazienti che le nuove leve di professionist\*), attraverso la loro diretta partecipazione all'azione, mettendo a disposizione strumenti per ottenere un costante feedback del livello raggiunto. Il presupposto concettuale è “*learning by doing*”, ossia imparare facendo. Il/la professionista si connota come un/a facilitatore/ricer del processo e ciò comporta una maggiore complessità delle sole competenze tecniche richieste al ruolo, che prevede la necessità di competenze emotive quali l'empatia, l'ascolto e la gestione di rapporti interpersonali.

Per quanto riguarda il processo riabilitativo-educativo esistono due categorie: gli interventi più sistematici, specifici e *disease oriented* come le tecniche di riabilitazione cognitiva e di *social skill training* e gli interventi meno sistematici e meno specifici e riconducibili al lavoro, alla costruzione di relazioni e la partecipazione con pieni diritti alla vita della propria comunità di appartenenza.

Negli ultimi anni il dibattito sul linguaggio inclusivo (o, meglio ancora, ampio) si è diffuso a livello nazionale permeando molti ambiti, pubblici e privati: dall'ambiente accademico a quello del terzo settore, passando per le aziende private. Per quanto resti materia di riflessione approfondita soprattutto per gli addetti ai lavori, il dibattito sul linguaggio inclusivo non è più appannaggio di una nicchia. Non tanto, forse, per un'aumentata sensibilità, quanto per il fatto che ogni individuo, oggi, è un “comunicatore” o si trova, comunque, a dover fare i conti direttamente o

indirettamente con valore e peso di una strategia comunicativa in ambito professionale. Si moltiplicano le linee guida all'interno degli atenei universitari e, parallelamente, vengono creati algoritmi per aiutare le aziende a valutare in modo automatico il loro grado di "inclusività", affiancandoli a percorsi per individuare e sostituire parole e definizioni considerate inadeguate per raggiungere il massimo della platea potenzialmente interessata. Buone prassi esistono anche nel mondo della pubblica amministrazione, tuttavia si tratta di strumenti per una rappresentazione di generi in ottica binaria e sono, dunque, un primo passo in direzione di una comunicazione istituzionale più ampia e attenta alle minoranze. Nel terzo settore riflessioni e percorsi sul tema sono più diffusi, molto spesso circoscritti a un piano informale o destinati a solo uso interno e per questo difficili da mappare<sup>3</sup>. Per una professione come quella dell'Educatore/ricerca Professionale che fonda il proprio lavoro anche sul principio di non-discriminazione è indispensabile compiere un percorso per accompagnare colleghi\* e utenti suoi verso un uso consapevole del linguaggio. Giungere a un linguaggio ampio condiviso significa, innanzitutto, garantire che tutto le persone e la comunità si sentano rispettati e accettati; vuol dire far sì che si sentano considerate come persone prima di tutto e non sulla base del modo in cui la società definisce le caratteristiche personali di ogni individuo. Ricorrere in modo ragionato a un linguaggio ampio non solo ci permette, come professionist\*, di far trasparire in modo più chiaro i nostri valori, ma ci aiuta anche come singole persone a pensare in modo più inclusivo e, di conseguenza, a programmare iniziative e attività in modo più inclusivo. Il sottoscritto non è l'unico e né il primo ad essersi interrogato sulla necessità di riflettere sul linguaggio utilizzato. Il linguaggio deve avere l'obiettivo di rappresentare ogni identità, comprese quelle di coloro che non si identificano nel binarismo di genere; guardando, infatti, al solo linguaggio non sessista, il dibattito ha origini molto più lontane nel tempo (in Italia, nel 1986, su richiesta della presidenza del Consiglio dei ministri sono pubblicate le

“*Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana*”; l’anno successivo l’UNESCO<sup>1</sup> pubblica la “*Guida al linguaggio non-sessista*”). Per tutte le ragioni summenzionate, in questo testo ho cercato di fare attenzione all’uso del maschile sovraesteso e laddove necessario ho sostituito la lettera finale con un asterisco.

Prima di addentrarmi in ulteriori riflessioni è bene ricordare che nel mondo della psichiatria (dottori/esse, Educatori/rici Professionali, TerP<sup>2</sup>, Infermier\*, ecc.) la definizione di riabilitazione psicosociale, secondo la formulazione dell’OMS<sup>3</sup>, e “*l’insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico ed all’ambiente*”.

La riabilitazione psicosociale è una disciplina in continua evoluzione, che agisce sul confine tra patologia, disabilità ed ambiente con l’obiettivo del migliore recupero possibile di una vita piena di significato.

Io penso che, oltre alla preparazione teorica, sia necessario un insieme di empatia, accoglienza, capacità di immedesimarsi nel vissuto del/della paziente, l’interesse umano oltre che professionale e scientifico, la simpatia (o l’antipatia) che suscita nel/nella professionista, la sua sensibilità e intelligenza, ecc. a decidere se la relazione “funzionerà”.

---

<sup>1</sup> Organizzazione delle Nazioni Unite per l’Educazione, la Scienza e la Cultura. È un’agenzia specializzata delle Nazioni Unite fondata nel 1945. Il suo obiettivo principale è promuovere la pace e la sicurezza internazionale attraverso la cooperazione tra le nazioni nel campo dell’istruzione, della scienza, della cultura e della comunicazione

<sup>2</sup> È un professionista sanitario che opera nel campo della salute mentale.

<sup>3</sup> L’Organizzazione Mondiale della Sanità è l’autorità incaricata di gestire e coordinare il settore della salute all’interno del sistema delle Nazioni Unite. Il suo obiettivo è far sì che tutti gli esseri umani possano godere del miglior livello di salute possibile.

Nel primo capitolo viene trattato il tema dell'utilizzo di un metodo. È sempre necessario misurare, somministrare scale di valutazione, ecc.?

Nel secondo verrà tematizzato il tema della soggettività e dell'oggettività. Bisogna abdicare alla relazione duale? Questo capitolo è stato redatto dall'Educatore Professionale Davide Barban che è anche membro del Direttivo ANEP<sup>4</sup>.

Nel terzo capitolo si affronta l'incapacità dei servizi psichiatrici di cogliere la sfida tra un pacchetto di attività già predisposte e il desiderio e/o bisogno del/della paziente.

Nel quarto si avvia una riflessione sul metodo che alcun\* giovan\* professionist\*, famigliari e pazienti hanno definito il metodo di Scovino. La redazione di questo capitolo raccoglie i contributi di Marina Malgeri, Chiara Carlini, Martina Viola e Giulia Gogna che ho avuto il privilegio di incontrare in qualità di studentesse, stagiste e tesiste. Sempre in questo capitolo è presente un contributo sull'intelligenza artificiale a cura dell'Educatore Professionale Alessio Fadda.

Nell'ultimo capitolo si approcceranno le sfide che dovranno affrontare coloro che verranno dopo di me nel ridisegnare nuove traiettorie del percorso educativo-riabilitativo

---

<sup>4</sup> L'Associazione Nazionale Educatori Professionali favorisce lo sviluppo della professione e la tutela delle competenze core e del sapere professionale proponendosi come interlocutrice privilegiata presso le istituzioni. Ha anche lo scopo di accompagnare e sostenere percorsi di riconoscimento giuridico e di profilo professionale, l'aggiornamento permanente, la ricerca, il mercato del lavoro in tutte le sue forme collaborando con tutte le istituzioni pubbliche e private preposte a tali compiti

## I CAPITOLO

*C'è ancora bisogno di un metodo nel lavoro educativo in psichiatria?*

Nel processo educativo-riabilitativo si parla di fattori aspecifici e fattori specifici e qui di seguito ne traccio gli elementi significativi.

Per quanto riguarda i primi si intendono tutte quelle attività che in modo non sistematico e non basate su procedure standardizzate si ripromettono di accompagnare il/la paziente ad affrontare le sue difficoltà psicologiche, psicopatologiche e sociali.

Fanno parte di questi fattori aspecifici:

- l'attenzione alla persona e non alla sua patologia,
- la regolazione delle aspettative del/la paziente e del professionista,
- la qualità della comunicazione,
- l'alleanza terapeutica.

In questa prospettiva i fattori che favoriscono un adeguato processo educativo-riabilitativo sono l'empatia, l'emancipazione e autonomizzazione del/la paziente e le situazioni concrete in cui si cimenta il/la professionista della riabilitazione. Questi interventi sono spesso circondati, a livello dei servizi psichiatrici e di molt\* professionsit\*, da un alone di scetticismo riguardo alla loro incisività a causa della loro caratteristica di aspecificità e di genericità. Certo riabilitare non è intrattenere ma se c'è piena consapevolezza del/la professionista del senso del suo agire, non è meno importante saper interessare un/a paziente isolat\*, chius\* nel suo autismo e priv\* di capacità sociali a una qualsivoglia attività, sia pure andare a prendere un caffè al bar. Certamente questo non deve essere un alibi per squalificare il proprio lavoro, peggio, ridurlo a mero intervento riempitivo per giustificare il tempo dedicato al/alla paziente. Oltre all'esistenza di un programma, di un obiettivo e di una verifica ci deve essere un "pensiero" e un interesse umano per il/la paziente. Per quanto

riguarda i fattori specifici verranno di seguito descritti gli strumenti e le pratiche (quelle più diffuse e accreditate) che vengono utilizzate nella riabilitazione psicosociale.

Il training cognitivo (TC) nella schizofrenia, o riabilitazione cognitiva, è ampiamente conosciuto. È risaputo e ben documentato che nella schizofrenia sono presenti deficit a carico delle funzioni cognitive che sono in relazione con lo scadimento del funzionamento psicosociale.

Difficile oggi confermare che è insito nell'evoluzione della schizofrenia un deterioramento cognitivo tale da rendere i soggetti dementi. Più verosimile è l'idea che fosse la stessa condizione manicomiale – con assenza di stimolazione e isolamento in contesti emarginanti, degradanti, con perdita di prospettive vitali e di relazioni significative e stimolazioni – a provocare una perdita di interesse, un abbruttimento, un ritiro sociale e un'indifferenza e appiattimento affettivo-emotivo tali da facilitare una demenza. Non si può (né si deve) però ignorare che esistono studi qualificati di neuroimaging e sofisticate tecniche di valutazione neuropsicologica che documentano che la psicosi (in particolare la schizofrenia) comporta un depauperamento delle capacità cognitive su base neuro-fisiologica o funzionale. [Le c.d. neuroscienze](#) sono ancora all'inizio del loro cammino.

Anche attualmente le persone psicotiche soffrono per problemi di emarginazione, di stigmatizzazione (e auto-stigmatizzazione), di perdita di ruolo sociale e in generale di tutte quelle condizioni che portano spesso le persone più deboli, anche sotto il profilo economico, oltre che di posizione nella scala sociale, a un progressivo decadimento anche cognitivo. È il ben noto fenomeno sociologico della “deriva sociale”, che interessa spesso persone homeless affette da patologie psichiatriche.

Solo per dare un'idea della varietà degli approcci ne nominerò alcuni:

- CRT: Individual Executive Functioning Training/Cognitive Remediation Therapy,
- SST (Social Skill Training),

- DBT (Terapia Dialettico Comportamentale),
- VADO (Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi),
- FPS (Scala di Funzionamento Personale e Sociale),
- SLOF (Specific Levels of Functioning).

Non descriverò queste tecniche: è sufficiente il loro elenco e la lettura degli acronimi per comprendere quanto il campo sia vasto e specifico *strictu sensu*. Tuttavia, secondo me bisogna tener presente che anche in queste tecniche un ruolo importante, forse decisivo, è determinato dal fattore cosiddetto aspecifico: la relazione con la persona che in quel momento si occupa del/la paziente che viene sottoposto\* a queste tecniche.

Nel periodo fra la metà degli anni 40 e la fine degli anni 70 negli Stati Uniti si sono proposte varie terapie comunitarie con programmi di sostegno e riabilitazione. Il modello Club House, per esempio, è volto a fornire ai/alle pazienti un luogo dove condividere e vivere con altre persone la propria esistenza; ogni persona che aderisce a una clubhouse dispone di una carta dei valori che riconosce il diritto ad avere un luogo dove andare, un lavoro adeguato, relazioni soddisfacenti e un luogo dove tornare. Ho visitato due clubhouse nei miei viaggi a New York e ho trovato quell'esperienza estremamente interessante. In Italia ne esistono una decina (molte delle quali le ho visitate) collocate su tutto il territorio nazionale e tutte le sedi si richiamano al modello statunitense ma declinato nella realtà italiana e/o regionale.

Per quanto riguarda il processo educativo-riabilitativo mi baserò (lungo tutte queste pagine) anche sulle mie esperienze premettendo che non sono generalizzabili e che esiste una variabilità notevole nella loro organizzazione e nei loro modelli di riferimento. L'accento critico che può trasparire da queste note non va pertanto inteso in senso distruttivo ma come contributo per una riflessione approfondita sulla loro capacità di rispondere efficacemente ai bisogni dei/delle pazienti prima ancora che della riabilitazione *tout court*.

Sulla carta i Centri Diurni (CD) e le Comunità Terapeutiche (CT) dovrebbero essere il luogo della riabilitazione per eccellenza. In realtà, a parte alcuni servizi, spesso questi luoghi si rivelano essere meri contenitori che riproducono una realtà stigmatizzante ed emarginante in misura più o meno evidente. Inoltre, troppo spesso, le CT tendono a far regredire i soggetti ospitati trovando più semplice, economico e funzionale sostituirsi alla persona da riabilitare nell'espletamento di funzioni essenziali quali curare la propria persona, cucinare, fare le pulizie, autogestirsi nelle attività della vita quotidiana, ecc.

Interessi non sempre limpidi (almeno per le CT gestite privatamente e da cooperative) inoltre impediscono o ritardano un recupero e una reintegrazione delle persone che vengono ospitate in quanto in contrasto con la massimizzazione del profitto che deriva dal prolungarsi della degenza. I CD ormai da troppo tempo sono in sofferenza in termini di risorse economiche, professionist\* preparat\* e con capacità di problematizzare e si limitano a fornire un intrattenimento più che un vero progetto di emancipazione e integrazione sociale sulla base di una valorizzazione della soggettività, dell'autonomizzazione e degli studi e dei precedenti percorsi lavorativi (quando presenti), degli interessi, della creatività, dello sviluppo delle competenze affettive e delle capacità di gestire i rapporti interpersonali.

Un limite insuperabile di tali realtà residenziali e semiresidenziali, ma che riguarda l'insieme della problematica concernente il processo educativo-riabilitativo di persone affette da patologie psichiatriche, è rappresentato dal fatto che vengono assemblate in luoghi a loro dedicati. Se ritrovarsi con persone con problemi simili (ma chi ha detto che una persona psicotica è simile a un'altra?) può talora essere un modo per affrontare un malessere o un disturbo che impedisce altri modi di frequentazione e integrazione sociale, nondimeno è evidente che tale scelta (talora obbligata) è, per sua natura, altamente (auto)stigmatizzante.

Di qui la necessità di ripensare in modo critico a tali strutture riabilitative riconvertendole a strutture "leggere", riservando a

casi assai selezionati la formula residenziale che è sempre, per sua natura, ghehettizzante e regressivizzante.

Uno sguardo non preconcelto al problema della malattia mentale ci suggerisce, senza sociologismi altrettanto semplicistici, che l'essenza della patologia psichiatrica è proprio la difficoltà/incapacità di avere rapporti affettivi stabili e continuativi, la mancanza di interessi (anedonia) e l'apatia, l'interferenza dei disturbi allucinatori e dei deliri nelle relazioni sociali... Gli psicofarmaci spesso, oltre a controllare i sintomi contribuiscono con gli effetti collaterali (in primis la sedazione) a complicare il problema.

Personalmente convengo sul fatto che bisogna accettare la patologia psichiatrica e, per così dire, "convivere" con la sua (talora assai disturbante) presenza: questo vale per i/le pazienti e per chi vive con loro (famigliari, partner, ecc.).

Sono i principi ispiratori pragmatici, di origine non a caso anglosassone, della *c.d. recovery* che ormai è diventato una sorta di grimaldello magico per la risoluzione di tutti i problemi.

Questa impostazione non nega la malattia mentale e la necessità di curarla, semplicemente affianca e, nei casi più fortunati sostituisce, le terapie psicofarmacologiche con strumenti riabilitativi che tendono al reintegro sociale della persona affetta da disturbo mentale con i suoi aspetti deficitari o le sue anomalie e bizzarrie comportamentali, fondamentalemente accettando il disturbo e la persona che ne è affetta così come si accetta una persona affetta da disabilità motoria cercando di favorire il suo inserimento sociale, facilitandola e sostenendola ma rispettando la sua individualità e le sue peculiarità senza pretendere di "normalizzarla". Nonostante la gran parte dei ricercatori sostenga che non esista una causa univoca e precisa da attribuire alla comparsa di una patologia psichiatrica - che ha una genesi e uno sviluppo multifattoriale - alcuni\*psichiatr\* continuano a cercare il fantomatico "schizococco" responsabile biologico della comparsa della malattia.

Negli ultimi due decenni, per effetto di fattori molteplici ma convergenti, si è assistito ad un crescente interesse verso la riabilitazione psichiatrica in termini solamente scientifici (somministrazione di scale, misurazione, ecc.).

La priorità che abbiamo dinanzi è soprattutto far sì che tutt\* coloro che necessitano di interventi riabilitativi mirati li ricevano in maniera appropriata: tali sforzi rappresentano la migliore ed unica garanzia affinché, anche in campo riabilitativo, la qualità non rimanga un'utopia irraggiungibile ma divenga una pratica quotidiana per tutt\*.

L'obiettivo della riabilitazione psichiatrica è caratterizzato in larga parte nell'aiutare la persona a vivere in maniera autonoma nella società da lui scelta. L'integrazione nella comunità è stata anche descritta nella letteratura scientifica come un concetto con tre domini intercorrelati: l'integrazione fisica, l'integrazione sociale e l'integrazione psicologica.

La qualità della vita, invece, è un qualcosa che può anche essere misurata oggettivamente attraverso l'uso di specifiche e dedicate scale di valutazione ma molti ricercatori affermano che la qualità della vita sia principalmente un costrutto incentrato sulla persona e che un resoconto soggettivo di soddisfazione o di insoddisfazione è più importante di una registrazione di un osservatore.

Mi accade ancora troppo spesso di vedere servizi autoreferenziali con professionsit\* sempre sulla difensiva a difendere il loro operato e con la scarsa consapevolezza che i servizi da soli non sono sufficienti a soddisfare i bisogni complessi di salute delle persone e quindi non è più eludibile la valorizzazione delle reti naturali, della famiglia, della rete parentale, del vicinato e l'importanza della collaborazione con il volontariato.

Secondo la definizione dell'Associazione di Riabilitazione Psichiatrica degli Stati Uniti (PRA), la riabilitazione psichiatrica:

*“... promuove il processo di recovery, la piena integrazione della comunità e la migliore qualità della vita per le persone in cui una qualsiasi malattia mentale rischia di danneggiare la loro capacità di condurre una*

*vita significativa. I servizi riabilitativi, basati sulla collaborazione con gli utenti e le loro famiglie e sulla individualizzazione dei trattamenti, costituiscono un elemento essenziale dello spettro dei servizi sanitari e dei servizi “umani” e devono essere basati su prove di evidenza. Essi mirano ad aiutare gli individui a sviluppare le competenze e ad accedere alle risorse necessarie per aumentare la loro capacità di avere successo e soddisfazione negli ambienti abitativi, lavorativi, scolastici e sociali di loro scelta”.*

Il processo educativo-riabilitativo non è un particolare tipo di inserimento diurno, residenziale o lavorativo ma una metodologia di intervento con valenza generale che, come tale, può essere utilizzata in tutti i trattamenti che si propongono di accrescere l’articolazione sociale, a prescindere dalla sede in cui vengono realizzati.

Ma se le nostre pratiche non possono essere valutate sulla base della loro coerenza con la patofisiologia, lo possono essere sulla base della loro efficacia. Questo è il contributo etico della EBM (Evidence Based Medicine) alla psichiatria, che potrebbe proteggere i/le pazienti dai danni di interventi non sottoposti ad una rigorosa critica.

È anche vero, però, che ci sono anche alcune pratiche non basate sull’evidenza che possono essere etiche perché rispondono alle speranze e alle aspettative dei/delle pazienti (vedi gruppi di auto mutuo aiuto) e basano la loro efficacia su fattori intrinseci alla relazione paziente/professionista.

Quindi bisogna andare oltre la nozione di evidenza ristretta della EBM, abbracciando una pratica ispirata ai principi della riflessione, esplicitazione, apertura e dibattito. In ogni caso, un trattamento basato sull’evidenza non può essere considerato il solo accreditato dalla ricerca, proceduralizzato, misurabile negli esiti e riproducibile.

Procedendo nella riflessione credo sia necessario fare chiarezza tra la relazione che ha come obiettivo l’accoglienza e quella orientata agli esiti.

La prima (*to care*) ha come obiettivi quelli di accogliere, di accettare, di far sentire a proprio agio, di condividere i vissuti, di

manifestare empatia e di accettare la diversità ma ha il rischio di favorire la dipendenza a vita e i processi cronici di desocializzazione.

La relazione orientata agli esiti (*to cure*) ha come obiettivo quello di aiutare le persone con fragilità psichiatrica a ridurre i sintomi e le ricadute e a cambiare la loro vita, acquisendo abilità e supporti per l'espletamento di un ruolo valido. Il rischio è quello di non esercitare le *core competencies* orientate alla recovery personale che sono (Borg et al., 2005):

- mettere al centro il/la paziente: le persone sono più di quanto esse dimostrano nel limitato e coartato ruolo di pazienti o di coloro che ricevono i servizi,
- coinvolgere la persona,
- credere nel potenziale di crescita della persona,
- favorire l'autodeterminazione scelta della persona,
- essere flessibili, ossia permettere al/alla paziente di regredire, di essere recuperato quando abbandona e di provare ancora più e più volte a ottenere un cambiamento migliorativo della sua vita.

La disabilità si instaura quando quest'ultima interagisce con un ambiente che ostacola il suo diritto all'uguaglianza e la possibilità di fruire di pari opportunità. Contrastare la disabilità va di pari passo con la promozione dell'inclusione sociale e della non discriminazione.

Ancora troppo spesso il processo educativo-riabilitativo si identifica con le costruzioni murarie, a favore dell'acquisizione di una sua precisa identità culturale e metodologica. I setting istituzionali spesso rinforzano alcuni comportamenti desocializzati poiché le regole di funzionamento di molti servizi organizzano la vita delle persone che vi accedono limitando l'esercizio della scelta e rendendo i/le pazienti eterodirett\*; la presenza costante degli/delle operatori/rici potenzia meccanismi di delega delle proprie azioni, ostacola lo sviluppo della capacità di problem solving e riduce la capacità di pianificazione. La soddisfazione

di quasi tutti i bisogni all'interno dei servizi crea dipendenza istituzionale e un micromondo facilitato, che diventa il surrogato di quello reale, e la noia e il tempo vuoto presenti in sistemi fortemente organizzati come quello residenziale, fungono da fattori trigger per l'emergere di scompensi psichiatrici e di passaggi all'atto.

Lo stigma interno si alimenta attraverso l'identificazione con la malattia (la residenza è il luogo delegato alla cura della malattia) e la separazione dalla famiglia e/o dal contesto comunitario di riferimento per tempi spesso lunghi (uno, due anni) favorisce il riassetarsi dei sistemi su nuovi equilibri, per cui diventa difficile poi reinserire la persona a domicilio. Infine, i vantaggi economici derivanti dall'assenza di spese per vitto e alloggio interferiscono con la motivazione a costruire ipotesi di dimissione meno vantaggiose.

È cruciale che i/le professionist\* posseggano specifiche conoscenze, abilità e attitudini. Tali competenze professionali non sono finalizzate ad apprendere l'uso di specifiche tecnologie (TAC, RNM) o ad interpretare analisi laboratoristiche – che sono di competenza di altr\* professionist\* - ma ad orientare i comportamenti del personale medico e non medico, il suo modo di comunicare, il suo modo di interpretare i comportamenti dei/delle pazienti e il suo modo di evidenziare gli esiti alla luce dei principi della recovery e dell'inclusione sociale.

Quindi, maggiormente che in altre branche della medicina, la formazione è finalizzata ad acquisire una «tecnica umana» (Anthony et al., 2002), dato che la tecnologia (ossia gli strumenti con i quali si fa diagnosi e trattamento) sono gli/le operatori/rici che quotidianamente hanno rapporti con i/le pazienti e con le loro famiglie.

## II CAPITOLO

*Dalla soggettività all'oggettività: una sfida possibile per gli/le Educatori/rici Professionali*

a cura dell'Educatore Professionale Davide Barban

Il tema indicato da questo capitolo accompagna e pone interrogativi lungo il corso dell'intera vita professionale del/della professionista nell'area del disagio psichico. Conta di più la soggettività o l'oggettività? Si può essere oggettivi all'interno delle relazioni educative? Se viceversa si conferisce alla soggettività un valore primario, la professionalità è preservata? E si potrebbe continuare con altri interrogativi e riflessioni.

Lo scopo di questo capitolo è quello di cercare di affrontare la questione del rapporto tra oggettività e soggettività a partire da elementi concreti della quotidianità lavorativa.

### **Oggettività e soggettività secondo la normativa e le più recenti evidenze scientifiche**

Un primo elemento di riflessione è riferibile a quanto riportato dalla normativa nazionale. A tal proposito una legge che certamente va considerata è la L. 8 marzo 2017, n. 24

*“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” nella quale si afferma “Art. 5 Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida. Comma 1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità [...] riabilitative [...], si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie [...]. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali. [...] Art. 6 Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria. comma 1. Dopo l'articolo 590-quinquies del Codice penale è inserito il seguente: «Art. 590-sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).*

*Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma”.*

Restano pertanto spazi alla soggettività? Alla lettura delle complessità? Ad una lettura superficiale potrebbe sembrare che la sfera soggettiva venga fortemente ridimensionata dalla normativa nazionale affidando all’oggettività delle linee guida o alle buone pratiche la soluzione della complessità, visto che la stessa L. n. 24 del 8 marzo 2017 riporta:

*“qualora l’evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando vengono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida [...] in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali”.*

Vi è però una specifica fondamentale al termine del paragrafo ovvero *“sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”*: questo apre uno spazio di riflessione che ci impone di considerare non solo l’oggettività ma anche la soggettività. Occorre infatti ragionare e considerare con la dovuta attenzione le specificità del caso, osservare in modo approfondito il suo contesto di vita, prima di applicare in modo automatico le linee guida, le buone pratiche o i trattamenti basati su evidenza disponibili. Lo psichiatra R. P. Liberman a tal proposito afferma:

*“può risultare inappropriato applicare un trattamento basato sulla prova a un individuo per cui tipo, gravità o durata della malattia, obiettivi personali, lingua, barriere culturali, risorse e debolezze lo rendono differente da coloro che hanno risposto positivamente al trattamento nella ricerca su larga scala pubblicata in letteratura scientifica”<sup>5</sup>.*

---

<sup>5</sup> Liberman RP, (2012), *La recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma

Il giudizio clinico, la necessità di adattare il trattamento alle specificità dell'individuo restano quindi elementi fondamentali ed irrinunciabili da considerare nella quotidianità lavorativa.

Un secondo livello di riflessione è inerente al fatto che il/la professionista deve misurarsi anche con altri dispositivi normativi che delincono il proprio operato professionale. Occorre infatti tenere conto della presenza di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) nazionali e regionali nel campo della salute mentale. A tal proposito è significativo che la componente riabilitativa non compaia nell'acronimo in quanto ricompresa negli altri termini. Questa "omissione" non pare essere solamente una mancanza di specificazione ma spesso volte si traduce in una scarsità di indicazioni per quanto riguarda i percorsi educativi e/o riabilitativi attuabili: raramente i PDTA sviluppano - in misura pari alle sezioni diagnostiche e terapeutiche - la componente educativa e riabilitativa. Nonostante questo, però i PDTA condizionano comunque il perimetro di azione degli educatori e delle educatrici professionali. L'impostazione di questi strumenti normativi è legata infatti alla definizione diagnostica a monte, dalla quale ne consegue una serie di indicazioni/raccomandazioni tecnico-scientifiche - basate su evidenza - che hanno lo scopo di uniformare gli interventi offerti e garantirne appropriatezza, efficacia, sicurezza ed efficienza. I PDTA possono essere molto utili per orientare l'agire professionale purché vengano letti tenendo sempre presente la complessità che contraddistingue la persona nel suo insieme.

Un terzo livello da riflessione è inerente all'analisi del contesto sociale complessivo in cui vive una persona. Si può affermare che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, sia i processi biologici sia quelli psicosociali sono presenti e interagiscono tra loro nella definizione degli stati di salute e malattia. Esistono infatti evidenze in letteratura che provano come tra le cause dei problemi sia mentali sia fisici, vi sia anche la presenza di fattori sociali: ci sorprende che non siano ancora stati fatti ulteriori e

numerosi studi per meglio indagare il loro effetto.<sup>6</sup> La causa, il trattamento, il decorso ed il modo stesso in cui i disturbi mentali vengono riconosciuti e classificati, risentono della influenza delle “condizioni sociali”.<sup>7</sup>

Occorre dare il giusto rilievo, ai fini di un miglioramento della salute delle persone nel loro complesso, a tutte quelle condizioni sociali ed economiche che possono influire nel far ammalare le persone, portandole alla necessità di richiedere cure mediche.<sup>8</sup> La stessa OMS afferma che “*la salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati in larga misura dal contesto sociale, economico, e fisico in cui le persone vivono*”<sup>9</sup>. La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (nota come ICF) “*ha lo scopo generale di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati*”<sup>10</sup>. L’ICF assieme all’ICD appartengono alla famiglia delle classificazioni internazionali sviluppate appunto dall’OMS. L’ICD e l’ICF sono complementari e dovrebbero essere utilizzati insieme. Non è infatti sufficiente fermarsi alla sola “diagnosi” delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute. Quando una équipe multiprofessionale ha la necessità di definire come e su cosa intervenire, occorre associare le informazioni sulla diagnosi (ICD) con quelle relative al funzionamento: questa integrazione di fonti informative permette di creare una visione più ampia della

---

<sup>6</sup> Nicolò G., Pompili E., (a cura di), (2021). *Psichiatria territoriale: strumenti clinici e modelli organizzativi*. Raffaello Cortina, Milano

<sup>7</sup> Nicolò G., Pompili E., (a cura di), (2021). *Psichiatria territoriale: strumenti clinici e modelli organizzativi*. Raffaello Cortina, Milano

<sup>8</sup> Wilkinson R., Marmot M., (2006) *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*, Edizioni Provincia Autonoma di Trento, Assessorato alle Politiche per la Salute

<sup>9</sup> Longo R., Bessone M., Bartolomei G., Brancato S., Grandi B., Gyppaz D., Zazzara MB., (a cura di) (2017). *I determinanti sociali della salute mentale*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS

<sup>10</sup> OMS. (2001) *ICF: classificazione internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute*. Erickson, Trento

complessità che contraddistingue la realtà di ogni persona. A rafforzare le indicazioni fornite dall’OMS vi sono una serie di atti normativi nazionali (e successivi recepimenti regionali) che indicano l’ICF o comunque l’approccio biopsicosociale come parte integrante dei processi di cura, educazione e riabilitazione. A tal proposito si riepilogano alcuni atti normativi che hanno contribuito all’introduzione dell’ICF e dell’approccio biopsicosociale nelle organizzazioni pubbliche e private: Atto Intesa Stato Regioni n. 30/CSR del 2011 «Piano d’indirizzo per la riabilitazione»; Decreto Ministeriale 23 novembre 2016 «Requisiti per l’accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare»; Dlgs n. 66/2017 “Norme per la promozione dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità”; Intesa Stato-Regioni n. 131 del 2022 “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”; Dlgs 62/2024 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”. Non solo, l’approccio biopsicosociale è stato adottato anche come modello di riferimento per la valutazione del funzionamento all’interno del DSM V: al fine di fornire una misura globale di disabilità è stata inclusa la WHODAS (versione 2.0) nella sezione III del DSM-5, la quale si basa sull’impianto concettuale ICF, per un uso in tutti gli ambiti della medicina e dell’assistenza sanitaria. Leggere le situazioni problematiche attraverso il modello biopsicosociale è una delle modalità di analisi tra le più indicate in campo educativo-riabilitativo: occorre valutare *“ciò che la persona fa e ciò che potrebbe potenzialmente fare, proponendosi di rimuovere o rinforzare i fattori che alimentano o riducono questa discrepanza”*<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Scuccimarra G. (2009), *Modelli concettuali di disabilità e riabilitazione*. “Giornale di Neuropsichiatria dell’età evolutiva”

Un quarto livello di riflessione riguarda una nuova sensibilità verso i valori esistenziali delle persone. Diversi nuovi studi “suggeriscono che il modello biopsicosociale richieda l'estensione ad una componente esistenziale” arrivando a definire un quadro “*biopsicosociale-esistenziale*”<sup>12</sup>. I valori esistenziali delle persone stanno sempre più diventando elementi non trascurabili nei percorsi di cura e riabilitazione: spesso gli interventi terapeutici non sono più orientati alla sola cura del sintomo ma anzi tengono anche conto delle esigenze esistenziali delle persone. Occorre supportare le persone che vivono a volte estreme situazioni di vulnerabilità, inclusa quella psichica, a trovare e perseguire obiettivi significativi per vivere una vita appagante, oltre la diagnosi. Il lavoro psicologico ed educativo-riabilitativo sull'incremento della resilienza individuale dovrebbe essere uno dei cardini dei progetti terapeutico-riabilitativi. È all'interno di questo nuovo modello teorico che è possibile coniugare la soggettività intesa come espressione di idee, sentimenti e preferenze individuali con le più recenti evidenze scientifiche

Un ultimo livello di riflessione riguarda l'effetto di procedure, regolamenti e direttive delle organizzazioni presso le quali viene prestata la propria attività lavorativa. In base alle normative regionali e nazionali, ogni organizzazione (pubblica o privata) individua le procedure più consone di accoglienza, valutazione, presa in carico, progettazione, programmazione, intervento e dimissione. Diverse sono state ad esempio le richieste presentate all'Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP) per corsi di approfondimento su una o più delle fasi appena descritte del processo educativo-riabilitativo: è emersa una volontà degli educatori e delle educatrici professionali di affinare le proprie competenze nei campi della valutazione e degli interventi basati su evidenza. Si rileva una propensione alla ricerca di strumenti di valutazione validati che consentano di svolgere al meglio le attività di competenza, riuscendo così ad integrare aspetti

---

<sup>12</sup> Nicolò G., Pompili E., (a cura di), (2021). *Psichiatria territoriale: strumenti clinici e modelli organizzativi*. Raffaello Cortina, Milano

soggettivi e oggettivi, qualitativi e quantitativi. A fronte di questo interesse non sempre è possibile per gli educatori e le educatrici professionali scegliere gli strumenti di valutazione ed intervento che ritengono più idonei ad una determinata situazione. Occorre in primis confrontarsi con la propria équipe. In secondo luogo, occorre che le procedure ed i regolamenti aziendali consentano l'attuazione e l'utilizzo flessibile di strumenti ed interventi: laddove ciò non è possibile diventa una responsabilità del/della professionista stesso/a quella di segnalare e proporre nella propria organizzazione modelli di valutazione ed intervento più aggiornati, appropriati ed efficaci. Non è più sufficiente proporre alla persona fragile e/o ai propri colleghi nuove modalità di azione basandosi sui risultati raccolti nell'esperienza quotidiana: viene richiesta una analisi degli esiti più strutturata, più scientifica ed oggettiva.

### **La valutazione degli esiti nella salute mentale e nelle dipendenze patologiche**

Tenuto conto dei temi approfonditi nei paragrafi precedenti, credo possa essere utile descrivere il lavoro di ricerca e pubblicazione condotto dall'ANEP sul tema della valutazione degli outcome. Il Comitato Tecnico Scientifico di ANEP (2020-2024) ha posto attenzione al tema della valutazione degli esiti ritenendolo strategico per lo sviluppo della professione, con lo scopo di migliorare l'efficacia degli interventi educativi e riabilitativi. Le *“linee di indirizzo sulla valutazione degli outcome”*<sup>13</sup> hanno avuto lo scopo di tracciare una serie di principi grazie ai quali ogni professionista può riorientare il proprio modo di operare. La pratica valutativa è stata per troppi anni trascurata rischiando di considerare solamente aspetti soggettivi che, in assenza di metodi strutturati e riconosciuti, rischiano di condurre ad una deriva semplicistica. Nei paragrafi precedenti abbiamo visto invece come molti sono i fattori che intervengono nel processo

---

<sup>13</sup> ANEP (2023) [https://www.anep.it/Linee\\_indirizzo\\_outcome](https://www.anep.it/Linee_indirizzo_outcome) consultato il 07/04/2025

educativo e riabilitativo. La valutazione di esito è pertanto indispensabile per diverse ragioni: è una delle modalità di legittimazione della professione stessa; è necessaria per considerare la persona nella sua globalità e nella sua complessità; diventa uno strumento di dialogo con la persona fragile e la sua rete sociale di riferimento; è un passaggio intermedio verso la pubblicazione e diffusione di buone pratiche; permette di migliorare la rendicontazione e l'efficacia degli interventi. Nell'ambito specifico della salute mentale e delle dipendenze sono utilizzabili molti strumenti di valutazione. Il gruppo di lavoro dell'ANEP<sup>14</sup> ha voluto elencarne alcuni che fossero già in uso in diversi servizi in Italia, differenziandoli in base ad un insieme di parametri ritenuti importanti dal gruppo di lavoro: presenza in commercio dello strumento di valutazione e del rispettivo manuale; descrizione dello strumento ed aree indagate; arco di tempo valutato; modalità di somministrazione (auto o etero somministrazione,...); domini ICF considerati nella valutazione; obblighi di legge e/o obblighi aziendali; numero di item, tipo di dati rilevati e tipologie dei quesiti. La pubblicazione definita "tabella analitica"<sup>15</sup> elenca secondo questi parametri 15 strumenti di valutazione. Tenuto conto della necessità di adottare un modello biopsicosociale sono stati individuati una serie di strumenti di valutazione che permettono di individuare in modo più celere elementi utili ad una progettazione ed attuazione di interventi educativo-riabilitativi efficaci, efficienti ed appropriati per le esigenze cliniche e riabilitative della persona con disagio psichico. Il gruppo di lavoro ha ritenuto utile segnalare gli strumenti che: prevedono di considerare il parere della persona, dei componenti della sua rete sociale di riferimento e dei professionisti che lo hanno in carico;

---

<sup>14</sup> Barban D., (2024) *Valutazione outcome salute mentale e dipendenze patologiche* <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/valutazione-outcome-salute-mentale-dipendenze-patologiche.html> consultato il 07/04/2025

<sup>15</sup> ANEP (2024) <https://www.anep.it/Linee%20di%20indirizzo%20sulla%20valutazione%20degli%20outcome> consultato il 07/04/2025

prevedono la valutazione prioritariamente di performance, includendo l'analisi approfondita dei fattori contestuali e della loro azione.

ICF Recovery<sup>16</sup> – è un set organico di strumenti che permette sia l'autovalutazione e sia l'eterovalutazione. I fattori contestuali sono identificati secondo i codici ICF e se ne esplicita la puntuale azione (se facilitante oppure di ostacolo). La valutazione delle performance è separata dalla valutazione delle capacità.

CAN Camberwell Assessment of Need - è uno strumento di valutazione che consente di rilevare bisogni, indicando l'aiuto fornito da familiari e dai servizi, il punto di vista della persona con disagio psichico e la necessità di supporto potenziale per soddisfare i propri bisogni.

WHO-DAS 2.0 – è uno strumento di valutazione su base ICF ed è utilizzato per valutare restrizioni alla partecipazione e limitazioni nelle attività. Si ricorda che l'utilizzo della WHO-DAS 2.0 in Italia ora è un obbligo di legge nell'ambito dei procedimenti per l'accertamento della invalidità civile.

CASIG – è uno strumento che permette di identificare le informazioni necessarie per stabilire obiettivi raggiungibili e permette di monitorare l'efficacia dei percorsi riabilitativi. La valutazione tende a far risaltare maggiormente ciò che una persona effettivamente fa piuttosto che ciò che potrebbe fare.

---

<sup>16</sup> Pasqualotto L., Cibin M., Barban D., Perrelli E., Cazzin A., *The development of ICF-Recovery tools to support an evidence-based psychosocial rehabilitation* «JOURNAL OF ADVANCED HEALTH CARE», vol. 5, n.II, 2023

### III CAPITOLO

#### *I servizi psichiatrici: tra desiderio e attività/proposte predeterminate*

Per quanto strutturati i conflitti psicodinamici hanno sempre e comunque un potenziale evolutivo e riconoscono sempre e comunque una possibile soluzione.

Una prevenzione puramente psico-educativa che si limiti a sensibilizzare le coscienze non ha molto senso: il disagio psichico è anche una conseguenza del “male di vivere”, tanto più in un mondo che presenta nuove sfide sempre più complesse e articolate ma anche nuove opportunità.

Un'opera primaria di prevenzione passa attraverso un'analisi critica delle agenzie educative e delle istituzioni sociali, nonché dei codici normativi che esse veicolano. Il disagio psichico, esperito dalle singol\* persone non è un fenomeno in sé e per sé meramente psicologico o biologicamente determinato ma si interconnette – necessariamente - con la società dove la persona vive.

Le proposte di pratiche educative-riabilitative non possono prescindere dallo stato attuale dell'arte caratterizzato dall'egemonia di un potere psichiatrico che ripropone, in una nuova veste, un approccio dichiaratamente riduzionistico e biologista. La messa in crisi del modello psichiatrico manicomiale, che ha caratterizzato la teoria e la pratica antistituzionale degli anni '70, non ha conseguito l'effetto sperato di produrre un nuovo paradigma aperto ai contributi di tutte le scienze umane e sociali. I motivi di questo ritardo sono molteplici e richiederebbero un'analisi di vasta portata, epistemologica e sociopolitica, che sconfini dagli intenti di questo libro. Una riflessione però va fatta per quanto concerne la situazione italiana che ha una sua indubbia specificità.

Solo in Italia il movimento antistituzionale è giunto ad incidere, oltre che sull'opinione pubblica, anche a livello di potere

politico dando luogo alla promulgazione di una legge che ha determinato la chiusura definitiva dei manicomi. Originariamente, e di certo nell'intento di F. Basaglia, tale obiettivo conteneva in nuce la necessità di una pratica assistenziale alternativa, territoriale, destinata a promuovere nel tempo, attraverso il confronto degli/delle operatori/rici e dei/delle cittadin\* un nuovo sapere riguardo al disagio psichico. Il privilegio assegnato alla pratica assistenziale dal movimento basagliano non comportava, se non tatticamente, in funzione anti/accademica, una preclusione assoluta nei confronti della teorizzazione. Esso riconosceva l'urgenza dei bisogni sociali espressi dal disagio psichico e intendeva fondare la teorizzazione su una messe di dati - psicologici, microsistemici, culturali e sociologici - tratti dalla pratica stessa. Il progetto implicito nella legge 180 era quello di costruire, sulla base del rifiuto dell'istituzionalizzazione, una scienza del disagio psichico empirica e totale, partecipata socialmente e dunque destinata a promuovere un nuovo senso comune riguardo ad esso.

Tale progetto non si è realizzato per molteplici motivi. Gli/le professionist\* psichiatrici/he antistituzionali, in assoluta minoranza sul territorio nazionale, si sono sobbarcat\* carichi di lavoro che, pur avendo realizzato localmente modelli di assistenza oggetto di vivo interesse da parte dell'OMS e consentito la raccolta di numerosi dati significativi, hanno impedito la riflessione teorica necessaria a produrre un nuovo paradigma psicopatologico. L'impegno territoriale, inoltre, è risultato poco compatibile con la competizione a livello di istituzioni accademiche, che sono rimaste in larga misura colonizzate da esponenti della psichiatria tradizionale. La formazione degli/delle psichiatr\* italian\* negli ultimi dieci anni ha sviluppato un significativo approccio biologico e farmacologico dove l'ascolto e il territorio trovano poco spazio. La possibilità, ventilata negli anni '70, che il potere psichiatrico potesse trovare un valido compenso nell'apporto culturale di psicologi/he, sociologi/he e assistenti sociali, pedagogist\* e educatori/rici è risultata infine utopistica,

poiché, sia a livello legislativo sia nell'immaginario sociale il disagio psichico rimane di competenza primariamente medica. A tutt'oggi, non si dà alcuna prova scientificamente valida dell'eziologia genetica o biologica di qualunque forma di disagio psichico, psicosi comprese. Ciononostante, i dati offerti dalla neurobiologia sono stati propagandati da molt\* professionist\* della psichiatria, attraverso i mass-media, per persuadere l'opinione pubblica che il disagio psichico, in tutte le sue forme, sia una malattia in senso stretto. La cattura dell'opinione pubblica è stata facilitata dal fatto che l'ipotesi organicistica, ponendo tra parentesi l'incidenza dei fattori ambientali, deresponsabilizza completamente i/le pazienti, i parenti e il contesto sociale. La domanda di psicofarmaci, di conseguenza, è aumentata in maniera esponenziale.

Tutte le scienze sono andate incontro negli ultimi decenni ad un processo di divulgazione, corrispondente ad un'aumentata domanda di sapere dell'opinione pubblica. La divulgazione comporta di necessità l'uso di un linguaggio non specialistico e una semplificazione concettuale. Dal mondo delle informazioni fornite ai mass-mediati si ritrova di fronte alla riproposizione di un riduzionismo biologico apodittico e privo di sfumature secondo il quale l'origine genetica del disagio psichico sarebbe stata ormai accertata. Alla luce di questo assunto si diffonde la vulgata che l'ansia, la depressione, la psicosi maniaco-depressiva, la schizofrenia (nonché l'omosessualità, la tossicodipendenza, la criminalità, ecc.) sono dovute al difetto e/o all'eccesso di qualche 'sostanza' biochimica.

A molt\* professionist\* della psichiatria non interessa il dibattito bensì la promozione di una domanda di cura sempre più diffusa che aumenta il prestigio e il budget degli/delle psichiatr\*e il fatturato delle case farmaceutiche. Da branca povera e missionaria della medicina, qual è stata sino ad alcuni anni fa, la psichiatria si sta trasformando in un'attività altamente redditizia. Essa però non si propone più la rimozione sociale del disagio, del quale anzi propugna una percezione sempre più acuta fino

all'autodiagnosi, bensì la sua assunzione, a livello di opinione pubblica come male oscuro del quale solo la medicina può farsi carico. Prescinde insomma da ogni intento segregativo, a patto che la domanda terapeutica di cure e di psicofarmaci cresca in maniera esponenziale. Ciò che aborrisce è la domanda implicita in ogni esperienza di disagio: la domanda di senso.

È tristemente vero, però, che, se Atene piange Sparta non ride. Le responsabilità delle diverse figure educative in rapporto alla situazione attuale, per quanto indirette, sono rilevanti. Anziché riflettere sulla sostanziale inerzia teorica del pensiero pedagogico, educativo, sociale e culturale incapace di approfondire gli aspetti strutturali del disagio psichico e i nessi tra soggettività e contesto socio-storico, essi ripropongono, né più né meno, una visione del disagio psichico come espressione-limite dell'essere al mondo, che esclude la possibilità di comprenderlo in termini teorici.

Oggi la “follia” non è più un aspetto proprio dell'essere, ma una branca succosa dell'economia. La follia rappresenta la fonte redditizia più alta per le case farmaceutiche, tanto che *“la commercializzazione della malattia è [diventata] l'arte raffinata di vendere malanni psichiatrici”* (Frances, 2016, p. 49). Le vendite di psicofarmaci in tutto il mondo superano i 700 miliardi all'anno, dei quali metà negli Stati Uniti e un quarto in Europa (Williams, Martin e Gabe 2011) e il margine di profitto, uno strabiliante 17 per cento, è tra i più alti di qualsiasi industria. Le aziende giustificano i prezzi alti e gli enormi profitti esaltando gli investimenti in ricerca per far progredire la medicina e migliorare la cura dei/delle pazienti. I colossi farmaceutici spendono in pubblicità il doppio (60 miliardi di dollari) di quanto investano in ricerca e spesso finanziano il tipo sbagliato di ricerca clinica, fatta nel modo sbagliato e per motivi sbagliati: evitano sistematicamente le linee di ricerca in grado di fornire dati importanti, favorendo esperimenti commerciali che vanno a colpo sicuro e sono concepiti per promuovere il marketing, non la scoperta scientifica (Gagnon e Lexchin 2008).

*“[...] Non c'è mai un calcolo ragionevole di rischi/benefici/costi - i benefici sono esagerati, i rischi minimizzati, i costi ignorati. Il prezzo dei farmaci non ha nessun rapporto con il loro costo reale o con il loro valore e riflette al contrario il monopolio dei colossi farmaceutici sul mercato e il suo strapotere sui politici. Nella sua versione peggiore, la ricerca promossa dai colossi farmaceutici è uno specchio per le allodole, volto a sedurre e sviare, e non certo a illuminare medici e grande pubblico. Dire che i farmaci sono così cari perché richiedono tanta ricerca significa solo gettare fumo negli occhi.” (ibid., p. 113-114)*

E dunque lo psicofarmaco, chiamato a ridurre se non ad eliminare “l'anormalità” dalla persona, non rappresenta più solo la cura necessaria per le psicopatologie più gravi come le psicosi, ma è diventato la risposta immediata alle problematiche di vita quotidiana, alle difficoltà evolutive, a tutta la gamma di esperienze emotive umane quali il lutto, l'ansia, la tristezza, la preoccupazione, la stanchezza, la noia e l'introversione. I fenomeni esistenziali vengono trasformati in disturbi dovuti ad anomalie chimiche da trattare ingoiando pasticche: nel Nordamerica si stima che l'abuso di farmaci sia diventato un problema di salute pubblica più grave delle droghe illegali.

I/le sostenitori/rici della legge 180 –psichiatri\*, psicologi/he, assistenti sociali, educatori/rici- quasi tutti impegnati nella pratica pubblica territoriale, dispongono di un patrimonio di dati ragguardevole, accumulato nel corso degli anni ma fatta eccezione per il loro uso statistico e epidemiologico, hanno poco tempo da dedicare alla teorizzazione. La territorializzazione dell'assistenza psichiatrica li ha posti di fronte a problemi solo in parte previsti - quali la cronicizzazione di molti pazienti e l'esplosione di nuove patologie che hanno finito con l'assorbire totalmente le loro energie nella difficile gestione dell'esistente. In conseguenza di ciò, la pratica territoriale ha perduto la connotazione originaria di frontiera sulla quale sarebbe dovuto maturare un nuovo sapere sul disagio psichico.

Gli esiti di questa carenza teorica sono sotto gli occhi di tutti. La psichiatria è riuscita ad influenzare potentemente l'opinione

pubblica, inducendola ad accettare la natura sostanzialmente biologica del disagio psichico e alimentando in essa l'illusione della sola soluzione farmacologica del problema. Il momento diagnostico, squisitamente medico, è stato riabilitato al punto che non pochi psichiatri pretendono la descrizione la più precisa possibile dei sintomi, ricusando talora sdegnosamente ogni riferimento alla storia personale e alle condizioni di vita. Le prescrizioni farmacologiche utilizzano sempre più spesso cocktails di psicofarmaci, minori e maggiori, solitamente ad alti dosaggi. I nuovi psicofarmaci, immessi sul mercato a un ritmo crescente, vengono utilizzati alla cieca, talora anche dai medici di base, sulla scorta dei suggerimenti degli informatori farmaceutici. Nella cura di mantenimento dei/delle pazienti psicotici/che è ormai corrente l'uso, protratto per anni, di neurolettici depôt, i cui effetti a lungo termine sono notoriamente invalidanti.

Sul piano assistenziale, l'egemonia del modello neo-organicista non fa altro che perpetuare la tendenza all'oggettivazione della malattia propria della vetero psichiatria.

La comprensione della storia personale e relazionale del/della paziente e la comprensione dei modi in cui essa è stata significata rimane sterile se non dá luogo a moduli comportamentali nuovi: è sul piano della praxis o, se si vuole, della vita quotidiana che il soggetto può verificarsi.

La dialettica reciproca tra passato e presente, e, ancor più, la dialettica tra soggettività e contesto ambientale è andata perduta nel nome di un rigido determinismo che ha attribuito alle fasi precoci dello sviluppo un significato fatalistico. Tale determinismo, incline ad interpretare tutti i vissuti soggettivi come attualizzazioni del passato, è stato contestato negli anni '50 dal modello relazionale e negli anni '80 dal cognitivismo. Per quanto innovativi, e, per alcuni aspetti, epistemologicamente salutari, sia l'uno che l'altro modello non sono riusciti ad affrancarsi dallo psicologismo: il metacontesto esplicativo dei relazionali non trascende mai l'ambito della famiglia, la ricostruzione della visione del mondo soggettiva dei cognitivisti si limita alla valutazione

dei modi in cui il soggetto interpreta le situazioni di vita. Come non ha senso voler imbrigliare la ricchezza delle esperienze soggettive e microsistemiche entro schemi teorici, che possono coglierne solo le varianti strutturali e dinamiche, non ha senso neppure opporre all'esigenza della teorizzazione il riferimento all'unicità e all'irripetibilità dell'esperienza soggettiva individuale. La teoria deve rimanere aperta agli indizi offerti dalla realtà che aprono spiragli sulle indefinite interazioni significative tra le persone, gli ambienti d'appartenenza e i contesti sociali: la pratica terapeutica è un'esplorazione incessante di queste.

Il rapporto tra corredo genetico e ambiente si pone in termini radicalmente diversi dalla vulgata psichiatrica che attribuisce alla predisposizione genetica (implicitamente) un valore di penetranza assoluta per implicare che esso si tradurrebbe in una malattia, più o meno grave, in qualsivoglia ambiente. Il corredo genetico bio-psicologico che presiede allo sviluppo del cervello e della personalità è uno spettro di potenzialità che si realizza nell'interazione con un ambiente specifico. La personalità, dunque, è un fenotipo nel quale è arduo distinguere le componenti genetiche da quelle dovute alle interazioni ambientali. Essa rappresenta inoltre una realizzazione sempre parziale delle potenzialità genetiche la cui varietà si riduce necessariamente interagendo con l'ambiente. Ma tali potenzialità, almeno in parte, persistono e possono realizzarsi al di là delle fasi evolutive in rapporto a circostanze ambientali e soggettive favorevoli o a uno stato di necessità, quale è appunto quello determinato dalle crisi psicopatologiche. Tale impostazione teorica e metodologica impone una valutazione della storia personale e delle situazioni. È bene ricordare che il lavoro educativo si fonda su di una concezione evolucionistica della persona che dà grande peso alla storicità dell'esperienza umana, all'interazione tra natura e cultura in virtù della quale si organizza la soggettività.

La necessità di intervenire con terapie farmacologiche non significa che la psicopatologia sia di pertinenza strettamente medica,

quanto piuttosto che la medicina è una scienza ausiliaria nel contesto di una cura che riguarda essenzialmente la visione del mondo soggettiva, conscia e inconscia, le sue contraddizioni e le sue matrici personali, famigliari e socioculturali.

Se ciò è vero, occorrerà giungere di necessità ad una riforma universitaria che associ alla formazione medica, indispensabile, le scienze umane e sociali nonché la filosofia, che non lo sono di meno.

Nell'attesa di questa riforma occorre tener conto che la medicalizzazione del disagio psichico fa parte del senso comune. Ciò ha due conseguenze sulla domanda di cura: la prima, più frequente, è che tale domanda si articola come richiesta di guarigione, di restituzione del benessere preesistente; la seconda, ricorrente nelle situazioni più gravi, è la negazione del bisogno di aiuto. Il mito della normalità, dietro il quale si cela la paura di essere etichettati come malati di mente, è il primo scoglio contro il quale si imbatte l'intervento educativo.

C'è da chiedersi se questo mito sia costitutivo della soggettività umana, e dunque universale, o non sia piuttosto influenzato dalla cultura. Non è facile rispondere. Ovunque si dà un'organizzazione sociale, si danno dei criteri normativi, delle regole comportamentali attenendosi alle quali una persona si sente nella norma. Ma è fuor di dubbio che nella nostra civiltà l'ossessione normativa è stata potentemente rafforzata dalla nascita della psichiatria e dalla distinzione rigida che essa ha creato tra normalità e anormalità. Tale distinzione squalifica il significato potenzialmente evolutivo di tutte le condizioni umane.

Da parte degli/delle psichiatri\* si sostiene che una corretta diagnosi consentirebbe di formulare un trattamento terapeutico mirato e di operare delle previsioni prognostiche calibrate. Nella pratica, questo rigore si traduce in un sorprendente disinteresse per la vita reale delle persone, nella prescrizione di cocktails farmacologici del più vario genere e in giudizi prognostici frettolosi e talora inappellabili. Dal punto di vista educativo ciò che importa preliminarmente è la valutazione della situazione con la

quale ci si confronta tenendo conto di tutte le variabili - soggettive, interpersonali, familiari e socioculturali - che è possibile cogliere ad un primo approccio, al fine di individuare i problemi che sottendono il disagio psichico, lo spazio adeguato ad affrontarli e gli obiettivi da perseguire.

Il momento diagnostico, se con ciò si intende la capacità di vedere attraverso la fenomenologia, può essere importante quando coglie le matrici dinamiche del disagio psichico. Ma da questo punto di vista risulta chiaro che le persone non soffrono di depressione, di attacchi di panico, di ossessioni, di distimia, di dissociazione bensì sempre e solo di nostalgie, di rimpianti, di rimorsi, di rabbie, di odi, di sentimenti di vendetta, di delusioni, di sensi di colpa, di paure, di aspirazioni frustrate e che la loro sofferenza affonda le sue radici nel loro tragitto di esperienza nel mondo. Soffrono, in breve, come solo le persone che vivono e abitano il mondo possono soffrire.

Ogni esperienza soggettiva è colta nella sua densità che comporta una storia sociale, alla quale la persona è legata attraverso la mediazione del gruppo di appartenenza familiare, una storia interiore, rappresentata dalle memorie, dai vissuti e, in ultima analisi, da una visione del mondo conscia e inconscia che spiega i comportamenti soggettivi e un'attualità sociale con la quale la persona interagisce con modalità conseguenti alla sua visione del mondo. Nei suoi aspetti più intimi, consci e inconsci, non si dà mai una soggettività pura. Ciò vale per tutt\*.

Quando una persona muta radicalmente modo di vedere e di agire, grazie all'intervento educativo, quando adotta uno stile di vita antitetico rispetto ai valori acquisiti dall'ambiente originario, anche se egli non se ne rende conto, la vita (non solo quella interiore) viene "lacerata" tra i vecchi valori e la libertà di vivere secondo i nuovi. Non è un conflitto irrimediabile; la libertà umana, sia pure relativa, esiste ma arrivare a conseguirla non passa attraverso un colpo di spugna o una rimozione. Occorre un lavoro lento e graduale per decostruire i vecchi valori e sostituirli con dei nuovi, ed è importante che questi siano positivi,

realizzino i bisogni personali della persona e non si riducano solo alla negazione dei vecchi.

Il lavoro educativo ha il vantaggio di poter essere illustrato in termini accessibili a chiunque. Il conflitto tra appartenenza sociale e individuazione, doveri e diritti individuali, volontà propria e volontà altrui, per quanto si esprima a livello psicopatologico in forme complesse e simboliche, è intuitivo e vicino al sentire comune.

La definizione del progetto educativo avviene con la stipula di un patto (verbale e scritto) sulle modalità del processo educativo, sulla frequenza degli incontri, sulla presumibile durata del trattamento e sugli obiettivi dello stesso.

La coscienza umana è condizionata da modalità di funzionamento sue proprie e dalla cultura che la orienta in ogni contesto. La schiettezza, la franchezza, l'autenticità comunicativa è l'impegno al quale l'educatore/ricce si attiene e al quale sollecita il/la paziente ad attenersi, fermo restando che tale impegno può essere esercitato solo nei limiti della propria coscienza, e quindi con responsabilità almeno originariamente diverse. Il clima interpersonale che si instaura in conseguenza di questo impegno, che esclude strategie, sotterfugi, manipolazioni, riduce (se non risolve) molti problemi.

L'obiettivo del processo educativo-riabilitativo è l'aumento del grado di libertà della persona in rapporto alla vita, che è una conseguenza della riappropriazione e di una nuova significazione. L'uso di tale libertà postula spesso un cambiamento comportamentale e, talora, delle scelte di vita impegnative, ricade totalmente nell'ambito della responsabilità del/della paziente.

L'importanza delle interazioni quali della famiglia - originaria o acquisita -, della scuola, dell'ambiente di lavoro, del gruppo amicale, ecc., nella genesi e nell'evoluzione di ogni esperienza di disagio psichico è ormai un dato acquisito. Dal punto di vista pedagogico/educativo ritengo insufficiente qualsivoglia approccio che tenga conto solo della soggettività, dell'intersoggettività e delle relazioni interpersonali comunicative. Benché non si

possa negare l'importanza di questi aspetti, il loro isolamento rispetto alla storia e alla struttura sociale cui appartengono rischia di impoverirne o di distorcerne il senso.

Un esempio di ordine generale dell'incidenza dei fattori storico-sociali a livello psicopatologico è fornito dall'epidemiologia. Essa, infatti, pone di fronte a dei cambiamenti che contestano di per sé che la psicopatologia sia solo la somma di diverse esperienze individuali o microcontestuali. L'isteria femminile, che è esplosa nel corso del Settecento e ha assunto per alcuni decenni una diffusione epidemica, è oggi oltremodo rara. Come si può spiegare questo dato se non pensando che le rivendicazioni di libertà e di indipendenza femminili che un tempo potevano esprimersi solo a livello immaginario, oggi trovano canali diversi di realizzazione? In rapporto al presente, poi, come interpretare l'incidenza crescente degli attacchi di panico, che stanno assumendo una configurazione epidemica, se non pensando ad uno stato di cose che indirizza i conflitti strutturali verso l'esplosione di rabbiose fantasie di scissione di tutti i legami sociali? Nella pratica educativa l'attenzione alla storia sociale - delle istituzioni, dei costumi, della cultura, delle mentalità - è costante. La psichiatria continua (salvo rare eccezioni) a riproporre per le psicosi un trattamento oggettivante incentrato per un verso sul difetto di coscienza di malattia e per un altro sull'identificazione dei sintomi con il processo morboso. La continua standardizzazione dei trattamenti prevede l'uso massiccio di psicofarmaci nelle prime crisi al fine di ottenere la remissione dei sintomi. Sia che questa si realizzi o meno, il trattamento con psicofarmaci va comunque proseguito. Per es, se il paziente non si ribella al trattamento ad oltranza o se gli psicofarmaci possono essere somministrati dai famigliari, per via iniettiva utilizzando i farmaci *dépôt*. I dosaggi vengono aggiustati in rapporto al decorso: solitamente elevati essi vengono incrementati ogniqualvolta si dà una riacutizzazione dei sintomi. La qualità di vita del/della paziente è ritenuta del tutto secondaria in rapporto all'esigenza di contenere e ritardare il decorso progressivo delle psicosi. Di

conseguenza gli effetti collaterali degli psicofarmaci maggiori, soprattutto l'aumento di peso e il rallentamento delle funzioni psichiche, vengono ritenuti mali minori. È vero che la ricerca e l'immissione sul mercato di nuovi antipsicotici mira alla riduzione degli effetti collaterali, causa principale della non compliance da parte dei pazienti. Ma questo intento sembra riguardare esclusivamente gli effetti collaterali soggettivi: per quanto concerne quelli oggettivi tende piuttosto ad affermarsi il principio per cui il fine - il contenimento del processo psicotico - giustifica i mezzi.

Nonostante le sottili distinzioni del DSM che recepiscono l'esistenza di crisi psicotiche acute che non hanno un significato prognostico negativo, l'impostazione del trattamento psichiatrico standardizzato è univoco e muove sempre dall'assunto che a sintomi maggiori corrispondano processi morbosi gravi. In secondo luogo, la remissione dei sintomi viene perseguita con un accanimento terapeutico del tutto fuori luogo allorché la strutturazione psicopatologica, per esempio di un delirio, lascia pensare che esso abbia una funzionalità psicodinamica che lo rende refrattario ai farmaci. In terzo luogo, l'uso di dosaggi elevati e il loro incremento nel corso degli anni determina rapidi viraggi verso forme precoci di cronicizzazione che esitano, anche a livello giovanile, in uno stato di rassegnazione animato da una rivendicazione assistenzialista. La produzione di psicotici cronici di trent'anni che premono, con le famiglie, sulle strutture pubbliche per ottenere sussidi, pensioni di invalidità, redditi da lavori fittizi e assistenza continuativa ecc. sta diventando un problema sociologico di grande portata.

Un secondo problema è da ricondurre all'incombenza culturale del fantasma della follia e all'incidenza sociale di tale fantasma. Nonostante il contributo delle scienze umane e sociali che relativizzano il rapporto tra normalità e anormalità e ammettono uno spettro continuo tra di esse, la cultura corrente per effetto soprattutto della psichiatria, continua a qualificare le due dimensioni come antitetiche e qualitativamente affatto diverse. In

conseguenza di ciò la difesa della propria normalità viene a coincidere con la difesa della propria dignità e dell'appartenenza sociale. Non occorre molto a capire che numerose persone psicotiche, pur consapevoli delle loro sofferenze, devono negarle per paura di essere etichettate.

Quasi tutti i farmaci hanno una doppia potenzialità: terapeutica l'una, nociva l'altra, riconducibile - quest'ultima - alla tossicità, agli eventuali effetti collaterali e alla possibilità, per alcuni, di produrre assuefazione e dipendenza. L'uso degli psicofarmaci da parte della psichiatria sembra quasi mirato a privilegiare la nocività. Si richiede al/alla paziente di essere compiacente e fiducioso ma, soprattutto, di lasciar fare a chi sa: prescrizioni di dosi massicce di farmaci diversi (i cocktails), la minimizzazione degli effetti collaterali, soggettivamente spesso molto penosi, una valutazione approssimativa della tossicità (in ordine al principio per cui a mali estremi si oppongono estremi rimedi), e una presoché completa indifferenza nei confronti dei fenomeni di dipendenza e di assuefazione.

Riguardo a quest'ultimo aspetto, si può parlare di una vera e propria induzione. Tranne rari casi, nei quali la scomparsa dei sintomi dà luogo alla sospensione del trattamento farmacologico, l'ideologia della malattia di natura genetica promuove la tendenza a far assumere al paziente consapevolezza della sua condizione di malato a vita. Tale consapevolezza si ritiene sommatamente importante poiché le fasi intervallari tra gli episodi, imprevedibili nella loro durata, possono facilmente indurre la falsa coscienza di guarigione. Indotta la consapevolezza di malattia, si consigliano di solito ai pazienti dosi farmacologiche di mantenimento o, in caso di rifiuto, di tenersi sotto controllo psichiatrico periodico. Accade perciò sempre più spesso che i/le pazienti, talora su prescrizione e tal'atra di testa propria, avendo appreso la lezione assumano per anni ansiolitici, antidepressivi e neurolettici. Il trattamento terapeutico vita natural durante che, un tempo era riservato agli psicotici, si sta ormai estendendo a tutti coloro che, manifestando dei sintomi incappano nella

trappola diagnostica e prognostica e fatalistica di molta psichiatria. L'assunto della predisposizione genetica fa riferimento ad un disturbo biochimico che, laddove non si esprime sotto forma di sintomi franchi, è sempre e comunque latente. La cura e la prevenzione farmacologica sono, di conseguenza, le due facce di una stessa medaglia.

Occorre riconoscere che l'induzione della dipendenza dai farmaci è facilitata da circostanze psico-sociologiche. Nonostante, da un secolo e mezzo a questa parte, la filosofia, la psicoanalisi e le scienze umane e sociali abbiano radicalmente criticato il concetto di normalità, la cultura comune è rimasta preda dell'ossessione normativa.

È fuor di dubbio che il panico e la depressione siano stati soggetti di grande sofferenza. Ma, nel momento in cui tali condizioni vengono descritte dagli/dalle psichiatri\* come invivibili, come equivalenti dell'inferno, come abissi smisurati di dolore, sembra che essi\* siano del tutto inconsapevoli del fatto che i/le pazienti soffrono, più che dei sintomi in atto, delle previsioni catastrofiche, associate ai sintomi o ricavate da essi, di morire, di impazzire, di non guarire mai più o di finire soli. Di fatto, il loro realismo li porta ad ignorare la differenza tra sofferenza attuale e sofferenza previsionale. Non è cosa da poco perché talora aiutare la persona a prenderne atto è un'ottima medicina ma c'è da considerare il fatto che connotando il disagio psichico come invivibile essi tendono a promuovere nell'immaginario collettivo una sorta di allergia al dolore, funzionale a promuovere in coloro che si ammalano la richiesta di un aiuto immediato e risolutivo: in pratica la cura farmacologica. In questa opera di diffusione della paura molt\* professionist\* coinvolgono un drappello di ex-pazienti pronti a testimoniare la miracolosa guarigione avvenuta con i farmaci e a sollecitare i 'malati' ad affidarsi senza remora alle mani degli esperti.

Per quanto l'esigenza soggettiva dei/delle pazienti di essere affrancati dai sintomi, di soffrire di meno, debba essere presa sempre in considerazione e, nella misura in cui è possibile,

soddisfatta ma assumere il/la paziente come vittima di un male oscuro da cui va liberato ad ogni costo è ipocrita e nefasta. Valutati alla luce dei fatti, i risultati delle terapie farmacologiche da sole presentano risultati insufficienti.

Un\* buon\* professionista ricostruisce sempre la storia interiore e sociale del/della paziente e la sua situazione complessiva di vita. La prescrizione farmacologica deve rientrare nell'ambito di una valutazione diagnostica che è non può non essere psicodinamica.

La compliance che va perseguita non può essere un'accondiscendenza passiva, bensì una partecipazione consapevole ad un trattamento terapeutico la cui eventuale necessità può consentire di tollerarne la sgradevolezza.

Negli ultimi anni è diventata sempre più una cattiva abitudine – da parte dei/delle psichiatri\* - quella di prescrivere farmaci sempre e comunque. Questa abitudine corrisponde anche alle aspettative del maggior numero di pazienti che, condizionati culturalmente, rimangono delusi se la visita non si conclude con una prescrizione di cura.

I farmaci vengono spesso associati e prescritti in dosi massimali e non è raro che si prescrivano contemporaneamente più ansiolitici, più antidepressivi, più neurolettici. I neurolettici a basse dosi vengono sempre più di frequente consigliati a pazienti nella cui sintomatologia non si dà alcun indizio di psicosi per sfruttare il loro potere sedativo.

Tra gli aspetti legati al funzionamento e agli outcome del processo educativo-riabilitativo la discriminazione sempre precaria del soggettivo e dell'oggettivo è pressoché costantemente in gioco nella pratica educativa. La psichiatria stessa è preda di questo problema: alla tendenza oggettivante della psichiatria organicistica, che ritiene praticamente senza referente tutti i sintomi e i vissuti psicopatologici, fa riscontro la tendenza soggettivizzante della psicologia che li ritiene tutti spiegabili sulla base di dinamiche profonde fantasmatiche. Il contrasto tra empirismo e idealismo, che attraversa tutta la storia della filosofia,

impregna di sè inesorabilmente anche una scienza che, per molti aspetti, pretende di essere rigorosa.

L'incidenza del caso nelle vicende umane è attestata, tra l'altro, dal fatto che ogni esperienza soggettiva si definisce a partire da una situazione congiunturale: l'interazione tra un patrimonio genetico dovuto ad un gioco combinatorio e un determinato contesto familiare e socioculturale con cui esso interagisce. L'intuizione del carattere congiunturale della propria esperienza è universale. Non c'è essere umano che, almeno una volta nel corso della sua vita, non sia giunto a chiedersi che cosa egli sarebbe potuto essere date altre circostanze ambientali. Pur prescindendo dal determinismo ambientale, il problema del carattere congiunturale della esperienza soggettiva non è di poco conto. Esso, infatti, determina non solo un certo modo di essere e di rapportarsi al mondo che, una volta definitosi, sembra configurare una necessità o, se si vuole, un destino, bensì anche delle scelte di vita inerenti allo studio, il lavoro, l'affettività che, alla luce dell'analisi, risultano espressive più che di una libera scelta di quella necessità. Accettare l'incidenza del caso e delle sue conseguenze, quando queste sono negative, non è facile.

Un dato non meno importante concerne l'evoluzione delle forme di disagio psichico, molte delle quali, in misura relativamente indipendente dalla diagnosi, tendono alla cronicizzazione realizzando a livello di servizi territoriali un effetto di sovraccarico che eccede e frustra gli intenti dei/delle professionist\* più impegnat\*.

Questo aspetto è confermato anche dal danno economico, individuale e collettivo, prodotto dalle esperienze di disagio psichico. È vero che non tutte le esperienze psicopatologiche incidono sulle capacità lavorative ma la quota di invalidità dovuta al disagio psichico è comunque imponente, e in crescita. Basta pensare che, tra le forme minori, incidono sempre di più le sindromi da attacco di panico e le depressioni, che sono invalidanti per periodi più o meno lunghi. Se si tiene conto poi del fatto che tali sindromi colpiscono in prevalenza soggetti femminili, al

problema dell'invalidità lavorativa in senso stretto occorre aggiungere gli scompensi che esse producono a livello di equilibri familiari con conseguenze rilevanti soprattutto a carico dei figli. La quantificazione economica del danno prodotto all'economia familiare e a quella nazionale dal disagio psichico non è facile da fare. Ma, anche tenendo conto solo delle assenze per malattia psichica dei dipendenti pubblici, e pur considerando che metà delle certificazioni può non corrispondere alla realtà clinica, il dato è assolutamente inquietante.

Un altro aspetto è legato al disagio adolescenziale e giovanile, che incide in un'epoca della vita di formazione, e, quando non pregiudica del tutto le possibilità di inserimento, costringe le persone, superato il disagio, ad accettare prospettive di vita che sono molto al di sotto delle loro potenzialità. Anche da questo punto di vista, lo spreco, quantificabile, risulta enorme. Occorre inoltre considerare il fenomeno della precocizzazione progressiva del disagio psichico che colpisce sempre più di frequente la popolazione adolescenziale. Parecchie esperienze psicopatologiche adolescenziali per fortuna si risolvono per effetto dell'intervento terapeutico e dell'evoluzione stessa della personalità. Ma un numero considerevole di tali esperienze, di solito le più gravi, non solo non si risolvono ma, per effetto di massicci interventi psicofarmacologici, evolve rapidamente verso forme di cronicizzazione che comportano la necessità di prevedere un'assistenza continuativa vita natural durante, vale a dire in media per cinquant'anni!

Ciò posto, c'è da chiedersi quali possano essere i fondamenti teorico-pratici di un progetto di prevenzione e come esso possa essere realizzato. La migliore prevenzione possibile (se si prescinde dall'ipotesi del determinismo genetico) consisterebbe nell'offrire a tutti gli esseri umani adeguate opportunità di sviluppo, muovendo dal presupposto che qualunque corredo genetico è predisposto contemporaneamente alla salute e alla malattia, e che quest'ultimo pericolo può essere sempre scongiurato dal dispiegamento delle potenzialità ad esso intrinseche. Al di là

del fascino che esercita questa formulazione, occorre riconoscere che, per renderla operativa, difettano ancora, oltre che la volontà politica e le condizioni socioeconomiche e culturali minimali, molti dati conoscitivi. Ancora poco si sa delle potenzialità genetiche, meno ancora di come valutare l'ambiente culturale sotto il profilo dell'adeguatezza o inadeguatezza

Prevenire significa letteralmente intervenire prima che il disagio si manifesti. La possibilità della prevenzione si fonda dunque sull'assunto implicito che le cause del disagio siano attive prima del definirsi di una sintomatologia clinica e che esse possano essere identificate allo stato latente. Il problema che spiega la difficoltà cui si è fatto cenno è da ricondurre al disaccordo pressoché totale che ancora vige in ambito psichiatrico sulle cause del disagio. È evidente che, se si dà un peso preminente ai fattori genetici, prevenire significa identificare i markers biochimici che segnalano la predisposizione ad ammalarsi e intervenire con cure farmacologiche prima dell'avvento dei sintomi. Se, viceversa, si dà un significato preminente ai fattori soggettivi, individuali, prevenire si traduce nell'identificazione dei soggetti a rischio attraverso la pratica a tappeto dei test psicologici. Se si adotta un punto di vista relazionale, microsistemico, la prevenzione postula l'identificazione delle famiglie a rischio, vale a dire delle famiglie che adottano moduli comunicativi destinati, a lungo andare, a indurre la patologia di uno dei membri. Se, infine, si valorizzano causalmente i fattori sociologici, l'aspetto più importante ai fini della prevenzione è la definizione statistica delle situazioni o degli eventi di vita - tipo lutti, separazioni, perdita di lavoro, sfratti, ecc. - che significativamente precedono i fenomeni clinici. Pur trattandosi di approcci teorici radicalmente diversi al problema, nulla vieta di tentare di integrarli in un progetto di prevenzione allargato all'intero corpo sociale. Se si tenta di farlo, però, il progetto che vien fuori è però un po' mostruoso. Non è possibile sottoporre ad esami biochimici tutta la popolazione, nè somministrare test a tutti gli studenti, nè operare uno screening relazionale di tutte le famiglie. Quanto agli eventi di

vita dotati di potenzialità psicopatologiche, le tabelle statistiche sono poco significative. Alcuni (come i lutti, le malattie, gli incidenti invalidanti) fanno parte della lotteria della vita, altri (come la disoccupazione, la perdita del posto di lavoro, gli sfratti) fanno capo all'organizzazione sociale complessiva della nostra società, sulla quale è sempre più difficile intervenire a ragione della crisi e dell'attacco in atto al Welfare State.

È evidente, dunque, che c'è un nodo teorico da sciogliere per definire e realizzare un progetto di prevenzione. Ma non lo si può sciogliere a tavolino, ideologicamente, perché i diversi approcci presenti nel campo della psichiatria difendono ciascuno i propri assunti di fondo con un vigore un po' cieco che impedisce una valutazione oggettiva. Occorre dunque muovere dalla realtà, dalla pratica clinica e vedere se è possibile individuare circostanze macro- e microsistemiche di sicuro significato causale e sulle quali sia possibile di fatto intervenire concretamente. L'obiezione tradizionale nei confronti di questo approccio verte sul fatto che ciò che è oggettivabile, in pratica i cosiddetti fattori ambientali, non è mai dotato di valore patogeno in sé e per sé poiché le stesse circostanze danno luogo a esperienze normali e a esperienze psicopatologiche. Tranne rari casi, riconducibili ad ambienti sociali e familiari disgregati, il determinismo ambientale di fatto non è sostenibile. Occorre di fatto tenere conto della variabile soggettiva e accettare il carattere sostanzialmente congiunturale della patogenesi.

Credo che sia sempre più urgente lavorare per la fondazione di una psichiatria interdisciplinare, di una scienza profondamente rinnovata nelle sue fondamenta, negli strumenti teorici e nella pratica. Purtroppo, osservo a malincuore che la psichiatria e la psicologia si vanno suddividendo le aree di intervento e molti professionist\*, inconsapevolmente o consapevolmente, promuovono la psichiatrizzazione della società. Ciononostante, un salto di qualità culturale è imposto dai fatti: della popolazione di/delle pazienti che è in continua crescita e poco più di un quarto ricava vantaggio dai trattamenti siano essi farmacologici o

psicoterapeutici. Questo dipende anche dall'organizzazione dei corsi di studi e dei corsi di specializzazione che, nel loro impianto teorico-pratico, sono del tutto inadeguati in rapporto all'oggetto in questione.

L'organicismo e lo psicologismo sono un letto di Procuste per la psicopatologia e la pratica terapeutica che devono confrontarsi con una realtà sovradeterminata dalla storia e dalle tradizioni culturali, dall'organizzazione sociale, dai codici normativi, dai limiti della coscienza umana, dalle trappole emozionali e cognitive dell'attività mentale, dalla gabbia delle mentalità, dalla causalità genetica, dall'interazione tra corredo genetico e ambiente, dalla dialettica dei bisogni intrinseci, dalle dinamiche psichiche. L'estensione interdisciplinare della nuova scienza del disagio psichico dovrebbe tenere conto di tutte queste variabili.

## IV CAPITOLO

### *La ricerca della bellezza come possibilità di emancipazione*

a cura di Marina Malgeri – Educatrice Professionale

Da studentessa e tirocinante prima, e amica poi, di Carlo Scovino, ho imparato molto di quello che oggi applico nella mia quotidianità e professionalità educativa.

Ritengo pertanto che questo libro, che racconta quello che in questo testo viene definito “metodo Scovino”, sia utile per comprendere quanto Carlo sia stato un visionario nel suo ambito, conciliando gli elementi “umani” dell’esistenza alla prassi pedagogica.

In questo capitolo mi concentrerò sul tema della bellezza e come questa, all’interno dell’ambito educativo, possa diventare possibilità di emancipazione.

Il tema della bellezza è stato da me esplorato all’interno della mia tesi triennale, di cui Carlo è stato relatore, e di cui riporterò alcune parti all’interno di questo capitolo.

Non citerò quindi la mia tesi ma si sappia che per maggiori approfondimenti si può leggere per intero “*L’esperienza Educativa e le sue forme di bellezza*”<sup>17</sup>

Importante è sottolineare che all’interno della tesi triennale del CdL in Educazione Professionale dell’Università degli Studi di Milano il progetto educativo che veniva preso in esame era “*In viaggio con... Viaggio-Avventura a Barcellona*”, il quale ha visto la partecipazione di un gruppo di cittadini\*-utenti del CPS<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Malgeri M., *L’esperienza educativa e le sue forme di bellezza*, tesi di Laurea in Educazione Professionale, Università degli Studi di Milano, A.A. 2012/2013

<sup>18</sup> Il Centro Psico Sociale è una struttura territoriale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze che offre servizi ambulatoriali, domiciliari e territoriali per persone con patologie psichiatriche. L’obiettivo principale del CPS è migliorare e mantenere lo stato di salute e la qualità della vita dei/delle

di zona 4 di Milano ad un progetto della durata di un anno e culminato con il viaggio a Barcellona nel 2012. Il progetto è stato diviso in diverse fasi, con incontri preliminari presso il CPS e due momenti di breve viaggio volti a formare il gruppo, creare coesione e organizzare la settimana dedicata alla città spagnola nei suoi diversi aspetti, lavorando sia in plenaria che in piccoli gruppi tematici.

### **La bellezza nell'esperienza educativa**

Parlare di bellezza all'interno dell'esperienza educativa non vuole dire connotarla utilizzando i parametri di bello o brutto, ma qualificarla attraverso determinate lenti in grado di significare l'esperienza stessa nella relazione educatore-educando.

Vuol dire considerare innanzitutto la dimensione estetica come dimensione fondamentale: all'interno dell'esperienza educativa la dimensione estetica ha bisogno di essere valorizzata, in quanto permette al soggetto di strutturare la propria personalità in maniera più completa, elevando la sua esistenza e rendendo quest'ultima maggiormente percettiva, riflessiva e nello stesso tempo libera, in grado di vivere all'interno del mondo e delle difficoltà che esso pone con gioia. La Bellezza, in questo caso, risulta un filo conduttore, una dimensione dentro alla quale l'uomo può vivere e nello stesso tempo verso la quale continuare a tendere; una dimensione che si avvicina molto alla condizione di Bello individuata da Platone. Attraverso i sensi l'essere umano percepisce ciò che è l'altr\*, ma questo è solo un primo livello. Affinché ci sia un'elevazione dell'anima a ciò che il filosofo chiama il mondo intelligibile, e che io definisco come apertura e apprendimento, ciò che si è percepito deve essere guardato, osservato, capito. Ci si dovrebbe dare la possibilità di farlo proprio e rielaborarlo in una nuova concezione: nella rielaborazione che nasce dal confronto ha sede la Bellezza, attraverso

---

pazienti, promuovendo il loro benessere e la loro inclusione sociale. L'acronimo CPS è utilizzato solo in Lombardia; nel resto d'Italia viene denominato Centro di Salute Mentale e talvolta Centro Igiene Mentale.

una concezione innovativa che fa della creatività il suo motore, delle emozioni e delle passioni il suo percorso e della conoscenza e dell'apprendimento il suo fine.

Analogamente agli artisti del tardo Medioevo il soggetto sarebbe in grado di imitare ma nello stesso tempo ricreare, inserire la propria soggettività e partecipare attivamente a quanto si sta sperimentando. E sempre come l'artista del Medioevo, il quale scopo era avvicinarsi a Dio il più possibile, l'utente potrebbe avere la possibilità, data da un'esperienza educativa istituita in un determinato modo, di elevare il proprio spirito, attraverso la capacità di espressione, di scelta, di gusto: essere così il soggetto attivo del proprio processo di cambiamento perché solo in questo modo potrebbe sentirsi, esserci in modo consapevole e dare il proprio contributo, escludendo qualsiasi tipo di assoggettamento.

Si è ancora abituati a confrontarsi con un'idea di Bellezza apollinea, che ricerca le qualità del Bello nell'oggetto o nella persona che si ha di fronte, come se potessero essere presenti delle categorie universali. Nel discorso pedagogico, invece, si dovrebbe avere la possibilità di educare al riconoscimento del Bello, alla sua costruzione, all'individuazione dell'emozione che attribuisce tale dote a quell'oggetto e non alla sua ricerca in elementi esterni. Altrimenti vorrebbe dire considerare implicitamente l'altre\* come qualcosa che ancora una volta viene presentato agli occhi del soggetto con caratteristiche proprie che devono essere capite e introiettate così come sono, senza il minimo accenno ad un mondo interiore soggettivo. Vorrebbe dire anche che l'educatore/ricerca professionale, che tenta di istituire alcune esperienze educative, lo farà sulla base unicamente del suo mondo interiore e delle sue conoscenze, aspettandosi che queste si trasmettano, così come sono state poste, all'interno dell'educando. Si nega così l'idea che la Bellezza sia un concetto che evolve, sempre in divenire grazie all'attribuzione di senso, ai valori e alle idee nella quale si rispecchia. E, in un discorso più ampio, si arriva a

pensare che alcune culture, magari bianche e occidentali, siano le uniche portatrici di Bellezza e valori. È necessario trasformare

*“il rapporto con la categoria della bellezza non in un’esperienza tassonomica e filologica come pretenderebbero certi classificatori dell’arte, ma in un’esperienza fenomenologica ed estetica, com’è proprio degli artisti e di chi vive, sia pure da seguace, o al massimo da «genio minore» il farsi delle forme del bello nel luogo e nel tempo della loro spesso tormentata epifania.”<sup>19</sup>*

Il sentimento della bellezza può essere suscitato attraverso moltissime modalità e ridurlo al semplice riconoscimento secondo quello che altri hanno sostenuto diventerebbe un peccato. Non esiste Bello o Brutto se non in relazione al contesto e alla relazione tra il soggetto e l’oggetto. Le sensazioni di appagamento, pace e rassicurazione che seguono una perturbazione vengono associate al sentimento del bello. Sensazioni che possono essere provate in un’esperienza educativa pedagogicamente fondata e autentica, a seguito di un apprendimento, grazie alla risignificazione di un vissuto. Questo può rendere l’esperienza educativa un’esperienza giudicata dal soggetto esteticamente bella.

Sembra che le diverse forme di bellezza individuate possano condurre ad una vera e propria pedagogia del bello, che da un lato considera tale aspetto all’interno della proposta e del lavoro educativo, e dall’altro ragiona sulle modalità con cui esso caratterizza l’azione stessa dell’educare. Come suggerisce la pedagogista M. Musaio in “Pedagogia del Bello”, quindi, si dovrebbe considerare sia il bello in educazione, inteso come i luoghi entro i quali il lavoro educativo accade, con finalità e metodologie ad esso tese, sia il bello di educare, ovvero lo sguardo attraverso il quale si osserva il proprio lavoro, fondandolo pedagogicamente. Ciò su cui mi soffermo ancora una volta, allora, è innanzitutto la capacità dell’educatore/rice professionale di proporre esperienze educative rivolte al bello, affinché da esse l’utente possa uscirne

---

<sup>19</sup> DALLARI M., La dimensione estetica della Paideia. Fenomenologia, arte, narratività, Erikson, Trento, 2005, p. 122

con un bagaglio esperienziale maggiore, in grado di arricchirlo. Queste, per la maggior parte delle volte, prendono vita in contesti di difficoltà in cui l'educatore/rice professionale deve mettere alla prova le proprie capacità di ascolto, estrapolazione di significati e rinnovamento. La prospettiva verso la quale vorrebbe tendere una pedagogia del bello, e la conseguente prassi educativa, ha come scopo quello di favorire una visione dell'uomo completa e unitaria, smentendo idee più riduttive in merito. Ciò porta ad una considerazione sempre maggiore dei sentimenti della persona, della sua immaginazione e della sua creatività, ma soprattutto alla consapevolezza che questi elementi sono parte fondamentale della persona, che non possono essere tralasciati o non curati, prediligendo unicamente abilità più tecniche.

Si considera, quindi, una dimensione estetica dell'individuo che l'educatore/rice professionale ha il compito di scoprire attraverso l'istituzione di esperienze educative ad hoc entro le quali entra in gioco l'altro e la relazione con esso. Si tratta di fondare il proprio lavoro educativo sulla presa di coscienza dell'altro\*, del sé emotivo e creativo, tema che in pedagogia ha visto la sua nascita a partire dal movimento attivistico, consolidandosi successivamente nella riflessione degli anni Settanta per poi perdere progressivamente di interesse. La creatività è qui intesa come una capacità non riservata a pochi privilegiati, ma appartenente ad ogni essere umano nel momento in cui è sviluppata e sperimentata, per poterne fare uso in modo opportuno. Se questo avviene, e dal mio punto di vista dovrebbe essere così, soprattutto all'interno dei servizi educativi, essa dà la possibilità all'utente di non appiattirsi di fronte all'uniformità delle relazioni e delle comunicazioni, ma permette di utilizzare l'immaginazione e l'intelligenza creativa. La prima intesa come modalità di avvio del pensiero nell'uomo, la seconda nel senso deweyano del termine, come pratica liberatoria dello spirito. Ma non solo: sviluppare la creatività fa sì che l'essere umano possa, per l'appunto, creare, all'interno della propria esperienza qualcosa che prima

non era presente, sviluppando sempre di più la capacità di interagire con il mondo circostante.

Educare al bello, tendendo metodologicamente ad esso e al contempo assumendolo come finalità del proprio lavoro, vuole dire anche educare alla creatività, poiché essa chiama in causa lo sviluppo della persona nel momento in cui si prefigura come forza motrice in grado di espandere le potenzialità del soggetto. Nello stesso tempo, rappresenta un sentiero percorribile per il professionista, istituendo spazi, tempi, oggetti e relazioni che permettono di portare il soggetto verso una libertà ideativa, rendendo l'esistenza caratterizzata da una minore rigidità. L'azione educativa dovrebbe avere la necessità di esplorare lo sviluppo pieno di tutti i potenziali conoscitivi del soggetto, investendo *“a tutto campo l'essere, ossia la dimensione ontologica, il sentire, vale a dire la dimensione affettiva, il pensare, ossia la dimensione razionale, l'agire, che rimanda alla dimensione pratica e poetica e, infine, la ricerca di significato che apre alla dimensione spirituale e di senso.”*<sup>20</sup>

Ma per un'esplorazione a fondo di ogni componente, l'educatore/ricce professionale dovrebbe aprirsi ad un'ulteriore prospettiva che è quella del sentire. Quanto affermato non significa cadere in sentimentalismi ma, avvalendomi ancora una volta di una lettura fenomenologica, avvicinarsi a quelli che sono i vissuti del soggetto, gli *Erlebnisse* di cui Husserl parla, scoprendo così la persona, dandosi la possibilità di meravigliarsi di fronte ad essa e di comprenderla. L'empatia risulta quindi quell'atteggiamento che permette di sintonizzarsi con l'altro mantenendo una relazione che supera le difficoltà, per arrivare ad un'effettiva comprensione. Ma non solo. L'ascolto empatico non dovrebbe unicamente essere rivolto all'altr\*, ma anche a sè stessi, poiché permette di cogliere quelle emozioni e quei sentimenti che la persona suscita in noi, renderli consapevoli e utilizzarli in maniera adeguata. Accade allora qualcosa che permette di cogliere ciò

---

<sup>20</sup> MUSAIO M., *Pedagogia del bello. Suggestioni e percorsi educativi*, FrancoAngeli, Milano, 2007

che sta vivendo l'altro come qualcosa che anche io potrei provare, senza però immedesimarsi fino in fondo, sapendo mantenere la distinzione tra sé e l'alterità, ma arrivando allo stesso tempo ad una comprensione profonda. Si muovono in questo modo emozioni in grado di animare la situazione educativa e di stimolare quella che lo psicologo statunitense D. Goleman chiama *intelligenza emotiva*, ovvero quella capacità di riconoscere i propri e gli altrui sentimenti, motivando ciò che si prova sia sul piano personale sia all'interno delle relazioni sociali.

Quanto detto fino ad ora dovrebbe necessariamente conciliarsi con l'essenza dialogica della prassi educativa e con la sua tensione verso la libertà della persona. A questo proposito vorrei citare il pedagogista P. Freire, che nella sua visione di educazione legata imprescindibilmente ad una dimensione politica, offre spunti interessanti per questo discorso intorno al Bello. Secondo l'autore, il dialogo, essenza dell'educazione, rispecchia l'essere dell'uomo, che si costruisce, o si dovrebbe costruire attraverso la parola, il lavoro e l'azione/riflessione continua, suoi diritti imprescindibili. Il dialogo ha come sentimento di fondo l'amore, poiché è propensione verso l'altr\* e il suo pensiero, favorendo l'emersione di quest'ultimo. Freire sviluppa una vera e propria teoria dell'azione culturale dialogica, che presenta alcune caratteristiche peculiari: innanzitutto essa conduce sempre alla collaborazione, senza manipolare o fare slogan di quanto afferma. Tale collaborazione crea adesione tra quelle che l'autore individua come le masse oppresse, non consequenziale ad un'azione di conquista, la quale invece prevedrebbe un'aderenza dei conquistati al conquistatore, ma come fiducia alla leadership rivoluzionaria, autentica nella difesa della libertà delle persone e data dal "*risultato dell'incontro in cui gli uomini divengono soggetti della denuncia del mondo in funzione della sua trasformazione*"<sup>21</sup>. Un elemento costitutivo ulteriore dell'azione culturale dialogica è poi la testimonianza del compito comune di

---

<sup>21</sup> FREIRE P., *La pedagogia degli oppressi*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

leadership e masse popolari, ovvero la liberazione delle persone. Questa implica coerenza tra parole e gesti, audacia di ognuno, radicalizzazione della scelta fatta e coraggio di amare come sentimento di trasformazione del mondo. Quanto sostenuto da Freire, autore che attraverso le proprie parole di azione anche politica rispecchia il luogo e il tempo che ha vissuto, trova dei parallelismi con quanto affermato fino ad ora nella prospettiva in cui si considera l'educazione come liberazione dell'altro. Si considera in questo modo un'azione educativa riferita al bello nel momento in cui questa tende a educare la persona verso l'espressione e la valorizzazione del proprio pensiero critico, che è presente e che ha diritto ad emergere in quanto costituente della propria personalità. Ma non solo, si valorizza la libertà dell'altr\* anche nel momento in cui è possibile, attraverso la bella esperienza educativa istituita, ragionare intorno al fatto che uscire da una condizione di alienazione della propria persona corrisponda al rispetto della soggettività altrui, associando ad essa il valore dell'uguaglianza. Tali finalità esistenziali dovrebbero essere raggiunte attraverso quella collaborazione e testimonianza di tutte le persone in gioco di cui Freire parla, poiché altrimenti si andrebbero a valorizzare concetti che, in primis all'interno dell'esperienza educativa finzionale, sarebbero sperimentati in maniera inautentica e assoggettante. O come sostiene l'autore, nessuno può ricercare il proprio essere autentico, nella misura in cui impedisce agli altri di trovare il proprio, in una concezione individualistica o isolamento. Attraverso il pensiero di questo autore, infine, è possibile aprire un'ulteriore prospettiva per la pedagogia del bello, che si concretizza nel riattivare un pensiero sociale e politico che renda il soggetto cittadino attivo. Questa apertura risulterebbe impossibile da realizzare qualora si trascurasse l'attenzione per il bello e il senso estetico nei confronti di ciò che circonda l'uomo, portando quest'ultimo in uno stato di "intorpidimento psichico" o di "anestesia".

Le riflessioni pedagogiche condotte, basate per lo più su un assetto fenomenologico del pensiero, a mio parere dovrebbero

fornire nuove vedute al lavoro educativo. Una prima questione a cui vorrei porre attenzione è la rappresentazione della persona che si ha all'interno di ogni servizio educativo, la quale orienta, in modo conscio o inconscio, il lavoro svolto. Una visione dell'uomo/donna come soggetti attivi e partecipanti, ma soprattutto non settoriale, in grado di considerare le diverse dimensioni dell'essere, del conoscere, del volere e del sentire, permette di orientare il pensiero dell'educatore verso direzioni che tendono al bello. Questo avviene grazie alla considerazione che solitamente si ha del concetto in sé, il quale rimanda ad una visione armoniosa e unitaria di ciò che si ha di fronte. Il bello, come visto, è qualcosa a cui viene data una forma ai propri sensi gradevole, capace di emozionare ed elevare il soggetto verso un "essere di più", spostandosi da una visione superficiale di ciò che circonda l'uomo per arrivare ad una dimensione maggiormente spirituale ed esistenziale. Diventa allora chiaro che nel momento in cui la rappresentazione sociale posseduta intorno alla figura umana tende all'idea del bello, senza cadere in sentimentalismi o eccessi di positività, ma nel modo in cui è intesa in questo elaborato, si orienterà il proprio lavoro educativo verso una promozione (muovere in avanti) del soggetto in maniera completa.

Un ulteriore tema con cui la pedagogia del bello dovrebbe conciliarsi è quello della forma: l'attività di formazione implica necessariamente un dare forma all'altro, in un'attività che in qualche modo richiama il lavoro di uno scultore che si occupa di un'opera d'arte. Si è visto, tuttavia, che il dare forma in modo autentico, secondo la scienza pedagogica, non vuole dire immettere all'interno dell'altra persona contenuti, significati o stili propri all'educatore, ma ricercare il senso, e quindi la forma che assume quanto si sta vivendo, all'interno di quell'esperienza educativa specifica, insieme.

A questo proposito una pedagogia del bello dovrebbe tendere verso la ricerca di una forma estetica come tratto distintivo di ogni esperienza di completezza. Anche in questo caso riprendo

quanto sostiene Musaiò nell'opera rifacendosi al pensiero del poeta del 1700 F. Schiller, il quale affermava che la dimensione estetica media tra uno stato fisico e uno morale dell'uomo, unendoli. In questo modo la bellezza appaga l'uomo, poiché lo porta ad una forma che altrimenti sarebbe impossibile da raggiungere, la quale comprende anche l'etica e la filosofia e quindi l'intelletto. Ma non solo. L'attività estetica porta la persona ad uno stato di contemplazione capace di muovere animi e meraviglia che spinge il soggetto all'azione. Non si tratta quindi di rapportare il proprio sé unicamente ad una forma riflessiva, ma anche verso il fare, l'agito. Una pedagogia che vorrebbe tendere al bello, allora, dovrebbe assumere come nuova prospettiva questi principi, per far sì che la persona possa sviluppare nuove forme di sé. L'educatore/trice professionale avrebbe, sì, il compito di considerare la completezza e l'unicità dell'educando, ma nello stesso tempo dovrebbe essere in grado di aprire nuovi spazi in modo da permettere ad esso di sperimentare la propria "inconclusione", il proprio "essere in divenire". Si potrebbe, quindi, dire che il bello di educare risiede nella capacità di essere proiettati insieme all'altro

*“verso una dimensione esistenziale che definiamo in questo caso di natura estetica, per richiamare tutte quelle componenti che sono in grado di comunicare un'intensità e una profondità del vivere, di contro ad una sua assunzione soltanto superficiale.”<sup>22</sup>*

Uno stile educativo che fa del bello la modalità attraverso cui guardare e operare il lavoro con l'altro.

Se si immagina il processo educativo come un processo di realizzazione dell'opera d'arte, dove l'educatore diventa co-compositore insieme all'educando, si vede come l'opera d'arte è, forse in maniera eccellente, un'azione simbolica del proprio spirito e della creatività umana. Essa compare come il risultato di una combinazione tra il dato esterno e la percezione interna,

---

<sup>22</sup> MUSAIO M., op. cit., pag. 168

prendendo la sua forma dalla personalità del soggetto e diventando essa stessa forma del sé. Nello stesso modo si è visto come l'esperienza educativa si fonda sulla relazione tra l'essere umano e ciò che è presente nell'ambiente circostante. All'interno della stessa, grazie a questo rapporto, si aprono nuovi spazi di significazione che tendono a produrre forme di sé sempre nuove. È necessario, poi, considerare come l'opera d'arte richiama un'attività tipicamente umana nel suo manifestarsi e ricercare il bello, così come il processo educativo fa dell'uomo, un soggetto in grado di stare al mondo, seguendo un percorso intimamente antropico volto alla socializzazione e alla civilizzazione. La scoperta, la conoscenza e l'apertura sono inoltre tre momenti fondamentali sia al processo che conduce alla creazione di un'opera d'arte, sia a quello che conduce alla formazione dell'essere umano. Il primo, in quanto rivelazione del proprio mondo interno e di quello che è l'altro, il secondo come presa di consapevolezza e capacità di capire quanto si è scoperto, e il terzo come campo di possibilità e apertura all'esterno che si va formando. Un momento interiore arriva in questo modo a prendere contatto con l'esterno, a svilupparsi nelle relazioni della vita reale attraverso una dimensione dialogica.

L'artista, producendo un'opera d'arte, giunge al termine del processo, concludendo definitivamente l'opera. Alcuni artisti, poi, decidono di riprodurre quanto realizzato, utilizzano gli stessi soggetti per una seconda opera d'arte che, tuttavia, rimane tale. La prima opera prodotta non ha possibilità di essere modificata e la sua conclusione, una volta giunta, è irreversibile. Questa caratteristica è propria anche se si considera il processo di formazione dell'essere umano, non inteso come intera vita bensì, come esperienza educativa all'interno della quale educatore/ricce e utente significano il mondo. Ciascuna esperienza, giunta alla sua conclusione, non può essere modificata, tornando indietro; ciò che è possibile svolgere, tuttavia, è compiere un passo indietro e ammirare la forma a cui si è giunti e da lì, ove è possibile, dare avvio ad un ulteriore processo educativo diverso in grado di

evocare, come nella creazione di un'opera d'arte, nuove suggestioni, phatos e fascino.

### **In Viaggio con... Viaggio-avventura a Barcellona**

Un/a educatore/rice professionale che lavora in ambito psichiatrico si occupa, sì, di educazione, ma anche di riabilitazione: è in grado quindi di restituire al soggetto quelle abilità primarie, sociali e relazionali che spesso la malattia invalida. Anche all'interno della riabilitazione psichiatrica le modalità d'intervento differiscono e determinano la differenza in termini di qualità. Si può intendere il processo riabilitativo come intervento per superare ad una mancanza o ad un bisogno. Oppure come processo globale che coinvolge l'intero soggetto e non si limita al mero soddisfacimento del bisogno. L'idea di riabilitazione psichiatrica presente all'interno del progetto "*In viaggio con...*", si avvicina maggiormente alla concezione di cura terapeutica intesa come "to care", la quale tiene conto della soggettività della persona in modo sistemico ed ermeneutico, avvicinandosi a quello che è il senso della malattia per chi ne è portatore. In una concezione sanitaria si avvicina maggiormente ad un sapere di tipo infermieristico, che ha la possibilità di considerare non tanto la malattia in sé ma il suo impatto sulla persona e le strategie e competenze che questa mette in atto per superarla. Pensare, progettare e istituire un'esperienza educativa come "*In viaggio con...*" ha permesso di intervenire sulle abilità della persona attraverso una prospettiva più ampia che ha coinvolto la persona in qualcosa di interessante e appassionante, permettendole di sperimentarsi. Si è, quindi, considerato l'utente in modo globale, nella sua dimensione umana, curando la sua esistenza e non la sua semplice malattia. O meglio, curando la sua malattia attraverso l'istituzione di un'esperienza educativa in grado di occuparsi dell'esistenza della persona. Questo nello stesso tempo ha permesso all'utente di risignificare il disagio psichico, visto unicamente come fonte di sofferenza. Le azioni educative svolte, i contesti, le relazioni e il loro modo di curarle, sono diventate mediatori necessari alla

valorizzazione della persona. Ma non solo, l'esperienza educativa in sé ha permesso all'utente di prendere coscienza sia del suo valore, sia dell'importanza di vivere un'esistenza piena, attraverso il riconoscimento delle proprie potenzialità. Questo l'ha resa un'esperienza finzionale in grado di consentire alla persona di sperimentarsi in uno spazio sicuro, protetto, per acquistare sicurezza e autonomia una volta fuori da quella situazione. A proposito delle esperienze educative e di questa loro dimensione scrive il pedagogista G. Prada:

*“si tratta di assicurare all'esperienza un riparo dal mondo della vita, concordano in tal modo alla creazione di un «mondo a parte», rispetto al mondo della vita. Un mondo, quello della formazione, appositamente costruito, entro il quale poter sperimentare davvero quanto si sta ancora e soltanto imparando, acquisendo, facendolo transitare dalla realtà”<sup>23</sup>*

Si prenda ora in considerazione quanto è stato sostenuto riguardo alla dimensione del Bello all'interno di un'esperienza educativa. *“In viaggio con...”* presenta al suo interno alcuni elementi che richiamano quel concetto di Aisthesis. La ricerca di tali elementi è rintracciabile sia nella proposta che educatori/rici professionali e tirocinanti hanno svolto nei confronti degli/delle utenti, sia in quanto concretamente è accaduto all'interno dell'esperienza educativa. Per l'analisi mi aiuterò con qualche domanda di senso.

Innanzitutto, è necessario chiedersi che cosa vuole significare, concretamente, proporre ad un gruppo di pazienti psichiatrici un viaggio a Barcellona. Tale quesito è utile per capire quanto, una proposta piuttosto che un'altra, stimoli la percezione degli educandi e gli apprendimenti. Il progetto educativo in questione parte dall'idea che non sia impossibile per una persona con disagio psichico uscire da una condizione di impoverimento personale, sociale e relazionale che la malattia ha creato. Questo

---

<sup>23</sup> PALMIERI C., PRADA G., Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo, Mimesis, Milano, 2008, pag. 187

porta la persona ad affermare una serie di diritti e desideri avendo la consapevolezza di questa sua possibilità, riprendendo così una partecipazione attiva all'interno del mondo della vita. Quanto detto rientra all'interno di quella che può essere individuata come la "formazione dello spirito" del soggetto. Una formazione che non si ferma agli aspetti materiali della riabilitazione psichiatrica, ma che associa a questi una dimensione estetica in grado di restituire al soggetto gli elementi maggiormente piacevoli della propria esistenza, ponendo in essi le condizioni perché si verifichino alcuni apprendimenti. Davanti ad una proposta quale può essere quella di un viaggio-avventura a Barcellona, l'utente ha la possibilità di capire che ciò che può desiderare per se stesso è qualcosa in più rispetto a quanto ha vissuto attraverso la malattia, e che quest'ultima può anche non costituire un limite costante alla sua autonomia. Lo stimolo è fornito da una proposta in grado di "catturare" l'attenzione della persona e incuriosirla. Va così a toccare quella dimensione sensibile e percettiva che può essere definita estetica.

Quanto detto fino ad ora, inoltre, aiuta la persona a sviluppare alcuni giudizi estetici, inizialmente rivolgendosi a qualcosa che è presente all'esterno, un monumento, un quadro o le strade di una città, per essere in grado in un secondo momento di rapportarlo con il suo mondo interno e la relazione che con esso crea. Attraverso questa esperienza educativa, gli/le operatori/rici professionali hanno voluto aiutare la persona a riacquisire una dignità ed una libertà che i tratti psichiatrici spesso cancellano. Si è stimolato l'utente a confrontarsi con quanto di Bello è possibile realizzare, aiutandolo a portare questa bellezza all'interno della propria esistenza. Tale aspetto ha aperto uno spazio di confronto in cui l'utente ha avuto la possibilità di riflettere sulla propria condizione e su ciò che si era sperimentato suscitava in lui, in termini di emozioni e sensazioni. I vissuti sono emersi con tutta la loro forza nel confronto con il gruppo o con il/la singol\* educatore/rici, immettendo nell'esperienza aspetti che trascendevano da quanto di concreto si stava vivendo, trasferendosi in un

piano esistenziale che il soggetto faticava a gestire. Sintetizzando, si può definire la proposta presa in analisi finalizzata ad istituire un setting appositamente Bello, in grado di fornire a coloro che vi sono entrati un'esperienza, da un lato, appassionante e, dall'altro, carica di aperture semantiche intorno alla propria condizione esistenziale. Questi due aspetti sono stati per tutto il corso del tempo intrecciati tra di loro, influenzandosi a vicenda: tanto più l'esperienza era carica di stimoli ed emozioni, tanto più il soggetto era in grado di elevarsi ad un livello esistenziale superiore e condurre riflessioni di senso, e viceversa.

Oltre alla singola proposta, la bellezza di questa esperienza educativa si è concretizzata nella dimensione artistica che ha accompagnato le giornate del gruppo nella città spagnola. Si è visto in precedenza come l'arte si può connettere con l'esperienza educativa nel momento in cui al suo interno essa venga valorizzata con trasporto e passione, poiché dal suo incontro nasce un processo simbolico in grado di stimolare la sensibilità del soggetto. L'incontro con una città che presenta differenti spazi, persone e culture, oltretutto di un diverso patrimonio artistico, ha permesso al gruppo di fare esperienza con l'alterità della realtà in cui si vive, che in alternativa rischia di ridursi alle mura domestiche o alle porte della propria città. Professionisti e utenti hanno costruito la possibilità di esplorare quanto di sconosciuto era ai loro occhi, cercando di cogliere gli aspetti più significativi del capoluogo catalano. La città è diventata la meta da esplorare e nello stesso tempo lo sfondo sul quale mettersi in gioco, percepirsi e percepire l'altro. Ha dato ad ogni persona la possibilità di rapportarsi con il gruppo, di condividere i tempi della giornata riempiendoli di risate e momenti di riflessione, ma anche di entrare in relazione con l'altrui cultura o con coloro che si occupano di psichiatria a Barcellona. Si è data al/alla paziente psichiatric\* l'opportunità di raccontare dal suo punto di vista cosa vuole dire soffrire di una patologia psichiatrica e come la qualità della propria vita può migliorare attraverso questa esperienza educativa specifica. Barcellona ha poi offerto una quantità di luoghi scelti

sia dal sottogruppo che si occupava della dimensione artistica durante il percorso svolto in precedenza, sia da tutti gli altri partecipanti una volta arrivati in città. Ognuno di questi luoghi ha valorizzato una dimensione artistica che conduceva la persona verso la comprensione di colui che aveva prodotto l'opera, avvicinandosi ad esso e alle sue specificità, commentandole. Si è sviluppata un'idea del gruppo che ha dato modo ad ognuno di imparare a comprendere davvero ciò che si stava osservando, senza soffermarsi ad un'occhiata superficiale. Coloro che avevano il compito di raccontare quanto si aveva di fronte, diventando guide turistiche per tutti gli altri, portavano il resto del gruppo sempre più vicino all'opera d'arte in questione, permettendo ad ognuno di immergersi al suo interno. Dall'altra parte, questo avvicinamento si trasformava in un vissuto personale che ognuno rapportava al suo mondo interiore, ricercando i propri significati. La bellezza di quanto di educativo è accaduto va ricercata proprio nella capacità di far da stimolo rispetto ad alcune riflessioni e conoscenze che in quei momenti hanno trovato spazio di emergere. Stimolazione e curiosità avvenute da tutti i partecipanti nei confronti del gruppo intero, e non semplicemente seguendo la direzione univoca educatore-educando. Le persone coinvolte nel sottogruppo artistico hanno selezionato alcuni luoghi, costruito una dispensa ricca di contenuti sul patrimonio artistico e culturale della città e permesso a tutti di conoscere quanto loro avevano studiato. Ma questo è servito semplicemente come un punto di partenza per il resto del gruppo che giorno dopo giorno ha cominciato a introdurre le proprie conoscenze personali, creando una coesione in grado di arricchire l'avventura ed ogni persona presente.

## **Conclusioni**

Nella sua esperienza lavorativa e nella messa a punto del metodo, Carlo Scovino mostra come la dimensione del Bello favorisce un'esperienza educativa volta all'emancipazione del soggetto, attraverso il suo pensarsi attivo e partecipe, agente di

cambiamento nei confronti suoi e del mondo circostante. Valorizzando i desideri della singola persona, si predispongono interventi educativi meno standardizzati e più legati alla soggettività del singolo, anche all'interno del gruppo.

E infine, si genera e si dà a quella che il pedagogista P. Bertolini definisce come “tensione esplorativa”, ovvero la dimensione con cui ogni persona ha la possibilità di confrontarsi e che offre gratificazioni qualora venissero raggiunti anche i più piccoli successi personali. Tale tensione diventa stimolo per nuove conquiste o impegni, rendendo l'utente vero e proprio responsabile del proprio destino.

La bellezza di cui parlava, e continua a parlare, Carlo Scovino è a portata di tutti ma richiede che si cerchino nuove vie di accesso rispetto ai canoni dominanti quanto pervasivi, che la si ritenga irriducibile come tutte le manifestazioni che portano l'umano alla possibilità di andare oltre quello che già ognuno è, che si consideri la bellezza un'esperienza relazionale che nasce dal corpo-cervello-mente in relazione e può estendere l'idea e la considerazione che ognun\* ha di sé stesso e del mondo.

Attraverso un uso educativo delle esperienze estetiche è possibile individuare i costi derivanti dall'assenza di bellezza – e nei servizi di salute mentale questo è oltremodo evidente sia nella postura dei/delle professionist\* che nell'organizzazione degli spazi - i quali si esprimono in termini di mortificazione delle potenzialità, di mancanza di accesso all'estetica delle relazioni, di impoverimento delle possibilità individuali e collettive, di disaffezione verso ogni prospettiva di miglioramento della qualità di vita.

Carlo ha dimostrato, attraverso il suo approccio/metodo (che alcuni potrebbero definire ascientifico, aspecifico, ecc. perché in psichiatria c'è sempre la necessità di definire e classificare pena “l'esclusione” dai circuiti ufficiali di dibattito/riflessione. Ma anche in questo caso Carlo ha dimostrato che insistere e resistere può generare nuove possibilità...e questo libro con il contributo di molt\* professionist\* che in qualche modo hanno avuto a che

fare con il metodo di Carlo Scovino) come l'uso delle esperienze estetiche siano in grado di generare impatti straordinariamente positivi nel rafforzamento dell'autostima, nel consolidamento delle competenze cognitive e non cognitive, nella ri-appropriazione e rigenerazione degli spazi. Carlo ha dimostrato come l'estetica e i valori condivisi possano essere veicoli potenti per stimolare l'apprendimento, promuovere l'inclusione sociale e sviluppare una cittadinanza attiva e consapevole.

Il progetto "*In viaggio con...*" non è stato un unicum ma ha rappresentato la naturale continuazione di un metodo che si contraddistingue per essere stata un'occasione di lavoro congiunto e innovativo.

La relazione educativa che si dipana dal metodo di Carlo Scovino si basa su pratiche di bellezza che mettono al centro i modi in cui gli/le utenti apprendono: ricerca, curiosità, dialogo, cura e confronto, esperienze di gruppo e molteplicità condivisa.

Carlo continua a dimostrare, se pur tra qualche anno lascerà l'incarico di Educatore Professionale che ricopre all'interno di un Centro Diurno a Milano per raggiunti limiti d'età, che la Bellezza può diventare il canale attraverso cui le persone possono accedere a un potenziale altrimenti inaccessibile e come i diversi linguaggi possano educare all'uguaglianza e all'accoglienza dell'unicità di ciascun\*, guidandol\* e accompagnandol\* alla scoperta del proprio talento.

Educare alla bellezza non è snobismo elitario, ma è dirigere l'attenzione, l'osservazione e la riflessione degli/delle utenti verso le piccole e grandi cose che ci circondano. L'esperienza della bellezza è dunque potenzialmente ovunque, anche nella scienza, nell'avventura dell'esplorazione e della ricerca: qualsiasi attività educativa rivolta a incrementare e "educare" il sentimento della bellezza deve necessariamente passare attraverso l'esperienza dell'emozione estetica, della sorpresa e dello stupore e da questo punto di vista Carlo è stato (non solo per me) un maestro e un mentore. Nella sua esperienza lavorativa e nella messa a punto del metodo, Carlo Scovino mostra come la dimensione del Bello

favorisce un'esperienza educativa volta all'emancipazione del soggetto, attraverso il suo pensarsi attivo e partecipe, agente di cambiamento nei confronti suoi e del mondo circostante. Valorizzando i desideri della singola persona, si predispongono interventi educativi meno standardizzati e più legati alla soggettività del singolo, anche all'interno del gruppo.

Il metodo Scovino riprende l'exkursus svolto nella prima parte di questo capitolo, facendo proprie la dimensione estetica e liberatoria che si concretizza nella prassi educativa con il coinvolgimento attivo della persona nelle diverse forme di realizzazione del progetto educativo, dalla costruzione, alla realizzazione, fino all'esito finale, dove la persona è al centro, in costante relazione con l'altro fuori da sé, attore e regista nello stesso tempo.

Educazione ed umanità vanno a braccetto: si pensi quindi all'esistenza umana e a cosa, al suo interno, la rende attiva e qualitativamente migliore. Sono gli obiettivi, le esperienze svolte insieme, la capacità di impegnarsi e riuscire a realizzare quanto per cui ci si è impegnati, l'incontro con l'alterità, intesa sia in termini relazionali che spaziali.

Quanto propone il metodo ripropone in un setting educativo questo aspetto esistenziale. La predisposizione di esperienze educative dove l'altra persona è coinvolta attivamente e con impegno, in grado di qualificare (almeno) una parte dell'esistenza. Nell'impegno, nell'organizzazione e nel fare insieme, ognun\* con le proprie possibilità, risiede la ricerca della bellezza che produce l'uscita dall'alienazione prodotta dal trauma, dalla sofferenza, dalla malattia o semplicemente dalla neutralità dell'esistenza.

La dimensione estetica verso cui tendere è presente, poi, nella scelta delle proposte educative che permettono l'incontro con dimensioni artistiche altre, ovvero con il Bello fuori da noi.

Le dimensioni artistiche sono allora utilizzate come strumento per l'avvio di pratiche liberatorie verso qualcosa di sconosciuto in grado di sviluppare riflessività, nuovi apprendimenti, nuove modalità di mettersi in relazione con l'altro/a e nuovi strumenti.

Nel concreto, vuole dire porsi alcuni obiettivi educativi, anche semplici, e utilizzare la strada più estetica possibile per raggiungerli, tenendo presente che all'interno dell'esperienza educativa accadono incontri, azioni, programmazioni e scambi in grado di fornire risposte educative alle domande, i bisogni e i desideri emersi. Facendo esempi concreti, si tenga presente che l'educatore/rice professionale ha diverse modalità per lavorare sulla "gestione del denaro": può scegliere di fare insieme alla persona la spesa, di fare una programmazione delle spese mensili, di inserire la persona all'interno di un programma per la gestione del tempo libero concordando quali spese e quando svolgerle, può proporre un'esperienza-viaggio in cui si lavora insieme sulle spese da effettuare. Questi sono solo alcuni esempi tra le differenti modalità, e non per forza la scelta di una esclude le altre. Quello che ci propone il metodo Scovino è tuttavia la tensione verso la messa in scena di un'esperienza che tenga conto della dimensione estetica come strumento per il raggiungimento degli obiettivi concordati con la persona. Un mezzo, per raggiungere il fine, che sappia valorizzare, in un'ottica sistemica, l'elevazione spirituale generata dall'incontro con il Bello e che permetta all'altr\* di esperire ed imparare.

Come?

Con l'utilizzo della creatività, altro strumento centrale del metodo. Gli/le educatori/rice sono chiamat\* a pensare lontano, a non fermarsi davanti agli scogli organizzativi, alle difficoltà poste sui diversi livelli dell'operato. Sono chiamat\* ad essere creativi nelle possibilità che introducono, uscendo da frasi quali "si è sempre fatto così", "non c'è tempo", "non è possibile realizzarlo". La creatività presuppone anche la capacità di saper leggere il contesto in cui si è presenti, saper ascoltare attivamente l'altra persona, saper immaginare e prevedere quanto la messa in pratica di alcune proposte possano supportarla o affaticarla. L'educatore/rice professionale ha bisogno di essere creativ\* per la persona che segue, ma anche per sè stess\*. Le persone che si incontrano nei servizi hanno il diritto di avere davanti a loro

un/una professionist\* in grado di accompagnare con uno sguardo aperto. Il/la professionist\* ha il diritto e il dovere di poter realizzare il proprio lavoro con innovazione e fluidità, cambiando i contenuti e le forme ma mantenendo la cornice teorica che rende l'applicazione metodologica ripetibile nei diversi contesti. Con questi elementi si genera e si dà a quella che il pedagogo P. Bertolini definisce come "tensione esplorativa", ovvero la dimensione con cui ogni persona ha la possibilità di confrontarsi e che offre gratificazioni qualora venissero raggiunti anche i più piccoli successi personali.

Tale tensione diventa stimolo per nuove conquiste o impegni, rendendo la persona vera e propria responsabile del proprio destino.

## *La rete: le sue trame e i suoi (s)nodi*

a cura di Martina Viola – Educatrice Professionale

La continuità dell'intervento educativo e riabilitativo riveste un ruolo cruciale nel garantire l'efficacia dei percorsi di cura e supporto, soprattutto in ambito psichiatrico, dove il percorso del paziente è spesso caratterizzato da difficoltà significative e da una relazione complessa con il contesto di riferimento. All'interno del core competence dell'educatore/ricerca professionale (da qui in poi EP), vengono indicati i Problemi Prioritari Socio Sanitari (PPSS) delle popolazioni con cui l'EP potrebbe lavorare, tra cui spiccano la stigmatizzazione, le difficoltà nell'integrazione lavorativa e, in particolare, la presa in carico e la continuità assistenziale. In un contesto di fragilità psichica, la continuità non riguarda solo l'aspetto clinico, ma implica anche una rete di supporto che si estende al di fuori delle strutture riabilitative, abbracciando la famiglia, il territorio e tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura. Partendo da questa premessa, è fondamentale fare riferimento al pensiero sviluppato dal prof. Carlo Scovino, il quale si caratterizza per una visione integrata della cura che considera la relazione come un nodo centrale del processo terapeutico, mettendo al centro la persona, rispettando la sua soggettività e le sue esigenze individuali e fondandosi sull'idea che l'educazione, per essere veramente efficace, deve passare attraverso la costruzione di una rete solida e dinamica di interazioni tra tutte le persone coinvolte nel percorso educativo. Gli insegnamenti trasmessi attraverso il metodo di lavoro di Carlo Scovino guidano la scrittura di queste righe. Sono stata formata direttamente da lui durante il mio tirocinio, periodo in cui ha svolto il ruolo di mio assistente; con rigore, attenzione ai dettagli e grande umanità, mi ha trasmesso l'importanza dell'ascolto attivo, della riflessione critica e della coerenza tra pensiero e azione. La cura con cui costruiva relazioni educative autentiche è stata un esempio di come si possa essere una

presenza significativa nei contesti educativi e il suo approccio orientato al dialogo e al riconoscimento di tutte le figure di riferimento presenti in un sistema mi ha permesso di riconoscere l'importanza di creare un ambiente di collaborazione, rispetto reciproco, crescita condivisa e promozione a favore della soggettività. Nel ruolo di referente delle attività riabilitative di un'Unità Operativa di Psichiatria Carlo Scovino ha costruito il suo metodo proponendo progetti educativi-riabilitativi specifici per quelli che sono i bisogni dell'utenza, misurabili e concretamente attuabili attraverso il lavoro di rete. Centrale nella stesura di questi progetti è il riconoscimento della persona in carico al Servizio come libero cittadino/a prima che paziente, visione che orienta il percorso verso la conquista di una maggiore autonomia e consapevolezza delle proprie condizioni, tra queste anche quella economica. È così che le persone partecipano alle attività proposte in modo attivo, mettendo in campo le loro disponibilità, le loro risorse e i loro interessi: l'EP ha la responsabilità di presidiare ogni fase del progetto e, cogliendo i bisogni della persona e le sue sensazioni, di modificarlo e adattarlo alle nuove necessità. Ho collaborato con il professor Scovino nella realizzazione di un progetto dal titolo "Non solo il sabato del villaggio – la bellezza come "strumento" per una migliore qualità di vita", un progetto legato alla visita di nuovi posti per scoprire e riscoprire la bellezza, per avvicinarsi all'arte e alla storia del nostro Paese, per accrescere il senso di appartenenza alla comunità e per creare nuove opportunità stimolanti di socializzazione attraverso la nascita di relazioni peer to peer. All'interno di questo progetto sono racchiusi alcuni dei punti chiave del suo metodo. Innanzitutto, il progetto è nato da una lettura dei bisogni e degli interessi delle persone coinvolte, operatori/rici compres\*, mediante colloqui, osservazioni e l'utilizzo di uno strumento di valutazione validato, il WHOQOL<sup>24</sup> nella sua versione breve. Essenziale è

---

<sup>24</sup> Il WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) è uno strumento sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare la qualità della vita percepita dagli individui. Si tratta di un questionario che può

stata la collaborazione attiva delle persone coinvolte nella costruzione dell'intero percorso così come il coinvolgimento della popolazione presente sul territorio per agire sulla persistenza della discriminazione e stigmatizzazione della malattia mentale che impedisce alle persone fragili di avere una vita dignitosa e di partecipare pienamente in modo attivo alla vita pubblica. Proporre un progetto che rispecchia i bisogni di una persona con fragilità significa restituirle il suo essere liber\* cittadin\*, restituirle la sua "cittadinanza affettiva", cioè la sua integrazione nella società come oggetto relazionale contrastando i pregiudizi sociali presenti intorno al tema della salute mentale.

Il metodo di lavoro di Carlo Scovino, affondando le sue radici nel modello biopsicosociale, risponde e dà valore alla Convenzione sui Diritti della Persona con Disabilità elaborata dall'ONU nel 2006; in questo senso ritiene centrali i principi di non discriminazione, di accessibilità, di pari opportunità, di libertà, di partecipazione e inclusione ed esplora come le "trame" e i "nodi" della rete di riferimento di una persona possano fare la differenza tra un intervento che rischia di risultare isolato e uno che, al contrario, riesce a stabilire connessioni forti e durature tra tutte le figure coinvolte. Un elemento fondamentale in questo processo è la figura del case manager, il quale ha il compito di garantire che il/la paziente riceva un intervento continuo e coerente, mantenendo un legame costante tra ospedale e territorio. Il case manager, non solo monitora gli aspetti clinici del/della paziente, ma diventa anche un punto di riferimento emotivo per la persona, per la famiglia e per la rete sociale. L'importanza di questa figura risiede, infatti, nella sua capacità di garantire una presa in carico globale che tenga conto delle esigenze emotive e relazionali della persona, assicurando una continuità di assistenza senza

---

essere auto-somministrato o somministrato in modo assistito, a seconda delle esigenze del paziente. Il WHOQOL valuta diversi aspetti della vita, tra cui la salute fisica, psicologica, le relazioni sociali e l'ambiente.

In dettaglio:

interruzioni. Oltre a questo, un altro elemento chiave per mantenere la continuità del trattamento educativo e riabilitativo è rappresentato dai follow-up. Questi momenti di monitoraggio periodico consentono al/alla professionista sociosanitario di raccogliere informazioni sull'evoluzione del percorso del/della paziente, di fare una valutazione periodica dei risultati ottenuti e di adattare il piano educativo alle necessità che emergono nel tempo. In particolare, i follow-up rivestono un'importanza fondamentale nell'ambito educativo-riabilitativo, in quanto permettono di documentare i progressi e di garantire una verifica costante dei risultati. La loro efficacia si misura non solo nel mantenimento della qualità del servizio, ma anche nel miglioramento della qualità della vita (Quality of Life, QoL) del/della paziente, che risulta fortemente influenzata dalla continuità e dalla coerenza dell'intervento.

Tuttavia, per garantire una vera continuità assistenziale e riabilitativa, è essenziale che il processo educativo si sostenga su un'alleanza educativa solida e su un lavoro di rete che veda coinvolti tutti i soggetti coinvolti nel percorso del paziente. La continuità non è solo una questione di follow-up o di monitoraggio periodico, ma dipende anche dalla qualità delle relazioni che vengono costruite nel tempo e dalla capacità del sistema educativo e terapeutico di coordinarsi tra i vari attori coinvolti.

*“A volte basta la parola di qualcuno che creda in te per rimetterti al mondo”* (D'Avenia, 2011)

Un elemento fondamentale dell'agire educativo, spesso dato per scontato, è il potere trasformativo della fiducia. L'educazione, specie in contesti di maggiore fragilità come quelli che coinvolgono la psichiatria, è un processo in cui la fiducia diviene il filo invisibile che contribuisce alla costruzione della relazione educativa. Riprendendo la citazione di D'Avenia, affinché le parole che “rimettono al mondo” abbiano davvero efficacia, non basta una singola persona ma serve un sistema che crede nelle possibilità di crescita e trasformazione dell'individuo. La parola “sistema” deriva dal greco *syn*, insieme, e *stena*, stare e rimanda

all'interazione di parti che esistono in sé e, insieme, co-esistono, in cui le persone sono considerate come sistemi aperti in costante relazione tra loro; è da questo presupposto che si è sviluppato l'approccio sistemico relazionale. Il lavoro educativo si serve di questo approccio, ad esempio, quando si occupa della progettazione educativa e vuole coinvolgere la rete della persona avviando un processo di co-progettazione e, attraverso questo, mettendo a fuoco le relazioni dinamiche, complesse e interconnesse, nelle quali il/la professionista è facilitatore/rice e protagonista attiv\*, insieme alle persone del sistema, per la progettazione di nuove strade da percorrere. La co-costruzione rispecchia il principio sistemico per cui ogni persona è parte di un insieme che costruisce attraverso la sua presenza attiva e le relazioni che intraprende con gli altri soggetti. I principi fondamentali che accomunano questi due processi, co-progettazione e co-costruzione, all'interno di una cornice sistemica sono: la partecipazione attiva di ciascuna persona che prende parte al sistema attraverso l'adozione di un approccio bottom-up; la non linearità che lascia il posto alla dinamicità, caratteristica in grado di seguire i processi evolutivi; lo sviluppo di competenze meta-riflessive e meta-comunicative che mirano a un lavoro di riflessione sul proprio modo di pensare e comunicare per far emergere nuove prospettive e soluzioni. Entrambi i processi favoriscono una visione trasformativa e partecipativa al cambiamento (Formenti, 2017) che è possibile ottenere quando viene attivato un lavoro di rete. Pensando alla rete come oggetto, identifichiamo davanti a noi un insieme di fili che si annodano per formare una trama. Ogni filo parte da un punto diverso, percorre traiettorie proprie, ma poi si unisce ad altri in punti precisi, generando un intreccio strutturato: la rete esiste proprio grazie a questi nodi, a queste connessioni. Allo stesso modo, attorno alla persona protagonista del processo educativo, si attivano fili invisibili – relazioni, scambi, sguardi, attenzioni – che si muovono da direzioni diverse (la famiglia, l'équipe, il territorio) e che trovano punti di contatto, i nodi, là dove avviene un legame significativo, un

incontro autentico, una condivisione d'intenti. Ma i nodi, nella rete educativa, non sono sempre solidi o ben annodati: talvolta, si snodano. Succede quando la comunicazione si interrompe, quando l'alleanza educativa vacilla, quando il legame tra le parti perde tensione o si indebolisce per mancanza di cura per diversi motivi: l'assenza di una visione comune tra professionisti/e, la fatica dei famigliari nel sentirsi riconosciuti, l'ambiguità dei ruoli o l'eccessiva burocrazia che spegne la spontaneità della relazione educativa. Snodarsi, in questo contesto, significa perdere coesione, smarrire il senso del "fare insieme". Eppure, è proprio qui che il lavoro educativo trova il suo margine di azione più delicato e necessario, in cui l'EP, come un tessitore paziente, può provare a ricucire la trama gestendone la complessità e intervenendo là dove i fili si sono allentati o spezzati. Il valore della rete non sta solo nei suoi fili, ma nella qualità dei suoi nodi, nella capacità di reggere la tensione senza rompersi e nella flessibilità di sciogliersi e ricomporsi quando necessario. In questo senso, lo psichiatra F. Basaglia offre un contributo teorico essenziale per comprendere la centralità dei legami e la necessità di una costante "manutenzione" della rete. Pur muovendosi in una prospettiva rivoluzionaria, Basaglia ha sottolineato come la cura non possa mai essere un atto isolato, ma debba compiersi all'interno di un contesto collettivo, relazionale e politico. È impossibile, secondo lui, pensare a una reale trasformazione, tanto individuale quanto istituzionale, senza un ripensamento radicale dei legami tra le persone coinvolte. È qui che la rete, da oggetto metaforico, si fa strumento operativo, capace di restituire dignità, voce e partecipazione alla persona. La sua visione richiama a un'etica della corresponsabilità, in cui ogni nodo, quindi ogni relazione, è luogo di possibilità, ma anche di fragilità che richiede cura, ascolto e intenzionalità. Come afferma lo stesso Basaglia "*La libertà è terapeutica*" (Basaglia, 1972), e lo è solo se vissuta dentro relazioni significative, non coercitive, capaci di accogliere la complessità della persona e di valorizzarne il

potenziale. In questo modo, la rete diventa non solo contenitore, ma condizione di possibilità per il cambiamento.

Il coinvolgimento attivo del sistema di riferimento nel processo di definizione degli obiettivi educativi e nella comprensione delle difficoltà quotidiane della persona consente di costruire un “sistema curante” ovvero un insieme coeso che collabora per migliorare la qualità di vita della persona. Gli studiosi che compongono il gruppo di ricerca internazionale WHOQOL (World Health Organisation Quality Of Life) promosso dall’OMS definiscono la qualità di vita come *“la percezione che le persone hanno della loro posizione nella vita, nel contesto, nella cultura e nel sistema di valori in cui vivono, e in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, abitudini e preoccupazioni”* (WHOQOL, 1995). Ad oggi, il concetto di qualità di vita è evoluto fino a divenire un vero e proprio quadro di riferimento anche per l’approccio alla disabilità. Lo Human Capability Approach, formulato a metà degli anni ’80 dal premio Nobel per l’economia A. Sen e sviluppato successivamente dalla filosofa M. Nussbaum, introduce una prospettiva interessante che supporta il paradigma della qualità di vita e l’importanza di considerarlo nell’ambito della disabilità: le capacità, secondo questo approccio, non sono unicamente le abilità che ha la persona, ma anche il grado di libertà e opportunità che la persona possiede per farle emergere nel contesto in cui vive. Interessante è la definizione di qualità di vita proposta dalla Quality of Life Research Unit dell’Università di Toronto nel 1995, che la identifica come il grado in cui la persona prova piacere nelle più importanti possibilità della sua vita; la parola “possibilità” indica ciò che potrebbe esistere a seconda delle opportunità e delle limitazioni che ciascun\* ha, dipende quindi dall’interazione tra i fattori personali e quelli ambientali. Secondo questa unità di ricerca, le possibilità che una persona ha di provare piacere risiedono in tre dimensioni: l’essere (being) che fa riferimento al proprio essere fisico, psichico e spirituale; l’appartenere (belonging) che fa riferimento ai rapporti con il proprio ambiente fisico, sociale e di

comunità; il divenire (becoming) che fa riferimento alle attività pratiche che la persona svolge e di crescita individuale. Indagando queste tre dimensioni è possibile affermare che la qualità di vita di un individuo dipende da una serie di fattori, relazioni e narrazioni che incontra lungo l'intero arco della sua vita.

L'alleanza educativa trova il suo senso più profondo nel favorire legami significativi che non solo sostengano, ma rendano possibile l'emergere delle capacità individuali all'interno di una rete che cura e accompagna. La parola "alleanza", come definita dall'enciclopedia Treccani, è un'"unione tra partiti, enti, organismi vari, costituita per il conseguimento di scopi comuni". L'alleanza educativa rappresenta un tipo di relazione tra persone, contesti educativi e sistemi di riferimento dei soggetti al centro del processo educativo e, in ottica sistemica, va ben oltre la semplice condivisione di obiettivi: essa si configura come un processo continuo di comprensione reciproca, ascolto e coesistenza, uno spazio dinamico dove si incontrano e si intrecciano storie, ruoli e responsabilità, finalizzato alla co-costruzione di senso e di strategie educative condivise. In merito a questo, il Comitato Nazionale per la Bioetica (2006) sottolinea con chiarezza come le strategie terapeutiche ed educative debbano scaturire dalla condivisione del progetto individualizzato e da un'alleanza riabilitativa, terapeutica ed educativa, alimentata da un dialogo continuo e da una collaborazione reciproca tra tutti i soggetti coinvolti. Il rapporto con la rete della persona è, dunque, una responsabilità professionale imprescindibile per i servizi psichiatrici, e deve essere pensato come parte integrante della progettazione educativa stessa.

La scrittrice M. Scavi, nel suo libro "Arte di ascoltare e mondi possibili" (2003) propone le sette regole dell'arte di ascoltare, una guida per il/la professionista che si occupa di educazione:

1. non avere fretta di terminare;
2. vedere il proprio punto di vista cambiandolo;
3. chiedere aiuto per vedere le cose da un'altra prospettiva;

4. considerare le emozioni come degli strumenti conosciuti;
5. esplorare mondi possibili dando anche importanza ai segnali incongruenti con le proprie certezze;
6. gestire i conflitti in modo creativo per affrontare dissensi;
7. adottare una metodologia umoristica.

Queste regole sono alla base di quello che Sclavi nomina “triangolo magico dell’arte di ascoltare”, formato da queste tre caratteristiche: ascolto attivo, auto-consapevolezza emozionale e gestione creativa dei conflitti, essenziali per costruire alleanza educativa.

In psichiatria l’alleanza educativa consente di trasferire al/alla paziente le competenze terapeutiche così da renderlo\* responsabile delle sue azioni per poter collaborare attivamente con lui/lei. La responsabilizzazione opera in direzione del raggiungimento di tre importanti stadi in ambito educativo:

1. sapere: il/la paziente impara a conoscere la sua malattia e a convivere adeguatamente con essa;
2. saper fare: il/la paziente impara ad autogestire in modo competente la sua terapia;
3. saper essere: il/la paziente mette in atto dei comportamenti utili alla prevenzione di complicanze evitabili.

L’autonomia che la persona riesce ad acquisire lungo il suo percorso riabilitativo è frutto dell’alleanza terapeutica creata con l’EP e la rete di riferimento; ciò è difficilmente possibile se l’utente non si dimostra compliant al trattamento proposto. Per compliance, in ambito sanitario, si intende l’adesione della persona malata alle prescrizioni mediche e ai trattamenti generali previsti nella gestione di una determinata malattia. In senso lato, esprime anche la volontà di collaborazione con le varie figure professionali nel perseguire ed organizzare uno specifico progetto terapeutico-riabilitativo. Il/la paziente dimostra un buon livello di compliance quando, ad esempio: assume i farmaci

rispettando la posologia scritta dal/dalla dottore/essa, adotta modifiche nello stile di vita che gli/le sono state suggerite dai/dalle professionist\* che lo/la seguono nel suo percorso di cura oppure si presenta agli appuntamenti medici o riabilitativi prefissati con i/le professionist\* di riferimento. La mancata compliance al trattamento rappresenta un grande problema in medicina generale, soprattutto in psichiatria: recenti studi dimostrano che solo il 20-30% dei/delle pazienti con disturbo mentale segue in modo completo le prescrizioni ricevute (Gozzi et al., 2009). La mancata compliance porta a delle conseguenze potenzialmente gravi per il/la paziente psichiatric\*, prima fra tutte quella dell'aumento di sintomi negativi che portano a frequenti "ricadute" indice di un peggioramento della QoL del/della paziente. Il fenomeno in questione è chiamato in psichiatria "revolving door" e si riferisce a pazienti destinati ad entrare e uscire dai servizi psichiatrici sanitari perché non riescono a trovare un equilibrio che consenta loro di non rimanere in quello che sembra essere il meccanismo di una vera e propria porta girevole (Cro, 2017).

La compliance del/della paziente al programma terapeutico dipende da diversi fattori, tra cui il tipo di patologia, l'eventuale abuso di sostanze, la considerazione che la famiglia ha della malattia, la complessità della terapia, lo stile di vita, gli eventuali problemi abitativi, lavorativi o logistici, la durata del trattamento, il livello di accettazione della malattia e anche la relazione con i/le professionist\* di riferimento. L'alleanza terapeutica è un fattore positivo per la riabilitazione e il percorso di cura del/della paziente. È importante, infatti, che l'EP coinvolga pienamente e attivamente l'utente, collaborando con lui/lei, fornendogli/le le informazioni necessarie, coinvolgendo i famigliari e trovando delle efficaci strategie per ridurre le difficoltà. Secondo l'OMS:

*“Massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare la compliance può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni rispetto a qualunque altro progresso terapeutico”.*  
(Cartabellotta, 2013)

Negli ultimi anni, in ambito sanitario, il termine “compliance” è spesso sostituito da “aderenza” oppure “concordanza”. Questo perché “compliance” sembra far riferimento alla passività del/della paziente che deve attenersi alle cure prescritte; parlando di “aderenza” e “concordanza”, invece, si vuole evidenziare il ruolo attivo che il/la paziente deve avere nella relazione terapeutica e la sua piena partecipazione al trattamento farmacologico e non.

Esplorando e praticando pensieri e azioni proprie della metodologia utilizzata da Carlo nel lavoro educativo è lampante come dare centralità alle relazioni tra gli elementi del sistema in cui la persona è immersa possa sviluppare una maggiore aderenza al percorso proposto. Carlo ci invita a guardare la relazione educativa come un processo sempre in divenire, che si arricchisce attraverso l’interazione di tutte le parti coinvolte. La continuità e la coerenza di questo processo dipendono dalla capacità di “sostenere” la rete, di curarla e di nutrirla, affinché possa davvero rispondere alle necessità del/della paziente e non spegnersi sotto il peso della burocratizzazione o dell’incapacità di cogliere le fragilità emergenti.

La continuità e la carenza, inoltre, dipendono anche da quanto tempo (qualitativamente adeguato) il/la professionista dedica alla formazione e all’aggiornamento e come riesce a implementare gli apprendimenti nella pratica educativa.

## *I/le giovani: tra possibilità e opportunità*

a cura di Chiara Carlini - Educatrice Professionale

Ho conosciuto il dott. Carlo Scovino e il suo metodo nel corso del tirocinio del secondo anno del Corso di Laurea in Educazione Professionale dell'Università degli Studi di Milano. L'efficacia e l'umanità di tale approccio mi hanno portata a richiedere un prolungamento di un ulteriore anno del mio percorso di tirocinio e alla decisione di volere scrivere la mia tesi in ambito psichiatrico, con Carlo come relatore. La mia tutor d'aula, visto il mio interesse e i positivi feedback forniti da Carlo, fu d'accordo nell'autorizzare il prolungamento del tirocinio del terzo anno nello stesso luogo. Questo mi diede l'opportunità di partecipare al grande progetto della vacanza a New York, uno dei più significativi progetti di riabilitazione psichiatrica mai realizzata in Italia dopo la riforma psichiatrica 180. L'interesse per il metodo si è abbinato a quello per una tematica a me cara: le persone giovani adulte. A quel tempo giovane adulta lo ero anche io e la fragilità profonda di questa fascia d'età la comprendevo, risuonava nelle mie esperienze di vita e amicali. Le persone giovani adulte che avevo conosciuto negli spazi del CPS mi avevano molto colpita e decisi di strutturare la tesi sui progetti a loro dedicati. Dalle ricerche fatte e da quanto visto con i miei occhi emergevano delle persone impegnate ad affrontare una condizione patologica sullo sfondo di un'incertezza generazionale. Le loro esistenze mi erano apparse come "bloccate davanti alla porta di casa", frenate dalla paura dell'esterno e molto più preparate a pretendere dagli altri che a pretendere da loro stessi\*. Parlando con loro emergevano forti sentimenti di autosvalutazione e inefficacia, talvolta celati da spavalderia nel delineare possibili futuri con tratti netti e luminosi che, però, si perdevano nelle menti dei/delle ragazz\*, incapaci di tratteggiare queste linee giorno per giorno con pazienza. La malattia, inoltre, si presentava con discontinuità e,

come un'onda, si infrangeva sulle fondamenta che ciascuno di loro stava ponendo, mettendo alla prova la loro solidità e, il più delle volte, infrangendola.

Tali premesse abbinate alle innumerevoli lacune del servizio pubblico delineavano un quadro quanto mai complesso e problematico: da un lato, le persone giovani adulte alla ricerca della propria identità, sperdute in un'adolescenza perpetua, con un forte bisogno di comprendere ciò che gli stava accadendo e, allo stesso tempo, di sentire che potevano delineare un percorso di vita, spaventate dal mondo esterno ma desiderose di farvi parte e stordite da una malattia invalidante e pervasiva; dall'altro professionist\* divis\* tra decine e decine di utenti (in quel CPS risultavano circa 850 cartelle aperte) delle più disparate età e compiti da svolgere - che spesso lavoravano in solitudine, trovando nell'équipe solo un luogo di organizzazione piuttosto che di confronto – o, ancora, professionist\* che si muovevano come anestetizzat\* tra i corridoi della struttura generando un divario tra operator\* che si risolveva in una frammentazione dei progetti, subordinando la qualità dei percorsi alla competenza dei singol\* professionist\*.

A partire da queste mie consapevolezze e ricerche il passo è stato immediato: al mio primo lavoro presso il CPS di Gorgonzola, ASST Melegnano-Martesana, mi sono occupata del Progetto di Prevenzione e Intervento Precoce in Età Giovanile proposto dalla U.O.P. <sup>25</sup>34 del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze. Il progetto mirava a proporre nuovi servizi rivolti ai/alle giovani e a delineare una metodologia riabilitativa e educativa *ad hoc*, che tenesse conto non solo degli aspetti patologici, ma anche delle difficoltà e specificità dettate dalla fase di crescita in cui gli/le utenti si trovano. Io e la collega

---

<sup>25</sup> L'Unità Operativa di Psichiatria è un servizio che si occupa della diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichiatrici, sia in regime ambulatoriale che di ricovero e in strutture residenziali. Queste unità operano all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze e promuovono la salute mentale della popolazione adulta attraverso un approccio territoriale

dott.ssa Marina Malgeri (Educatrice Professionale) con la quale ho strutturato il progetto, abbiamo pensato *“Perché non declinare il metodo Scovino rivolgendolo ai giovani adulti e dettagliandolo per loro?”*.

Da questo pensiero è nato lo “Spazio Giovani” un luogo rivolto ai/alle ragazz\* dai 18 ai 24 anni, nato allo scopo di offrire loro sostegno, comprensione e di accompagnarli nella riacquisizione della propria autonomia. Il Centro era altresì l’occasione per stringere legami con i/le propr\* coetane\* e trascorrere alcune ore in compagnia.

I servizi offerti nello Spazio Giovani erano: sostegno psicologico, consulenza con il/la psichiatra, percorsi educativi individuali e attività di gruppo sul territorio (progetto Le Città Visibili). Furono giorni frenetici ed entusiasmanti che diedero l’avvio allo spazio Giovani e al progetto le Città Visibili, intrecciando indissolubilmente le nostre competenze professionali ai desideri e speranze dei/delle nostr\* pazient\*.

Vorrei concentrarmi sugli aspetti educativi di tale progetto e riuscire a trasformare questa esperienza in strumenti per futur\* educator\* professional\* (da qui in poi EP), sapendo che il metodo Scovino è composto da passi chiari e che la sua declinazione con le persone giovani adulte lo è altrettanto. Tuttavia, ritengo che sia importante specificare che il metodo e gli strumenti sono indispensabili e necessari ma non sufficienti. Ciascun EP dovrebbe declinarlo con quell’empatia ed interesse per l’essere umano che ha davanti: seguire il metodo alla lettera ma senza questo afflato esistenziale non solo è inefficace a livello riabilitativo, ma anche dannoso. Per mia esperienza le persone giovani adulte che si siederanno davanti a voi hanno perso fiducia nei loro mezzi e nella possibilità di rientrare nel mondo. Sono sperdute, piombate dopo un lungo calvario in un’acuzie che li/le ha portat\* ad un ricovero a un importante isolamento sociale. Persone che non riescono più a fidarsi di loro stesse e, pertanto, un approccio preparato ma distaccato non può fare altro che confermare loro che non appartengono più al

nostro mondo, al mondo dei “normali”. Così facendo bruciamo sul nascere la possibilità di riportar\* a sentire la possibilità di ritrovarsi, di stare meglio.

Potrei anche dilungarmi sull’importanza allo stesso modo di tenere la giusta vicinanza; quindi, di ricordarsi di essere un professionist\* e non un loro amic\*, ma trovo sia degradante doverlo specificare e dettagliare: siamo professionist\* e, come connaturato nel termine, professionismo è la base per poter lavorare bene.

A seguito di questa doverosa premessa, il metodo utilizzato da me e dalla dott.ssa Malgeri si basava su precise finalità. Tali finalità sono accompagnare le persone giovani adulte a:

- acquisire consapevolezza della propria malattia, imparando le strategie per contenerla, a riconoscere i segnali di una possibile ricaduta e a chiedere aiuto quando si presentano;
- acquisire la capacità di esprimere la propria opinione;
- aumentare la capacità di concentrazione e organizzazione;
- aumentare il livello di autostima ed autoefficacia;
- incrementare le autonomie personali relativamente all’area del quotidiano e della condivisione del tempo libero;
- intessere relazioni personali non mediate dai/dalle professionist\*;
- reinserirsi nel territorio di appartenenza;
- incrementare le capacità socio-relazionali *peer to peer*.

Gli strumenti e le metodologie utilizzate per raggiungere tali finalità sono descritti qui di seguito. Ho scelto di descriverli in stretta correlazione poiché ritengo che possa essere più chiaro il loro impiego scrivendoli indissolubilmente legati così come accade nella prassi educativa. Dividerò, sempre per facilità di comprensione, i percorsi educativi individuali e le attività di gruppo sul territorio.

### **Percorsi educativi individuali**

I/le pazienti vengono inviati all’EP dallo/dalla psichiatra. Come primo strumento il/la professionista ha il colloquio educativo.

Questo avviene in un luogo, solitamente un ufficio del CPS; pertanto, è fondamentale prima di tutto strutturare il *setting*: che sia almeno gradevole ma auspicabilmente bello e intrigante (quadri, disegni, piante, libri, fumetti, casse per la musica); accogliente (predisporre ad esempio un bollitore e qualche tazza per poter offrire una bevanda calda, dei fazzoletti da porgere per ogni evenienza). I primi colloqui sono a scopo conoscitivo per entrambi (EP e paziente), perciò è importante chiedere in maniera interessata per capire come stia attualmente il/la paziente, ma anche cosa, e se, immagina e desidera per se stesso nel prossimo futuro. Qualora non riesca ad immaginarsi nel futuro è importante capire cosa gli/le interessi attualmente e segnarsi quello che emerge con precisione: tali interessi saranno i primi aspetti su cui lavorare perché, dopo un'esperienza così traumatica come il ricovero in SPDC<sup>26</sup> e l'insorgenza di una patologia psichiatrica, il piacere (che scaturisca da arte, socialità, lettura, cinema non importa, purché sia esperienza che ingenera piacere) e il desiderio sono motori essenziali per riprendere a vivere. Inoltre, nel primo periodo di colloquio è importante creare un legame di fiducia. L'EP in psichiatria riaccompagna il/la giovane nel mondo e questo non può avvenire se egli/ella non si affida a noi. Pertanto, non bisogna avere fretta di proporre attività o trovare soluzioni confezionate che abbiamo per esperienza, ma concentrarsi su un ascolto sincero che porti anche solo all'obiettivo di creare uno spazio sicuro per il/la paziente. Una volta presa maggior confidenza con il/la paziente e avendo qualche cognizione in più su eventuali deficit o compromissioni (nel mio caso ciò accadeva verso il terzo o quarto appuntamento), l'EP dovrebbe proporre al/alla paziente di incontrarsi fuori dal servizio (colloqui sul territorio). Quando questo non è possibile si procede con altri incontri, ma se la compromissione o la potenziale pericolosità per sé stessi o per

---

<sup>26</sup> Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è un reparto ospedaliero che si occupa di ricoveri e cure per persone con disturbi psichici, sia su base volontaria che in situazioni di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

gli altri non consente di incontrarsi fuori dal servizio, è necessario confrontarsi con lo psichiatra e valutare un invio a differenti servizi. Per un colloquio sul territorio le possibilità sono due: se vi è un consistente ritiro sociale la proposta dell'appuntamento è a casa del/della paziente; in caso contrario un bar nella zona in cui abita sarebbe una meta possibile, provate a chiedere al/alla paziente se ha un luogo in cui gli/le farebbe piacere andare e se non lo ha proponetelo voi. Nel caso di un incontro a casa l'EP può osservare come il/la paziente si muove in essa, le relazioni con i famigliari ed entrare più in contatto con la sua quotidianità. Mi è capitato di incontrare pazienti che mi hanno mostrato solo la loro stanza e il computer, come se i confini della casa fossero quelli; altri che mi hanno fatta entrare nei luoghi frequentati dalla famiglia ma non in quelli privati; altri ancora che si sono fermati in sala sul divano, senza spostarsi da lì per tutta la mia permanenza. Lo spazio e come lo vivono i/le nostr\* pazient\* è dato importante, bisogna ricordarselo e osservarlo. Nel caso di uscita sul territorio, invece, l'EP può osservare come un giovane si relaziona con gli altri, come riesce a gestire o meno le norme sociali (saluta prima di rivolgersi al barman, è in grado di ordinare, di pagare, si presenta pulito e in ordine o sporco e trasandato). Aspetto importante è che, qualora sia l'EP a proporre un luogo, questo non deve essere troppo affollato all'orario in cui ci si reca, per evitare di sottoporre il/la paziente ad una situazione di eccessivo stress che lo/la porti a malessere od a chiusura nei confronti del/della professionista. Tuttavia, in entrambi i casi (incontro a domicilio e sul territorio) l'EP ha la possibilità di osservare anche eventuali sintomatologie non emerse dai colloqui, aiutando il/la paziente a vederli (ovviamente in sede di colloquio e con i dovuti tempi) e potendol\* supportare concretamente nella sua gestione quando emergono durante le uscite sul territorio. Questo è un aspetto fondamentale e specifico del lavoro dell'EP in psichiatria; pertanto, mi ci soffermerò per renderlo il più chiaro possibile. Spesso accade che i/le pazienti siano spaventati dai loro sintomi

e che non li raccontino o, altresì, che non siano consapevoli della loro esistenza; pertanto, vederli è l'unico modo in cui il/la professionista\* può venire a conoscenza. Molti sono legati alle interazioni sociali e, quindi, non emergono nei contesti protetti di colloquio con l'EP o con altr\* professionista\*. Recarsi nel mondo insieme permette al/alla paziente di sentirsi più sicur\* e di poter trovare insieme all'EP strategie ad hoc per gestire i propri sintomi. Mi ricordo ad esempio, una paziente che, alla prima uscita con me, è voluta tornare a casa senza dare spiegazioni, dopo solo 15 minuti. Il fatto di avere una relazione riabilitativa-educativa con me e che io abbia presenziato a questa "fuga" l'ha portata a sentire il bisogno di spiegare cosa fosse accaduto e a raccontarmi, al colloquio successivo, dei pensieri che sentiva fuoriuscire dalla testa e del bisogno compulsivo di schiacciare la mano sul punto in cui uscivano fino a quando non li sentiva rientrare. Insieme abbiamo ipotizzato come intervenire, pervenendo dopo prove ed errori ad una soluzione: quando la paziente sentiva questo bisogno andava in bagno e dava libero sfogo alla compulsione. Il risultato è stato che la paziente ha ripreso ad uscire con il gruppo di pari e che il sintomo, essendo per lei cosa nota e avendo una strategia di gestione, si è presentato con meno frequenza e chiaramente collegato a situazioni di forte stress. Uno degli strumenti più importanti dell'EP è l'uscita sul territorio con il/la paziente perché gli/le permette di vederli\* all'esterno (cosa che nessun altr\* professionista può fare) e di supportarli\* concretamente nella gestione di paure, sintomi e nella decostruzione di preconcetti dettati dall'esperienza pregressa vissuta in balia della patologia.

Attraverso questi primi colloqui si può delineare un'ipotesi di intervento insieme al/alla paziente a partire dai suoi desideri e interessi per accompagnarli\* nel mondo. Obiettivo è individuare con il/la paziente luoghi che possano essere frequentati in settimana e dove poter stringere nuovi legami e ridare scopo all'esistenza di chi vi si reca.

Le possibilità sono molto ampie e indicherò quelle che ho incontrato durante il mio lavoro, ma niente vieta di individuarne altre e ampliare questa lista:

- scuola: molte persone giovani adulte sono bloccate nel percorso di studi e desiderano riprenderlo, accompagnate da innumerevoli paure dettate dalle esperienze pregresse nel sistema scolastico o, al contrario, da velleità che non corrispondono alle loro concrete possibilità ed energie. In questo caso si può supportare la ricerca attiva di scuole e atenei, per poi recarsi con la persona giovane adulta nei luoghi selezionati e prendere reale contatto con l'esperienza che può essere ivi fruita. È importante le prime volte accompagnare il/la paziente nei luoghi individuati perché, consapevolmente o meno, è bloccat\* nella situazione esistenziale in cui si trova e il rischio di una continua procrastinazione è elevato. In questa sezione inserirei anche i corsi professionalizzanti, spesso poco noti ai giovani, ma che hanno il pregio di mettere in dialogo teoria e pratica, divenendo luoghi molto gratificanti per i/le pazienti che si trovano in contesti che propongono un percorso più lineare verso il mondo del lavoro. Può sembrare di secondaria importanza, ma parlando di persone giovani adulte (e non di adolescenti) questo aspetto è presente nei pensieri dei/delle pazienti e non da sottovalutare.

- lavoro: molte altre persone giovani adulte desiderano riprendere contatto, o entrare in contatto per la prima volta, con il mondo del lavoro. Anche in questo caso è importante affrontare con loro una ricerca online durante i colloqui, per poi recarsi insieme nei luoghi individuati. In queste occasioni è necessario che l'EP osservi come il/la paziente si comporta, in modo tale da comprendere se un percorso lavorativo canonico sia percorribile o se sia necessario predisporre percorsi protetti. Tale valutazione può anche avvenire in sede di colloquio, sia per esplicita richiesta dei/delle pazienti che per evidenti paure emerse.

- volontariato: per i/le pazienti che hanno le idee molto confuse

e che si stanno confrontando con un'importante situazione di stasi, il volontariato può essere un'ottima risorsa. Infatti, a seguito di una stasi prolungata e di una difficoltà a gestire i sintomi della patologia, pazienti anche molto brillanti sviluppano una fobia per il mondo esterno e una totale disistima nei propri confronti e nelle proprie capacità. Il volontariato diventa un modo per riprendere contatto con il mondo e questo può essere un primo passo per uscire di casa e riconnettersi anche con sé stessi, con le proprie capacità e acquisire consapevolezza dei propri limiti;

- svago: allo stesso modo del volontariato, individuare luoghi di svago (palestre, locali, atelier artistici e corsi di vario genere) può aiutare i/le pazienti a trovare quella motivazione per uscire di casa e sperimentare nuovamente il piacere di stare al mondo. Qualora i/le pazienti siano in una fase di sofferenza e paura nei confronti del mondo esterno tali da non permettere di attivare questi percorsi, l'EP prosegue con incontri individuali abbinati alle attività di gruppo proposte dal CPS alle persone giovani adulte.

### **Attività di gruppo sul territorio**

Parallelamente all'intervento individuale è necessario strutturare percorsi rivolti a gruppi di pazienti. Specifico che tali attività si possono attivare sia per i/le pazienti che riescono a riprendere contatto con il mondo esterno (frequentando scuola, lavoro, luoghi di svago, ecc.) sia per coloro che manifestano tali da compromettere un adeguato inserimento.

Tuttavia, ritengo che queste proposte siano necessarie più per quelle persone che presentano maggiori difficoltà e che, al di fuori del CPS, non hanno al momento alcuna risorsa.

Il percorso strutturato da me e dalla dott.ssa Malgeri si chiamava "*Le Città Visibili*" e proponeva ai beneficiari incontri settimanali in cui organizzare insieme uscite sul territorio. Gli incontri consistevano in un piccolo decision group dove, davanti ad una bevanda calda o fredda – a seconda della stagione - e qualche

dolce, si decideva un'attività da fare tutti insieme la settimana successiva. Inizialmente la conduzione era prettamente in mano all'EP, poiché i/le pazienti ancora non si conoscevano ed erano timorosi e insicuri. Con il tempo i/le pazienti hanno avanzato proposte su cose da fare e luoghi da visitare con l'obiettivo finale di incontrarsi in autonomia, senza la mediazione dell'EP. Le prime proposte (che provengono solitamente dall'EP) dovrebbero essere in situazioni molto tranquille e protette; pertanto, le prime mete da considerare sono bar (con, ad esempio, la possibilità di qualche gioco da tavolo), cinema o anche incontri in struttura con scopi ben precisi (ad esempio noi ci trovavamo la sera negli spazi del centro diurno per fare insieme la spesa e cucinare). Ciò che accade quando si struttura una proposta del genere è che, con il tempo, EP e pazienti avanzano proposte in misura eguale, ma è importante, in ogni caso, che siano proposte che suscitino l'interesse, in modo tale che lo sforzo impiegato sia facilitato dal piacere scaturito dall'esperienza. In questo l'EP è una grande risorsa se conosce il territorio così da poter portare proposte di senso con obiettivi specifici: è meraviglioso andare al cinema su proposta dei/delle pazienti stessi/e, ma lo è altrettanto andare ad una mostra d'arte in cui nessuno di loro è mai stato per permettergli di fare esperienza di qualcosa di nuovo. Sorprendere positivamente qualcuno che è abituato a sorprese di ben altro genere è un atto educativo rivoluzionario!

Fanno parte di tutto ciò anche i conflitti, che non vanno negati ma vissuti nel gruppo, con un'importante attenzione: gli EP non sono infallibili e a volte sbagliano, inserendo nei gruppi pazienti troppo compromessi dal punto di vista psicopatologico che creano grande disagio in loro stessi e nel gruppo. Qui la competenza dell'EP sta nel vedere ed accettare il proprio errore per tutelare tutte le persone del gruppo. Non bisogna esitare ad intervenire quando necessario, per la salute di tutt\*.

Nel concreto gli strumenti da utilizzare nel gruppo per raggiungere le finalità elencate ad inizio capitolo sono:

- proporre dei momenti di organizzazione effettiva del progetto, durante i quali gli/le EP interpellano direttamente i/le pazienti, facilitandoli con la presentazione di svariate proposte tra cui scegliere, affiancandosi a loro durante il momento di scelta, sapendo rispettare i loro tempi e rinforzandone la partecipazione attiva. Inoltre, assumere un atteggiamento non giudicante, in modo tale da mostrare ai/alle pazienti il valore della loro opinione e, così, diminuire il loro timore ad esprimersi. Tali strumenti sono impiegati per sostenere i/le pazienti ad “acquisire la capacità di esprimere la propria opinione”;
- creare un clima, un modo di rapportarsi, una mentalità di fiducia e di rispetto nei confronti degli/delle utenti e assumere un atteggiamento responsabilizzante, che svincoli i/le pazienti da un ruolo subordinato e permetta loro di percepirsi come risorse. Questo atteggiamento dovrà essere calibrato a seconda del/della paziente con il/la quale verrà agito per non generare aspettative eccessive e ansia. Tali strumenti sono impiegati per portare i/le pazienti a “incrementare le autonomie personali dei partecipanti relativamente all’area del quotidiano e della condivisione del tempo libero”;
- affiancare i/le pazienti durante i momenti di pulizia degli spazi comuni e di preparazione dei pasti (qualora sia possibile organizzarli). In questo frangente è opportuno che gli/le EP si mostrino più presenti con le persone del gruppo che dimostrano maggiori difficoltà, lasciando maggiore spazio di autonomia ai pazienti che non ne hanno, spronando questi ultimi ad insegnare ai/alle compagni, in modo tale da rafforzare i legami tra pari e a sollevare l’EP dal ruolo di “controllore”. Tali strumenti sono impiegati a insegnare agli/alle utenti “ad avere cura dell’ambiente di vita quotidiano”;
- utilizzare il rinforzo positivo ad ogni miglioramento mostrato dal/dalla paziente, prestando attenzione alle modalità con cui rinforzano l’agito del/della paziente per non risultare pedanti. Inoltre, è opportuno che gli/le EP, al manifestarsi di evidenti miglioramenti, lascino maggiore autonomia al/alla paziente,

riconoscendo con azioni concrete la sua crescita. Tali strumenti sono impiegati per portare i/le pazienti a “aumentare il livello di autostima ed autoefficacia”;

- assumere un atteggiamento cooperativo, facilitando la comunicazione tra i due gruppi, affiancando i membri di ciascuno qualora riscontrassero difficoltà e lasciando a ciascun membro il tempo necessario per potersi esprimere. Tali strumenti sono impiegati per portare i/le pazienti a incrementare le capacità socio-relazionali *peer to peer*.

Quanto descritto nei precedenti punti è volto a “*sviluppare il grado di benessere percepito con miglioramento della qualità di vita*”.

Nei confronti del gruppo e dei desideri da esso scaturiti è importante non porsi limiti: più lo scopo è alto più l’effetto riabilitativo è importante. Esempio ne è la vacanza nella Maremma toscana realizzato qualche anno fa con un gruppo di persone del progetto Città Visibili. La vacanza è stata preparata nel corso di 1 anno, ha coinvolto 6 pazienti e 2 EP. La preparazione è stata sia riabilitativa/educativa (intendendo il percorso di crescita e terapeutico dei/delle pazienti) sia economica, poiché è stato necessario raccogliere fondi per poterlo realizzare. Tale aspetto ha responsabilizzato i/le partecipanti, permettendo loro di impegnarsi al massimo spinti dal desiderio e da un obiettivo comune: il viaggio. A livello riabilitativo progettare un viaggio richiede, a mio parere, le seguenti azioni:

1. individuare un gruppo di pazienti che già frequenta il gruppo di uscite sul territorio da almeno 6 mesi e che partecipa regolarmente alle uscite. Ciò significa quindi conoscenza del/della paziente e la conseguente previsione che possa sostenere e beneficiare di un’esperienza di viaggio;
2. strutturare incontri ad hoc con i/le pazienti in cui individuare una meta, organizzare il viaggio e i costi da sostenere, mettendo come unico vincolo che si soggiorni in una casa

“privata”, dove sia necessario pulire insieme gli spazi, fare la spesa e occuparsi dei pasti;

3. organizzare con i/le partecipanti attività di raccolta fondi per il progetto, in modo che tutt\* possano parteciparvi a prescindere dalla loro estrazione sociale;
4. coinvolgere i partecipanti in tutte le attività di raccolta fondi. Questo permette ai/alle pazienti di responsabilizzarsi e, soprattutto, di creare legami con il resto dei membri del gruppo. Agli/alle EP permette di osservare le modalità relazionali dei partecipanti e di fungere da modello relazionale e da facilitatore relazionale. Inoltre, permette all'EP di osservare in maniera costante i/le pazienti e di valutare l'effettiva efficacia della proposta e confermare o meno la partecipazione di ogni singolo membro. Infatti, può capitare che qualche paziente non sia effettivamente pront\* a sostenere un viaggio ed è compito dell'EP fare questa valutazione, allo scopo di tutelare la salute del/della paziente;
5. prevedere una vacanza intermedia (di 2/3 giorni) vicino alle zone di appartenenza dei/delle pazienti, in modo tale da iniziare a mettere i partecipanti a contatto con la dimensione del viaggio e permettere loro di sperimentarsi lontano da casa, ma in un contesto ancora tutelato e vicino alle loro case e ai servizi. Allo stesso modo questo diventa l'occasione più concreta che ha l'EP di comprendere la reale preparazione dei partecipanti e di confermare o meno la loro partecipazione;
6. partire e godersi l'esperienza.

In più di un punto ho sottolineato la possibilità dell'EP di revocare la partecipazione di un/una paziente alla vacanza. Può sembrare insolito, pertanto ritengo importante fare delle precisazioni. Un progetto simile è un viaggio, che coinvolge viaggiatori, non “pacchi” da portare in giro. Moltissime esperienze di vacanze nel sociale consistono nel portare gruppi di pazienti in luoghi di villeggiatura, dove i/le pazienti possano riposarsi insieme agli EP e godere di una routine diversa, ma

sempre organizzata esclusivamente dagli EP, organizzazione a cui i/le pazienti si adeguano in maniera passiva. Specifico che sono esperienze gradevoli, dove c'è la possibilità che EP e pazienti vivano la relazione in maniera più informale e leggera, ma sicuramente esperienze che non hanno solo carattere riabilitativo. Sono guidate dall'obiettivo di alleggerire le esistenze di persone che vivono quotidianità estenuanti, ma anche dal controllo e dall'evitamento di qualsiasi esperienza che possa mettere a rischio il/la paziente e l'operatore/ricce che si è assunto dei rischi: 0 tentativi 0 rischi. Il progetto di viaggio di cui io sto parlando richiede un concreto coinvolgimento dei/delle pazienti che, dopo innumerevoli incontri ed esperienze condivise, diventa sempre più importante. Si parte da gruppi strutturati e condotti dall'EP per persone che a fatica escono da casa e che, gradualmente, portano ad organizzare un viaggio con mete condivise e in cui le stesse persone dell'inizio e gli EP si trovano a gestire per almeno 1 settimana una casa (con pulizie, preparazione pasti, ecc.) e a viaggiare liberamente. Se non fosse così a che scopo partire con un gruppo di pazienti? Il viaggio diventa esperienza riabilitativa-educativa poiché: attraverso il desiderio, rende attive persone smarrite e bloccate; rende responsabili persone che non sentivano da tempo la soddisfazione che dà il sentire che la riuscita di qualcosa di interessante dipende anche da loro; restituisce gioia e sollievo di sentirsi nuovamente in contatto con altre persone; permette di riscoprire (o imparare) competenze pratiche (come cucinare e fare la spesa) che ciascuno di noi deve mettere in campo ogni giorno; ridesta la soddisfazione di portare a termine qualcosa di ambizioso e l'emozione di entrare a contatto con paesaggi, storie e luoghi mai visti prima. Pertanto, se nel percorso qualche paziente è troppo affaticato e nei mesi del progetto non riporta miglioramenti ma, anzi, agitazione, ansia, disagio è opportuno che l'EP si assuma le responsabilità che il suo ruolo richiede e tuteli il/la paziente. Il percorso riabilitativo è fatto di rischi, accuratamente calcolati: ogni passaggio significativo

dell'esistenza è un rischio e va preso, ma il professionista deve saper valutare se il rischio è sovra commisurato e se le esperienze vanno ricalibrate.

Questa esperienza è stata emozionante per me, lascio immaginare per dei/delle giovani che fino ad un anno prima erano bloccati/e. La vita avviene fuori dall'uscio di casa e il desiderio di vivere scaturisce da esperienze divertenti, emozionanti e significative. Ciascuno di noi sa bene come sia stato un viaggio, "quella giornata con gli/le amici/che", quella volta che "sono uscit\* di casa e ho incontrato una persona che mi ha segnato particolarmente", a cambiare il corso delle nostre vite, a farci dire "in questo mondo c'è un posto anche per me". I/le pazienti psichiatrici/he non sono diverse da noi, sono esseri umani che per uscire da questa spirale che sembra senza via d'uscita hanno bisogno di frequentare nuovamente il mondo, di stupirsi, di cambiare idea. È nel mangiare un pasto preparato tutti insieme condividendo i nostri pensieri, nello schizzarsi l'acqua addosso immersi nel mare e nella calura estiva, nel guardare i dipinti degli Uffizi, nel ridere della goffaggine di qualcuno che è ormai a noi familiare e amico, nel perdersi "perché non funziona il navigatore" e trovare insieme la direzione giusta, che si snoda la vita. Insieme agli altri, non da soli. Sentendo il mondo interessante, non ostile. Questo ho vissuto nel viaggio con i/le pazienti e spero che questo possa far riflettere gli EP sulle grandi potenzialità esistenziali del nostro lavoro.

Quanto scritto dimostra che si può fare diversamente e mettere da parte quella paura che spesso paralizza gli/le EP (ma anche tutt\* gli/le altri\* professionist\* della psichiatria) preoccupati a chiedersi "E se scappa? E se muore? Se fa male a qualcuno?", guidata quindi da domande che relegano la vita in un angolo. Se tutti noi vivessimo guidati da queste domande non usciremmo di casa e, quindi, non vivremmo più. Sicuramente ciascuno di noi è responsabile della propria vita mentre gli operatori si sentono responsabili della vita del paziente, ma si dimenticano che deresponsabilizzando totalmente l'utente grazie al costante

controllo (cosa che comunque in CPS non è possibile) gli garantiscono la sopravvivenza ma gli negano la vita. Penso che questo valga per il lavoro con tutte le persone affette da patologia psichiatrica e soprattutto per il lavoro con le persone giovani adulte, ma ritengo altresì che queste ultime, a causa della fase esistenziale in cui si trovano, abbiano comportamenti spesso più forti ed incostanti degli adulti e abbiano bisogno di attenzioni diverse e *ad hoc*, che tengano conto anche della fase di crisi che queste stanno attraversando a prescindere dalla patologia.

È necessario creare uno spazio rivolto alle persone giovani adulte, in stretto legame con il territorio, dove questi possano imparare, reimparare e confrontarsi con l'esterno e farlo il più possibile spronati dal desiderio, dal divertimento e dalla curiosità che la malattia, e l'isolamento che questa comporta, occultano, eliminando perciò la necessità di trasferire "nel mondo reale" comportamenti appresi in situazioni artificiali. Penso altresì che alle persone giovani adulte debba essere proposto un percorso di riappropriazione dei propri spazi di vita e di autonomia, con l'obiettivo di favorire concretamente il recupero di un proprio ritmo di vita, con la sua privacy, le sue attività, responsabilità e fatiche, vivendo i naturali cambiamenti di ogni giorno: è questo che conferisce dignità e rispetto alle scelte, agli orientamenti, agli interessi e all'auto-determinazione delle persone. Tale percorso dovrebbe declinarsi in una quotidianità che ingaggi offrendo sostegno; in uno spazio che permetta di scoprire tutto quello che si può ancora fare nel mondo e che non è stato ancora fatto; in un posto dove prenda il sopravvento la relazione, la cui mancanza fortifica la patologia psichiatrica; in un luogo dove il rischio abbia una parte preponderante, quello di far uscire le persone giovani adulte in autonomia, di affidare compiti e responsabilità reali.

Ho potuto proporre e sperimentare un progetto dove la parte più specificatamente clinica non abbia il sopravvento sulla parte socioeducativa: bisogna creare spazi non segreganti ma che siano liberi offrendo un supporto, perché la libertà è difficile da

sostenere giorno per giorno, con scelte che ci limitano ma allo stesso tempo ci liberano rendendo nostra la vita. “Come osservava Sigmund Freud, pur di ottenere una maggiore sicurezza siamo disposti a sacrificare e ad essere privati di una buona dose di un altro valore che ci è caro, quello della libertà.”<sup>27</sup> e io penso che questo sia ciò che accade in CPS, dove gli/le professionist\* cercano di proteggere il più possibile le persone giovani adulte, guidati spesso più dalla preoccupazione e dall’affetto, piuttosto che da un’idea progettuale. Ricordiamoci che “Occorre fare scommesse, assumersi dei rischi. Non ci sono garanzie su quello che accadrà. [...] il mestiere educativo è fatto di rischio, si attua spesso senza paracadute”<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Bauman Z, Mauro E., *Babel*, Op. cit.

<sup>28</sup> Bertolé L., Op.cit, pag. 26

## ***Tra passato e presente: l'Educatore Professionale tra parole, immagini e Intelligenza Artificiale. Quale futuro?***

a cura dell'Educatore Professionale Alessio Fadda

L'Educatore/ricce Professionale (da qui in poi EP) ha svolto e continua a svolgere un ruolo centrale nel supportare e accompagnare persone in difficoltà, promuovendo l'autonomia, l'inclusione sociale e il benessere attraverso interventi personalizzati, basati su relazioni umane autentiche e approcci socio riabilitativi consolidati.

Tra i principali strumenti che compongono la "cassetta degli attrezzi" dell'EP la comunicazione verbale e non verbale ha sempre rappresentato il cuore del suo intervento, permettendo di comprendere bisogni, emozioni e capacità individuali.

L'avvento dell'Intelligenza Artificiale (da qui in poi AI) sta letteralmente rivoluzionando lo sviluppo tecnologico mondiale e, inevitabilmente, l'EP dovrà rapportarsi con l'evoluzione che avanza. In questo capitolo cercheremo di analizzare quali possono essere le opportunità (o le insidie) che l'EP potrà e dovrà affrontare in virtù delle nuove sfide tecnologiche.

### **La figura dell'Educatore Professionale**

*"Un educatore è un uomo che rende facili le cose difficili."*<sup>29</sup>

*"L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana [...]"*<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Ralph Waldo Emerson, *"The American Scholar"*, 1837

<sup>30</sup> Decreto del Ministero della Sanità 8 Ottobre 1998, n. 520, *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 28 aprile 1999, n. 98.

Inizia così, con l'Articolo 1 del D.M. 8 Ottobre 1998 n. 520, il Decreto Ministeriale che ha individuato la figura e il relativo profilo professionale dell'EP.

Una figura professionale che, inizialmente, aveva funzioni di controllo, di custodia e di assistenza e che nasce in Italia agli inizi degli anni '50 come figura non riconosciuta professionalmente ma largamente utilizzata in strutture residenziali quali: Istituti, case di rieducazione, strutture gestite per la maggior parte da ordini religiosi o rivolte all'assistenza dei non abbienti. L'evoluzione della figura professionale è diretta conseguenza ai processi evolutivi della società e alla costituzione dello Stato sociale (per esempio la Legge 180/78<sup>31</sup> detta Legge "Basaglia") e nel 1984 viene promulgato il Decreto Ministeriale 10 Febbraio 1984<sup>32</sup>, detto Decreto "Degan" che definisce in linea di principio le funzioni dell'EP (*"l'Educatore Professionale cura il recupero e il reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche"*) e lo colloca all'interno delle professioni sanitarie con la definizione di *"figura atipica e di dubbia ascrizione"*.

Il Decreto Ministeriale 520/98 regola e riconosce la figura dell'EP, riprendendo le linee generali del Decreto "Degan" e collocandolo nell'area delle professioni sanitarie riabilitative.

Inoltre, il Decreto 520/98, il successivo Decreto Ministeriale 02 Aprile 2001<sup>33</sup> e successive modificazioni ed integrazioni,

---

<sup>31</sup> Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.133 del 16-05-1978.

<sup>32</sup> Decreto del Ministero della Sanità 10 Febbraio 1984, *Identificazione dei profili professionali attinenti a figure atipiche o di dubbia ascrizione ai sensi dell'Art.1, quarto comma, del Decreto del Presidente della Repubblica 20 Dicembre 1979, n. 761, che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 Febbraio 1984, n. 45.

<sup>33</sup> Decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie* pubblicato nella

indicano l'ambito formativo per l'EP presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia con la partecipazione di altre facoltà quali Psicologia, Sociologia e Scienze dell'Educazione e l'appartenenza alla classe SNT/2 (lauree sanitarie della riabilitazione). Questa multidisciplinarietà è connessa con lo status dell'EP, cioè una figura professionale sociale e sanitaria.

Il Core Competence<sup>34</sup> della figura professionale indica come target della professione persone con patologie o in situazioni di disagio e fragilità; nello specifico i settori di intervento dell'EP sono quello dei Minorenni, della Salute mentale, delle Dipendenze, degli Anziani, della Disabilità.

Con la Legge 3/2018<sup>35</sup> (conosciuta come “Legge Lorenzin”), si ha l'avvio del sistema ordinistico per le professioni sanitarie.

Il collegio dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, trasformandosi in Ordine, ha dato disponibilità ad accogliere al suo interno tutte le altre professioni sanitarie che non erano ancora organizzate in Ordini e Commissioni d'Albo come quella dell'EP. Grazie a questa disponibilità è stato possibile applicare la legge di trasformazione in collegi in ordini ma senza aumentare il numero di questi ultimi ma solamente le professioni regolamentate. In questo grande Ordine trova collocazione anche l'Albo degli/delle EP e, diretta conseguenza di tale Legge, è l'obbligo per gli/le EP di iscrizione all'Albo Professionale per poter esercitare la professione con le funzioni descritte dal DM 520/98. Secondo una recente ricerca condotta dal dott. F. Crisafulli e pubblicata

---

Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.128 del 05 Giugno-2001 - Suppl. Ordinario n. 136

<sup>34</sup>Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa PN., Sambugaro L., Giuliodoro S., “*Il «core competence» dell'educatore professionale. Linee d'indirizzo per la formazione*”, Unicopli, Milano, 2010

<sup>35</sup> Legge 11 gennaio 2018, n. 3, *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute (18G00019)*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31-01-2018

sul quotidiano digitale “Sanità24”<sup>36</sup> gli EP impiegati in Italia siano stimati tra le 30.000 e le 35.000 unità.

### **L’Educatore/ricerca Professionale: tra passato e presente**

Al giorno d’oggi continuano ad esistere molti luoghi comuni rispetto alla figura dell’EP: l’educatore/ricerca è solo un/una amico\*; è un/una compagno\*; l’educatore/ricerca ha un lavoro facile perché ascolta e gioca con i/le bambini\*, lavorare come educatore/ricerca non richiede molta preparazione..., ecc. Queste sono solo alcune delle frasi che continuano a caratterizzare la raffigurazione dell’EP rispetto ai non addetti ai lavori.

D. Demetrio<sup>37</sup>, nel suo intervento tenuto durante un convegno svolto alla fine degli anni Novanta a Genova, definì gli/le EP quali “*grandi praticanti*”, ovvero indaffarati nel loro fare quotidiano.

Nel grande “calderone” delle perplessità, dei luoghi comuni, della non conoscenza, un fattore rimane immutabile e certo: la relazione di aiuto.

La relazione di aiuto che instaura l’EP rappresenta un elemento centrale nel suo agire quotidiano e costituisce il fondamento di un intervento efficace e rispettoso delle persone a cui si rivolge. Questa relazione si basa su alcuni principi fondamentali:

- empatia e ascolto attivo: l’EP ascolta con attenzione, comprendendo i bisogni, le emozioni e le esperienze dell’individuo, creando un clima di fiducia e rispetto reciproco;
- rispetto: la relazione si costruisce su un rapporto di pari dignità, rispettando l’autonomia e le scelte della persona, senza giudizi o pregiudizi;

---

<sup>36</sup>Crisafulli F., “*Educatore professionale: l’identikit dei 110mila professionisti attivi nei settori sociale e sanitario*”, Sanità24, Il Sole 24 ore, Edizione Online 08 dicembre 2023

<sup>37</sup>Filosofo e Pedagogista italiano (Milano, 6 Marzo 1945), professore ordinario di Filosofia dell’educazione e di Teorie e pratiche della narrazione all’Università degli Studi di Milano-Bicocca, è ora direttore scientifico del Centro Nazionale Ricerche e studi autobiografici della Libera università dell’Autobiografia e di “Accademia del silenzio”

- soggettività e personalizzazione: l'EP riconosce la singolarità di ogni persona, adattando l'intervento alle sue specifiche esigenze, caratteristiche e desideri;
- empowerment: la relazione mira a rafforzare le capacità e le risorse della persona, promuovendo la sua autonomia e il suo sviluppo personale.
- orientamento al cambiamento e al benessere: l'EP favorisce un percorso di crescita, supportando la persona nel raggiungimento di obiettivi positivi e di miglioramento della qualità della vita. La relazione di aiuto instaurata dall'EP non è solo un tramite per interventi tecnici, ma un processo relazionale che favorisce la crescita, l'autonomia e il benessere delle persone, basato su valori di rispetto, ascolto e collaborazione.

Alla base di questa relazione, l'EP può avvalersi di un elemento imprescindibile e fondante: la parola.

Il potere fondante della parola che non è semplicemente un mezzo di comunicazione, ma uno strumento potente che può influenzare emozioni, attitudini e comportamenti.

L'EP, attraverso un uso consapevole e calibrato del linguaggio, crea un ambiente di fiducia e rispetto, essenziale per favorire l'instaurare della relazione d'aiuto con le persone.

La parola viene utilizzata dall'EP per ascoltare e comprendersi con l'altro, creando un dialogo che valorizza le sue esperienze e le sue emozioni. Questo processo di ascolto attivo permette di instaurare un rapporto di empatia, fondamentale per costruire un percorso personalizzato e efficace. Inoltre, l'uso della parola può essere un mezzo per trasmettere valori, norme e competenze, accompagnando la persona nel processo di socializzazione e integrazione. Don Lorenzo Milani<sup>38</sup>, prima figura "informale" di educatore, si rende subito conto che la maggiore ingiustizia sta nel non possedere la parola.

---

<sup>38</sup> Don Lorenzo Milani, nome completo Lorenzo Carlo Domenico Milani Comparetti (Firenze, 27 maggio 1923 – Firenze, 26 giugno 1967), è stato un presbitero, scrittore, docente ed educatore cattolico italiano

*“La parola è la chiave fatata che apre ogni porta. Chiamo uomo chi è padrone della sua lingua”*<sup>39</sup>.

Il fondamento dell’insegnamento di Don Lorenzo Milani è la parola stessa, intesa come mezzo per esprimersi in maniera corretta ed efficace, difendendo e sostenendo i propri diritti, ma soprattutto per accogliere gli altri e comunicare con loro in una dimensione di solidarietà. La comunicazione rappresenta il cuore dell’attività educativa. Le parole, sia scritte che orali, sono strumenti essenziali per trasmettere conoscenze, valori e competenze, favorendo l’empatia e la comprensione tra EP e destinatario.

Tuttavia, in un’epoca dominata anche dalle immagini e dai supporti visivi, questi ultimi assumono un ruolo fondamentale nel processo di comunicazione e formazione.

Le immagini, infatti, possono superare barriere linguistiche e culturali, facilitando l’apprendimento e la condivisione di esperienze. La combinazione di parole e immagini permette di creare narrazioni più coinvolgenti e di favorire l’apprendimento attraverso diversi canali sensoriali.

Esempio di questa combinazione risulta essere la Comunicazione Aumentativa Alternativa (da qui in poi CAA).

La CAA, come dichiarato dall’*Associazione ISAAC ITALY ON-LUS (International Society of Augmentative Alternative Communication)*<sup>40</sup> all’interno del documento *“Principi e pratiche in CAA”* è un insieme di strumenti, strategie e metodi utilizzati per supportare e migliorare la comunicazione di persone che hanno difficoltà a comunicare verbalmente.

Si avvale dell’utilizzo di supporti visivi (immagini, simboli, schede di comunicazione, libri illustrati), tecnologie assistive (dispositivi elettronici come tablet con applicazioni di comunicazione, computer con software specifici) e combinazioni di

---

<sup>39</sup> Don Lorenzo Milani (a cura di M. Gesualdi), *“Lettere di Don Lorenzo Milani”*, San Paolo Edizioni, Roma, 2007

<sup>40</sup> <https://www.isaacitaly.it/>

strategie (adattamento di strumenti e tecniche in base alle esigenze individuali).

All'interno del documento sopracitato viene specificato che *“La CAA in Italia si colloca nell'area della riabilitazione e vede coinvolti non solo gli operatori della riabilitazione formati in CAA (logopedisti, terapisti occupazionali, fisioterapisti, ecc.) ma anche educatori professionali, psicologi, neurologi e neuropsichiatri”*.<sup>41</sup>

Oggi, l'EP si confronta con strumenti digitali, piattaforme online, video, e social media, che ampliano le modalità di comunicazione e intervento.

Le immagini digitali, le videoconferenze e le risorse multimediali arricchiscono il lavoro quotidiano, permettendo di raggiungere persone in contesti diversi e di personalizzare gli interventi. La recente pandemia ha accelerato questa tendenza, evidenziando l'importanza delle tecnologie per mantenere un contatto continuo e significativo.

### **Parole e immagini a distanza: lo spartiacque**

La pandemia da Coronavirus ha avuto un impatto profondo sul lavoro delle/degli EP, modificando modalità di intervento, rapporti con le persone e le comunità, e richiedendo adattamenti rapidi e innovativi.

Come precedentemente descritto, nella relazione d'aiuto instaurata dall'EP, parole e immagini risultano elementi imprescindibili e fondamentali nel proprio agire quotidiano.

Le misure restrittive del lockdown in Italia, rese necessarie dal dilagare della pandemia da Coronavirus, oltre ad aver avuto un fortissimo e distruttivo impatto sul tessuto economico nazionale, hanno prodotto un'enorme serie di effetti collaterali in ogni aspetto della vita sociale e privata di tutte le persone.

Ma se fin qui abbiamo dimostrato che la parola, insieme alle immagini, sono elementi cardine dell'agire quotidiano dell'EP,

---

<sup>41</sup> ISAAC ITALY, Principi e pratiche in CAA, ISAAC Italy PRINCIPI E PRATICHE in CAA, 2017

come si è potuto affrontare un evento tanto improvviso quanto devastante come la recente pandemia da Coronavirus?

In un mio intervento di qualche tempo fa sulla rivista *Linee Evolutive*<sup>42</sup> sono andato a descrivere le modalità di superamento di queste barriere formatesi durante un evento inaspettato ed eccezionale come la pandemia per poter effettuare attività socioriparative con persone con disabilità afferenti ad un Centro Diurno dove tutt'ora presto servizio in qualità di Educatore Professionale.

Subito dopo la dichiarazione del lockdown Nazionale, il Ministero della Salute e le Agenzie Regionali Sanitarie non si erano ancora pronunciate in merito ad attività sostitutive o soluzioni alla temporanea chiusura dei Centri Diurni e alla sospensione di tutte le attività domiciliari in favore e supporto di persone con disabilità e delle relative famiglie di origine.

Dopo un primo mese di incertezza sia a livello nazionale che locale, il mondo della disabilità incomincia a intravedere qualche spiraglio di luce rispetto alla continuità di erogazione delle prestazioni sociali e riabilitative nonostante il lockdown nazionale.

L'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), nel mese di Aprile 2020, ha permesso ai Centri Diurni di poter effettuare attività socioriparative a distanza, attraverso canali comunicativi quali videochiamate e chiamate vocali utilizzando le piattaforme multimediali (WhatsApp, Messenger, Google Duo, Google Meet, Zoom).

Gli interventi sono stati condotti singolarmente, in rapporto 1:1 oppure in piccoli gruppi di 3/4 persone, al fine di mantenere un collegamento emotivo tra gli stessi e allo stesso tempo garantire e promuovere la socializzazione nonostante l'isolamento.

La durata di ogni singolo intervento è stata stabilita in 45 minuti, per permettere a tutte le persone di usufruire delle attività.

---

<sup>42</sup> Fadda A., *Disabilità e Coronavirus: strategie e strumenti per ridurre le distanze*, GSH Cooperativa Sociale Onlus, Trento, Vol. 3 - n. 2 - dicembre 2020

La risposta delle famiglie è stata pressoché unanime e ben accolta.

Infatti, chi non possedeva mezzi di comunicazione adatti, ha provveduto all'acquisto di tablet, computer e tutto il necessario per poter usufruire di questo servizio.

Sono state effettuate attività di ginnastica a distanza, viaggi multimediali in grandi città italiane ed europee attraverso l'utilizzo di immagini, attività di cucina a distanza, stimolazione cognitiva e karaoke.

La tecnologia è diventata un potente mezzo di diffusione di parole e immagini che quotidianamente venivano utilizzate in frontalità dall'EP, dimostrando che l'integrazione tra tradizione e innovazione, in un campo vasto e intricato come quello educativo e riabilitativo, è assolutamente possibile e applicabile.

In uno scenario così inaspettato e inusuale, oltre all'utilità della tecnologia, quale è stata la grande capacità dell'EP? È stata quella di adattare un metodo educativo alla situazione che si è presentata, inaspettata e drammatica allo stesso tempo, veicolando due potenti mezzi a sua disposizione, la parola e l'immagine al fine di personalizzare l'intervento, adattando le attività e le strategie alle caratteristiche specifiche della persona e del contesto, considerando le risorse disponibili.

Ma soprattutto di continuare ad utilizzare in maniera funzionale il potere della parola e delle immagini attraverso devices elettronici, modalità fino a questo momento impensabili o improbabili.

### **Intelligenza Artificiale: risorsa o pericolo?**

In questi ultimi anni si sente sempre di più parlare di Intelligenza Artificiale (da qui in poi IA).

L'IA è entrata di diritto nelle vite degli esseri umani: dai programmi informatici, alle applicazioni e alla messaggistica istantanea.

Ma cos'è l'IA?

L'IA come campo di studio è nata formalmente negli anni '50.

La data comunemente riconosciuta come il punto di partenza ufficiale è il 1956, durante la conferenza di Dartmouth<sup>43</sup>, organizzata da John McCarthy, Marvin Minsky, Nathan Rochester e Claude Shannon<sup>44</sup>.

In quell'evento fu coniato il termine Intelligenza Artificiale e si delinearono le prime idee e obiettivi del settore.

Tuttavia, le idee e le ricerche che hanno portato allo sviluppo dell'IA risalgono anche a periodi precedenti, come i lavori di Alan Turing<sup>45</sup> negli anni '40, che proposero il concetto di una macchina universale e la possibilità di calcolare qualsiasi funzione computabile, ponendo le basi teoriche per l'IA.

Negli ultimi anni, l'IA ha fatto passi da gigante, trasformando numerosi settori e influenzando profondamente la nostra vita quotidiana. Ecco alcuni degli sviluppi più significativi:

- avanzamenti nei modelli di deep learning: l'introduzione di reti neurali profonde ha migliorato notevolmente le capacità di riconoscimento di immagini, elaborazione del linguaggio naturale e altre attività complesse.
- elaborazione del linguaggio naturale (NLP): modelli come GPT-3 e GPT-4 hanno rivoluzionato la generazione di testo, la traduzione automatica e le interazioni uomo-macchina, rendendo le conversazioni più naturali e coerenti.
- visione artificiale: le tecnologie di riconoscimento e analisi delle immagini sono diventate più accurate, consentendo applicazioni in medicina (diagnosi per immagini), sicurezza, automotive (veicoli autonomi) e altro ancora.

---

<sup>43</sup> [https://it.wikipedia.org/wiki/Conferenza\\_di\\_Dartmouth](https://it.wikipedia.org/wiki/Conferenza_di_Dartmouth)

<sup>44</sup> McCarthy, John; Minsky, Marvin; Rochester, Nathan; Shannon, Claude (31 agosto, 1955), *A Proposal for the Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence*

<sup>45</sup> Alan Mathison Turing (Londra, 23 giugno 1912 – Wilmslow, 7 giugno 1954) è stato un matematico, logico, crittografo e filosofo britannico, considerato uno dei padri dell'informatica e uno dei più grandi matematici del XX secolo

- automazione e robotica: robot più intelligenti e autonomi sono stati sviluppati per lavorare in ambienti complessi, come magazzini, industrie e assistenza sanitaria.
- IA etica e regolamentazione: crescente attenzione ai temi di bias, trasparenza e responsabilità nell'uso dell'IA, con iniziative volte a sviluppare norme e linee guida etiche.
- applicazioni commerciali e consumer: assistenti vocali, raccomandazioni personalizzate, automazione dei processi aziendali e servizi innovativi hanno reso l'IA parte integrante della vita quotidiana.

L'IA negli ultimi anni ha raggiunto traguardi che fino a poco tempo fa erano considerati futuristici, aprendo nuove opportunità ma anche sfide che richiedono attenzione etica e regolamentazione.

I rischi dell'IA sono numerosi e vari, e sono oggetto di attenta discussione tra ricercatori, esperti e policy maker. Ecco alcuni dei principali rischi associati all'IA:

- perdita di posti di lavoro: l'automazione e i sistemi di IA possono sostituire molte professioni, portando a una disoccupazione di massa in alcuni settori e a problemi economici e sociali correlati;
- bias e discriminazione: gli algoritmi di IA possono riflettere o amplificare pregiudizi presenti nei dati di addestramento, causando decisioni discriminatorie in ambiti come assunzioni, prestiti o sistemi giudiziari;
- privacy e sicurezza: l'uso massiccio di dati personali per addestrare modelli di IA può mettere a rischio la privacy delle persone. Inoltre, sistemi IA malevoli potrebbero essere usati per scopi dannosi, come attacchi informatici o sorveglianza di massa;
- controllo e autonomia: la creazione di sistemi di IA altamente autonomi solleva preoccupazioni sulla possibilità di perdita di controllo, specialmente in contesti critici come armi autonome o sistemi di decisione automatica;

- uso illegale: l'IA può essere impiegata per scopi malintenzionati, come la creazione di deepfake, la diffusione di disinformazione, o attacchi cybernetici sofisticati;
- impatto sociale ed etico: la diffusione dell'IA solleva questioni etiche riguardo alla responsabilità delle decisioni automatizzate, alla trasparenza degli algoritmi e agli effetti sulla coesione sociale;
- rischio di sviluppare IA superintelligente: anche se ancora teorico, alcuni esperti avvertono che una superintelligenza artificiale non controllata potrebbe rappresentare una minaccia esistenziale per l'umanità.

Per mitigare questi rischi, sarebbe doveroso e importante sviluppare normative, linee guida etiche e tecnologie di sicurezza robuste, oltre a promuovere un uso responsabile e trasparente dell'IA.

## **L'IA e l'Educazione Professionale**

Ma qual è l'effettivo impatto dell'IA nel campo dell'Educazione Professionale?

Ma soprattutto, può essere una risorsa o un rischio?

Per rispondere a questi quesiti si possono citare le recenti parole della Ministra per le disabilità, On. Alessandra Locatelli, in occasione del Festival dell'Economia, organizzato dal Gruppo 24 Ore in collaborazione con la Provincia Autonoma di Trento, il Comune e l'Università, a Trento.

*“Nella Carta di Solfignano, il documento approvato in occasione del G7 dell'inclusione e della disabilità, sono indicate otto priorità, tra le quali alcune sono "più innovative, come quella sull'intelligenza artificiale per migliorare la vita di ogni persona, in particolare delle persone con disabilità, che a volte con accomodamenti ragionevoli in qualsiasi dimensione della vita possono beneficiare delle nuove tecnologie dell'intelligenza artificiale se sfruttata in modo opportuno”.*

La Ministra apre all'utilizzo dell'IA, usata correttamente, soprattutto per migliorare la qualità di vita delle persone con

disabilità, nell'ottica del "Progetto di vita" per queste persone, come previsto dalla legge delega sulla disabilità<sup>46</sup>.

Per porre un esempio di applicazione dell'IA nel campo dell'Educazione Professionale, citerò l'esperienza personale del laboratorio di Comunicazione Aumentativa Alternativa del quale sono referente.

La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) è un approccio socioriabilitativo dallo scopo di offrire alle persone con bisogni comunicativi complessi la possibilità di comunicare tramite canali che si affiancano a quello orale.

Si tratta di un insieme di strategie, tecniche e tecnologie che permettono di esprimere bisogni, desideri e di interagire con l'ambiente circostante, utilizzando mezzi diversi dal linguaggio verbale, come gesti, simboli, immagini, dispositivi elettronici.

Dal momento che l'intervento è personalizzato, non tutti gli utenti utilizzeranno gli stessi pittogrammi, e quelli reperibili nelle banche dati o nel web non corrispondono ai bisogni specifici richiesti.

Per sopperire a queste necessità, viene in aiuto l'IA.

Chiedendo ai motori di ricerca di creare un'immagine con determinate caratteristiche, si riesce ad ottenere delle raffigurazioni che possono essere inserite in agende visive, quaderni di comunicazione che riproducono fedelmente la situazione che si voleva rappresentare.

In questo specifico caso l'IA si dimostra un valido aiuto agli EP che, in collaborazione con le logopediste, riescono a creare strumenti personalizzati e mirati.

Quando l'IA potrebbe diventare un rischio nel campo dell'Educazione Professionale?

Tra i principali svantaggi dell'IA in ambito educativo si possono evidenziare:

---

<sup>46</sup> Legge 22 dicembre 2021, n. 227, "Delega al Governo in materia di disabilità", (21G00254), (GU n.309 del 30-12-2021)

- dipendenza dalla tecnologia: un uso eccessivo dell'IA può portare a una dipendenza dagli strumenti digitali, riducendo l'interazione umana e il ruolo dell'EP;
- disuguaglianze digitali: l'accesso a tecnologie avanzate non è uniforme, rischiando di accentuare le disparità tra utenti ed EP di diverse aree geografiche o socioeconomiche;
- perdita di lavoro: l'automazione di alcune funzioni educative potrebbe portare alla riduzione di posti di lavoro per i/le professionisti\* dell'educazione;
- questioni etiche e privacy: la raccolta e l'analisi dei dati degli/delle utenti sollevano preoccupazioni riguardo alla privacy, alla sicurezza e all'uso etico delle informazioni;
- mancanza di empatia e giudizio umano: l'IA può offrire supporto personalizzato, ma non può sostituire la sensibilità, l'empatia e il giudizio pedagogico degli insegnanti;
- rischio di standardizzazione eccessiva: l'uso di algoritmi potrebbe portare a un approccio troppo uniformato, limitando la creatività e l'individualità degli/delle utenti e degli/delle stesse\* EP;
- costi elevati: implementare sistemi di IA avanzati può richiedere investimenti significativi, che potrebbero non essere sostenibili per tutte le istituzioni educative;
- affidabilità e accuratezza: le soluzioni di IA possono commettere errori o essere influenzate da bias nei dati, rischiando di fornire informazioni o valutazioni inaccurate.

In sintesi, mentre l'IA può migliorare molti aspetti dell'educazione, è fondamentale affrontare attentamente queste sfide per garantire un uso etico, equo e efficace di tali tecnologie.

## ***Il desiderio all'interno del processo di presa in carico***

a cura dell'Educatrice Professionale Giulia Gogna

*“Quali sono i tuoi desideri?”*

Una domanda apparentemente semplice e banale, che tuttavia non ho sentito pronunciare così frequentemente come avrei immaginato durante la mia esperienza di lavoro come Educatrice Professionale all'interno dei diversi servizi di salute mentale, pubblici e privati, che ho abitato e attraversato nel corso di questi ultimi anni.

Fin da quando ero ancora studentessa del Corso di Laurea in Educazione Professionale dell'Università degli Studi di Milano, il tema del desiderio all'interno dei processi di cura nell'ambito della salute mentale ha suscitato in me una grande curiosità, stimolando non solo il mio interesse, ma solleticando anche il mio senso di giustizia (e ingiustizia) che mi ha sempre portato ad attribuire al concetto di cura le istanze di libertà ed autodeterminazione introdotte dalla rivoluzione dell'anti-psichiatria basagliana, riprese dal concetto di *recovery* che ancora oggi ispira il mio metodo di lavoro.

Più precisamente, ho avuto l'occasione per la prima volta di approfondire tale tematica durante il tirocinio universitario del secondo anno accademico, da me svolto presso un Centro Psico-Sociale (CPS) di Milano dove lavorava come Educatore Professionale Carlo, o, come lo chiamavo allora, “il dott. Scovino”, mio assistente di tirocinio e uno dei professori del Corso di Laura in Educazione Professionale.

In CPS ho da subito respirato il fermento della progettazione e della realizzazione di attività riabilitative rigorosamente territoriali sempre nuove e sempre più accattivanti per i pazienti del servizio: dalla visita a mostre ed altri luoghi di interesse culturale all'organizzazione di gite fuori porta e veri e propri viaggi all'estero, tra i quali degni di nota sono sicuramente i progetti di New York e Barcellona.

Con entusiasmo ho mosso i primi passi nella progettazione e nella realizzazione degli interventi e delle attività riabilitative individuali e di gruppo, imparando ad interagire con la rete di enti ed istituzioni del territorio; contestualmente ho sperimentato cosa significa costruire con i/le pazienti una relazione educativa orientata alla “vicinanza”, concetto che ho sostituito a quello della “giusta distanza” più volte citato dai libri di testo e dai/dalle docenti del Corso di Laurea in Educazione Professionale, oltre che, come avrei avuto modo di scoprire nel corso della mia storia professionale, da divers\* professionist\* che abitano i servizi di salute mentale.

Tale accento sulla “distanza” nella relazione con i/le pazienti suggerisce a mio avviso un certo timore da parte degli/delle operatori/rici di entrare davvero in contatto con quella complessità e fragilità di cui è portatore chi presenta una patologia o un disturbo psichiatrico, con la paura di ritrovarsi disorientati, invasi, indifesi, spiazzati; oppure con il timore di rispecchiarsi e riconoscersi in quella fragilità che, seppur spesso etichettata in chiave psicopatologica come “sintomo”, “disturbo” o “patologia”, rappresenta prima di tutto la manifestazione umana, in senso fenomenologico, di un modo di stare al mondo, di “funzionare” all’interno del proprio contesto di vita.

Durante il tirocinio formativo in CPS, Carlo mi ha insegnato ad abbandonare gradualmente le mie rigidità e le mie paure per dare spazio ad una modalità di costruzione della relazione educativa con le persone in carico al servizio che privilegia quella vicinanza sufficiente per assumere il ruolo non più di “guida” quanto, piuttosto, di “facilitatore” dell’espressione di bisogni e desideri, della progettazione e realizzazione delle azioni e dei processi necessari per raggiungere i propri obiettivi.

Tale approccio privilegia il lavoro “con” la persona, coinvolgendola in ogni passaggio del percorso di cura e riabilitazione, riducendo il più possibile quello che viene definito il lavoro “per” l’utenza, costituito da tutte quelle azioni realizzate dal/dalla

professionista senza la partecipazione diretta del soggetto destinatario dell'intervento.

Proprio durante il tirocinio in CPS ho iniziato a fare esperienza di quali sono gli effetti e gli aspetti a cui prestare attenzione nella costruzione e nel mantenimento di un'alleanza educativa orientata alla vicinanza. In particolare, ritengo importante sottolineare che essa non comporta la confusione dei ruoli e la dissolvenza di quell'asimmetria che caratterizza qualunque relazione educativa. L'asimmetria del ruolo richiama alla responsabilità dell'Educatore/ricerca Professionale nella gestione delle interazioni comunicative con l'utente e delinea la professione d'aiuto come un rapporto in cui dovrebbe essere il professionista, e quindi il servizio di cura, a dover andare incontro ai bisogni della persona che intraprende un percorso riabilitativo e non il contrario. L'esperienza mi ha insegnato che tale asimmetria viene tutelata dalla capacità dell'Educatore/ricerca Professionale di gestire la permeabilità dei confini nel rapporto con i/le pazienti, valutando di volta in volta quali comportamenti, interventi educativi ed esperienze ostacolano o favoriscono la facilitazione del raggiungimento degli obiettivi del progetto di vita e di cura della persona. Nella mia esperienza formativa e lavorativa, la costruzione di relazioni educative orientate alla vicinanza mi ha fin dall'inizio portata a riflettere in merito al ruolo del desiderio all'interno del percorso di cura di ogni persona in carico ai servizi di salute mentale.

Durante l'attività di tirocinio universitario del secondo anno presso il CPS, dopo aver conosciuto ed osservato direttamente il modo in cui Carlo progettava e realizzava gli interventi educativi e riabilitativi individuali e di gruppo, la mia attenzione si era focalizzata su uno degli aspetti che caratterizzava tutte le attività proposte ai/alle pazienti; ovvero, il fatto che esse fossero "desiderabili", simili cioè a quelle che qualunque persona, in cura o meno presso un servizio di salute mentale, potrebbe desiderare di svolgere nel proprio tempo libero. Si trattava, infatti, di attività che non richiama direttamente ad un setting connotato

chiaramente come “riabilitativo”, “medico”, “terapeutico” o di “training” di qualche abilità, ma di esperienze di gruppo piacevoli, connesse all’arte, alla bellezza, alla musica, al teatro, alla cultura, al viaggio, ecc. Partecipare a tali attività di gruppo come tirocinante e mettermi in gioco nella loro organizzazione mi aveva permesso di riuscire a decostruire alcune mie difese e rigidità e di vivere insieme ai pazienti delle esperienze interessanti e piacevoli (sia per loro che per me), elemento che mi aveva consentito di sperimentare quella vicinanza che, all’epoca, probabilmente mi spaventava.

Sempre in quel periodo, ricordo che Carlo mi aveva affidato il compito di seguire il percorso riabilitativo di Alessandro (nome di fantasia), un paziente da lui già conosciuto da molti anni, esperienza che mi avrebbe offerto la possibilità di mettermi in gioco nella costruzione della relazione educativa e nella progettazione e nello svolgimento di interventi educativi e riabilitativi individuali per la prima volta. Si trattava di un signore che abitava da solo, con una scarsa rete amicale ed il quale era in carico ai servizi di salute mentale da molti anni, alcuni di essi trascorsi come ospite presso strutture residenziali psichiatriche. Nel corso degli anni, gli erano state comunicate dagli psichiatri diverse diagnosi, tutte differenti tra loro. Su suggerimento di Carlo, avevo iniziato a realizzare degli interventi domiciliari nell’ambito dei quali cucinavo con lui e poi pranzavamo insieme. Condividere il momento del pranzo e recarmi a casa sua aveva facilitato il processo di conoscenza reciproca e mi aveva permesso di scoprire velocemente che Alessandro era da molti anni un grande appassionato di astronomia, materia di cui era molto esperto. Mi aveva raccontato che per tale passione, nel proprio paese natale, era stato vittima di stigma e pregiudizio da parte dei vicini di casa, i quali lo consideravano “uno spione”, un soggetto bizzarro e molesto. A causa del senso di vergogna e dolore provocato da tali comportamenti ostili, aveva rinunciato da allora ad utilizzare il suo telescopio e ad osservare il cielo. Con il supporto di Carlo, avevo organizzato per lui e per altri pazienti

del CPS delle uscite al Civico Planetario Ulrico Hoepli di Milano, con l'obiettivo di offrirgli delle opportunità di socializzazione ma, soprattutto, di riappropriarsi della propria passione per l'astronomia.

L'esperienza sembrava aver riaccesso nel suo sguardo un sentimento di gioia e stupore, come se una parte di lui si fosse risvegliata. Mi aveva ringraziata più volte e mi aveva chiesto di ripetere l'esperienza, e così era stato.

Terminato il mio tirocinio presso il CPS, mi ero interrogata su quale elemento potesse aver conferito tale intensità ai momenti trascorsi con Alessandro e su quale fosse stata la chiave che mi aveva permesso, nonostante la mia insicurezza e la mia totale inesperienza, di costruire una relazione educativa con lui e di scegliere quali esperienze progettare insieme.

Nel 2017, all'inizio del terzo anno del corso di laurea, avevo scelto Carlo come relatore di tesi.

Ricordo che durante un incontro in CPS per discutere del progetto di tesi, riflettendo insieme a Carlo sulla mia esperienza di tirocinio e sulla sua metodologia di lavoro, mi ero chiesta se fosse proprio il desiderio uno degli elementi che sostenevano la progettualità degli interventi educativi e riabilitativi individuali e di gruppo da me effettuati e, da un più ampio punto di vista metodologico, realizzati all'interno dei servizi di salute mentale. Fu così che, grazie al sostegno di Carlo, decisi di dedicare il mio progetto di tesi all'esplorazione e all'approfondimento del ruolo del desiderio nel lavoro dell'Educatore/ricerca Professione all'interno dei servizi di salute mentale, attraverso un lavoro di ricerca bibliografica ma anche tramite la realizzazione di un progetto educativo e riabilitativo nominato "*Desiderium*" che ho avuto la possibilità di costruire e proporre direttamente presso il CPS.

Nell'ambito della tradizione filosofica occidentale il tema del desiderio è stato oggetto di studio di numerosi filosofi e pensatori illustri, le cui riflessioni sono raccolte e analizzate nel saggio *Soggetti di desiderio* di J. Butler, filosofa post-strutturalista statunitense. Ciò che emerge dall'analisi proposta dall'autrice, è

una grande molteplicità di dimensioni ed una vasta eterogeneità di definizioni e valori attribuiti al desiderio; esso viene tuttavia considerato da filosofi e studiosi vissuti in epoche diverse (Platone, Aristotele, Spinoza, Lacan, Deleuze, ecc.) come l'essenza stessa dell'essere umano, sia esso definito come una mancanza che genera una continua tensione e un movimento verso qualcosa che non si possiede e che si ricerca o come una forza motrice e creativa (o distruttiva) insita in ogni persona.

La grande complessità che caratterizza il concetto di desiderio, rende difficile, se non impossibile, formularne una definizione semplice e univoca, che risulterebbe inevitabilmente riduttiva e imprecisa. Nell'ambito della mia ricerca, ho tentato pertanto di individuarne le principali dimensioni, aspetti importanti per esplorare in che modo desiderio, educazione e salute mentale possono dialogare tra loro, talvolta intersecandosi per costituire un unico intreccio vitale e costruttivo, talvolta invece allontanandosi e dando origine a trame ed esperienze umane sfilacciate e dolorose.

Il termine “desiderio” deriva dal vocabolo latino *desiderium*, il quale risulta a sua volta composto dalla preposizione *de*, con significato privativo, e da *sidera*, che corrisponde in italiano a “stelle”; letteralmente, l'espressione che lo rappresenta è quindi “mancanza di stelle”<sup>47</sup>, intesa come incapacità di seguire la rotta indicata dagli astri, come senso di disorientamento e di smarrimento a seguito della perdita dei propri punti di riferimento. L'origine del termine “desiderio” si riconduce infatti all'usanza degli antichi di utilizzare gli astri per orientarsi e trovare la direzione verso la quale dirigere il proprio cammino e si riferisce quindi allo “*stare sotto il cielo ad osservare le stelle in un atteggiamento di attesa e di ricerca della via*”<sup>48</sup>. I *desiderantes* menzionati da Giulio Cesare nel libro “De Bello Gallico” erano infatti dei soldati i quali, sopravvissuti alla battaglia, aspettavano sotto il cielo stellato i compagni che ancora stavano

---

<sup>47</sup> <http://www.etimoitaliano.it/2015/01/desiderio.html>

<sup>48</sup> Recalcati M., *Ritratti del desiderio*, Cortina, Milano, 2012

combattendo, senza sapere se essi avrebbero mai fatto ritorno. L'espressione richiama quindi alla decisione di non affidarsi più al corso sicuro ed immutabile degli astri, di non sottoporsi ad un destino verticale, calato dall'alto, per scegliere di "*sfidare quel che dovrebbe essere il futuro stabilito per cercarne un altro, passando dal sapere al fare*"<sup>49</sup>.

Come suggerisce l'etimologia del termine "desiderio", alcune delle sue dimensioni sono la *mancanza*, intesa come senso di non completezza esistenziale che porta le persone a muoversi alla ricerca di qualcosa di diverso e di nuovo, ed il *superamento del sé*, l'auto-trascendenza, ovvero il proiettarsi verso qualcosa di più ampio del sé che si distacca dalla concretezza dei propri bisogni per raggiungere un altrove dai confini meno definiti, aperti e permeabili all'ignoto.

Altre dimensioni che caratterizzano il desiderio sono la necessità del *riconoscimento da parte degli altri* e, al tempo stesso, la spinta all'*autorealizzazione*, movimenti apparentemente opposti che possono essere compresi immaginando il desiderio come una *narrazione di sé*, ovvero come un racconto di qualcosa di profondamente identitario e personale che necessita però, allo stesso tempo, di essere ascoltato, riconosciuto e condiviso nella relazione con gli altri. Considerando quest'ultima dimensione più relazionale e sociale del desiderio, è possibile introdurre l'importanza del rapporto tra esso ed il concetto di *limite*, elemento necessario al fine di

*"dare spazio sufficiente perché tutti i soggetti possano cercare di realizzare i loro desideri [...] e non ve ne sia qualcuno più debole che sia solo oggetto dei desideri altrui, o, ancora peggio solo un mezzo per perseguirli"*<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> Volli U., *Figure del desiderio. Corpo, testo, mancanza*, Cortina Editore, Milano, 2002

<sup>50</sup> Volli U., *op. cit.*

Desiderare può inoltre essere considerato come ciò che differenzia e motiva l'agire appassionato e appassionante dell'individuo e che ne costituisce il rapporto con la *generatività*. Essa, secondo gli studi dello psicologo E. Erikson, si può definire come “*un modo di essere che cerca di promuovere, attraverso la cura, la vita propria preoccupandosi della vita degli altri e valorizzando le capacità di contribuzione*”<sup>51</sup>. Agire in modo generativo significa orientare i propri comportamenti verso un valore che conferisca una forma a ciò che si desidera e di cui si percepisce la *manca*za. Il valore cui fa riferimento la *generatività*, che è tale solo se non annulla o mette a rischio la vita dell'individuo, è di tipo plurale poiché esiste nella tutela della singolarità di ogni persona, opponendosi ad ogni genere di discriminazione.

Se dunque il desiderio, con la sua complessità e con le sue diverse dimensioni, rappresenta un elemento costitutivo dell'essenza di ogni essere umano, come afferma il filosofo G. Cusinato, “*alla base del processo d'individuazione della singolarità vi è quindi una cura del desiderio*” e ne consegue che “*lo stesso processo d'individuazione della singolarità vada allora ripensato a partire dalla cura del proprio desiderio*”<sup>52</sup>.

Tali riflessioni, se riproposte in relazione al lavoro educativo e riabilitativo nei servizi di salute mentale, suggeriscono a mio avviso l'importanza di immaginare un'attività di cura e la costruzione di una relazione d'aiuto che riconoscano la necessità di collocare il desiderio al centro di ogni percorso educativo, formativo, terapeutico e riabilitativo.

Le numerose testimonianze storiche che raccontano le condizioni di privazione totale della libertà, le violazioni dei diritti umani ed i processi di disumanizzazione e stigmatizzazione che subivano in epoca pre-basagliana (e che in alcune realtà subiscono ancora oggi) le persone con disturbi e patologie

---

<sup>51</sup> Magatti M., Giaccardi C., *Generativi di tutto il mondo unitevi! Manifesto per la società dei liberi*, Feltrinelli Editore, Milano, 2014

<sup>52</sup> Cusinato G., *Periagoge. Teoria della singolarità e filosofia come cura del desiderio*, QuiEdit, Verona, 2014

psichiatriche all'interno (ma anche all'esterno) delle istituzioni totali, restituiscono un'immagine vivida di quanto brutalmente e quanto a lungo i loro desideri siano stati soffocati, inascoltati e, spesso, annientati.

Dopo aver riconosciuto l'importanza della funzione della cura e dell'ascolto dei desideri delle persone in carico ai servizi di salute mentale per favorire percorsi riabilitativi orientati alla *recovery* e all'*empowerment*, avevo deciso, con il prezioso supporto di Carlo, di ideare e realizzare presso il CPS dove svolgevo il mio lavoro di ricerca per la tesi il progetto educativo e riabilitativo *Desiderium*, il quale aveva coinvolto sei persone in carico al servizio, tra le quali anche Alessandro. Esse avevano tutte partecipato in passato ad altre attività di gruppo e presentavano patologie e disturbi psichiatrici di diversa natura e gravità.

La realizzazione del progetto era finalizzata a proporre un esempio di una metodologia di lavoro educativo e riabilitativo all'interno di un servizio di salute mentale come il CPS che collocasse al centro l'ascolto, l'espressione e la realizzazione dei desideri dei/delle pazienti, favorendo l'*empowerment* ed un percorso di *recovery* dalla patologia.

*Desiderium* prevedeva l'attuazione, da febbraio a giugno 2017, di dieci incontri a cadenza bimensile, in cui gli utenti avrebbero avuto a disposizione uno spazio in cui esprimere e condividere in gruppo i propri desideri (primo incontro), impegnandosi attivamente per esaudirli attraverso l'organizzazione delle attività desiderate (incontri seguenti). Per agevolare la scelta di quali desideri sarebbe stato possibile realizzare nell'ambito del progetto, erano stati posti dei limiti temporali ed economici per l'attuazione di tutte le iniziative ed era stata condivisa con il gruppo la condizione tale per cui ogni attività desiderata avrebbe dovuto coinvolgere tutti i suoi membri. Era inoltre stato predisposto un file multimediale contenente fotografie e immagini differenti per facilitare e stimolare la condivisione dei desideri nell'eventualità che nessun partecipante fosse riuscito ad esprimerli in modo spontaneo. L'approccio teorico di riferimento adottato era stato

quello della *recovery*, basato sul recupero da parte dell'individuo del controllo sulla propria vita, di quelle aspirazioni e potenzialità di autorealizzazione personale che l'esperienza della malattia, con tutte le conseguenze che essa comporta, può aver danneggiato o compromesso.

Per l'analisi dei bisogni e la verifica degli esiti del progetto, oltre all'attività di osservazione partecipata ed al costante scambio di feedback con operatori ed utenti, era stato predisposto lo strumento della *Mental Health Recovery Star*, volto a consentire ad ogni persona di auto-valutare il proprio livello di autonomia e benessere nelle diverse aree della vita. Altro strumento fondamentale per la realizzazione di *Desiderium* sarebbe stato la costruzione di una relazione educativa basata sulla vicinanza tra operatrice e paziente e su un livello il più possibile ridotto di asimmetria. Infine, il lavoro di rete avrebbe consentito di valorizzare le risorse presenti sul territorio, impiegandole per la riuscita del progetto.

Nell'ambito del primo incontro di *Desiderium* tutte le persone coinvolte erano riuscite ad esprimere almeno un proprio desiderio, condividendolo con il resto del gruppo ed accettando i limiti posti all'inizio del progetto. I primi desideri avevano inizialmente preso forma nella realizzazione di tre attività esterne: una visita guidata presso l'Osservatorio Astronomico di Brera, al Museo degli Strumenti Antichi ed alla Cupola Schiaparelli, una gita all'Acquario di Genova ed una visita al Parco Faunistico Le Cornelle. Oltre a tali iniziative, era stato realizzato in seguito un viaggio ad Aosta di quattro giorni, durante i quali erano state svolte le seguenti attività desiderate dai pazienti: una visita della città e dei castelli di Issogne, Fénis e Vèrres, un'osservazione guidata del cielo presso l'Osservatorio di Saint-Barthélemi, la partecipazione ad una lezione di equitazione e l'ingresso alla SPA delle Terme di Saint-Vincent.

Le persone in carico al CPS coinvolte nel progetto avevano partecipato direttamente, ognuno secondo le proprie risorse e capacità, anche al lavoro organizzativo previsto per l'attuazione di

ogni attività, impegnandosi principalmente nella ricerca di informazioni utili, nello svolgimento di compiti e commissioni ed assicurando la propria presenza all'evento di solidarietà volto a coprire parte dei costi sostenuti.

Attraverso la partecipazione al progetto *Desiderium*, com'era emerso anche dagli esiti della somministrazione della *Mental Health Recovery Star*, le persone coinvolte avevano avuto modo di potenziare la capacità di esprimere e condividere i propri desideri, di acquisire alcune delle autonomie necessarie per realizzarli, sviluppando inoltre grazie al contesto del piccolo gruppo e alla condivisione di esperienze comuni le proprie competenze comunicative-relazionali, creando inoltre nuovi legami significativi tra loro. La realizzazione di *Desiderium* era stata possibile grazie alla relazione educativa costruita con i pazienti, caratterizzata da un livello di asimmetria più basso possibile e dalla dimensione della vicinanza, elementi questi essenziali per offrire alle persone la possibilità di sperimentare le proprie capacità espressive e decisionali in un contesto di libertà, ascolto e confronto reciproco.

La realizzazione del progetto mi ha permesso di fare esperienza di una metodologia concreta di lavoro focalizzata sulla cura dei desideri che è diventata essenziale per il mio attuale approccio al lavoro educativo e riabilitativo.

Al momento lavoro come Educatrice Professionale presso un CPS di Milano con un vasto bacino d'utenza e mi occupo di progettare e realizzare gli interventi educativi e riabilitativi individuali e di gruppo all'interno del servizio.

Facendo tesoro degli insegnamenti di Carlo e dell'esperienza relativa alla realizzazione di *Desiderium*, fin da quando sono stata assunta ho deciso di strutturare il mio lavoro in CPS con un approccio orientato alla *recovery*, coinvolgendo in modo diretto le persone in carico al servizio nella scelta e nell'organizzazione di tutte le attività, istituendo dunque delle riunioni periodiche con loro nell'ambito delle quali vengono discussi aspetti organizzativi e decisionali relativi all'offerta dei progetti e delle attività

già in essere. Tali incontri e momenti di confronto sono finalizzati, inoltre, ad ascoltare proposte e desideri delle persone in carico al CPS per programmare le attività ed i progetti futuri, coinvolgendole direttamente nella progettazione dell'intero servizio. Tali scelte metodologiche sono volte a promuovere la generatività, a facilitare il processo di riappropriazione del potere di scelta in merito alla propria vita e al proprio percorso di cura, nell'ottica di una co-progettazione delle esperienze riabilitative e, quindi, del servizio stesso. Il senso è proprio quello di costruire insieme ai pazienti e alle pazienti l'intero percorso di cura, riconoscendo che il loro contributo, costituito da pensieri, desideri e scelte, ha lo stesso valore di quello apportato dai professionisti che abitano il servizio, i quali hanno però, nell'esercizio del loro ruolo, maggiore potere e responsabilità. Si tratta, in poche parole, di riconoscere che i/le pazienti hanno il diritto e la capacità di scegliere cosa serve per il loro percorso di cura e che il compito degli/delle operatori/rici è di accompagnarli e supportarli con professionalità e con affetto, non di sostituirsi a loro con la presunzione che non sappiano valutare cosa è meglio per il proprio benessere.

Il CPS, in qualità di servizio pubblico, diviene davvero, in tal modo, un luogo che appartiene a tutte le persone che lo abitano, a prescindere dal fatto che esse ricoprano il ruolo di operatori o pazienti. Un luogo di ritrovo e di cura da costruire insieme, permeabile al cambiamento e che tutte e tutti rispettano.

Ascoltare i desideri dei/delle pazienti si rivela fondamentale anche per la strutturazione dei percorsi riabilitativi individuali. Fin dal primo colloquio conoscitivo con i/le pazienti, scelgo sempre di porre loro domande volte ad esplorare quali sono i loro desideri, le loro passioni ed i loro progetti per il futuro. Percepire il mio ruolo educativo come quello di *facilitatore* dell'espressione e della realizzazione dei desideri, ritengo mi permetta di assumere nel rapporto con i/le pazienti una postura di maggiore vicinanza, di apertura al confronto e all'ascolto, di esercitare

l'autorevolezza necessaria per la costruzione dell'alleanza educativa con le persone in carico al servizio in modo non direttivo. Infatti, preservare e gestire i confini significa per me presidiarne la permeabilità e garantire allo stesso tempo il rispetto dei limiti fondamentali per la costruzione ed il mantenimento della relazione educativa, in modo da esercitare una funzione di tutela degli interessi e dei desideri delle persone nel caso in cui esse manifestino dei comportamenti auto ed etero-distruttivi, come talvolta accade nel caso di quadri clinici di particolare gravità.

Facilitare l'espressione e la realizzazione dei desideri delle persone che abitano i servizi di cura è una scelta metodologica che richiede dunque, a mio avviso, la forza ed il coraggio di accogliere l'altro, di rimanere permeabili alle novità, di esercitare la riflessività, ponendosi dunque continue domande sull'essenza e sul senso del lavoro educativo e mantenendo viva la disponibilità a mettere in discussione le proprie scelte ed il modo in cui si esercita il proprio ruolo professionale.

Significa avere il coraggio di riconoscere che il confine che determina il ruolo di operatore/ricerca da quello di paziente è determinato dal *setting* e dall'istituzione e non deve impedire la costruzione di quella vicinanza che dovrebbe permettere ad ogni professionista di riconoscere che l'esperienza della follia e della sofferenza riguardano tutti gli esseri umani, a prescindere dal ruolo che essi esercitano all'interno della società in una data situazione.

Spero che gli elementi della metodologia del lavoro educativo e riabilitativo presentati nell'ambito di questo capitolo, ispirati dagli insegnamenti di Carlo, possano essere utili al fine di offrire a studenti/esse ed Educatori/ricerchi Professionali un valido spunto per realizzare un lavoro di cura che consideri la vicinanza e l'ascolto dei desideri come elementi irrinunciabili al fine di promuovere un percorso di *recovery* nell'ambito dei servizi di salute mentale.

## V CAPITOLO

### *Dove sta andando il processo educativo-riabilitativo?*

Il compito dell'Educatore/rice Professionale, come già anticipato, è quello di ideare, sviluppare, attuare e verificare progetti educativi e riabilitativi, collaborando con le diverse figure professionali, nelle aree che riguardano la disabilità sia psichica che fisica, le dipendenze, i minori con disabilità fisica o mentale, gli anziani con disabilità fisica o mentale, l'educazione della popolazione adulta, la prevenzione del disagio giovanile, e la marginalità (Balestri et al, 2014, p. 1019). L'educatore/rice professionale può svolgere il suo ruolo presso enti privati o nel settore pubblico, può collaborare con le scuole o ancora lavorare a domicilio. L'EP può inoltre occuparsi della formazione dei/delle colleghi\* o di altri\* educatori/rice, così come del coordinamento dei/delle tirocinanti che vengono accolti nelle strutture (Scarpa, 2018, p. 15).

Il concetto di riabilitazione psichiatrica inizia a svilupparsi dopo l'approvazione della legge Basaglia, e si basa sulla convinzione di poter recuperare e sviluppare le abilità e i ruoli degli individui con disagio mentale e reintegrarli nella società rendendoli partecipi di questo percorso. Negli anni '60, nella nostra penisola si sviluppa l'idea che questi obiettivi si possano raggiungere tramite metodologie riabilitative (Ba, 2003). Il concetto di riabilitazione risulta fondamentale nel momento in cui ne consideriamo la portata nel lavoro con i pazienti. Le strutture residenziali sono state oggetto di analisi rispetto all'utilità del lavoro riabilitativo che viene svolto al loro interno, ed è di unanime opinione (Brambilla, 1998; Ba, 2003; Carozza, 2006;) che il progetto riabilitativo abbia delle aspirazioni olistiche nei confronti della persona.

L'educatore/rice professionale svolge il proprio lavoro all'interno di un'équipe multidisciplinare programmando, attuando e verificando interventi educativo-riabilitativi. Le attività che

egli/ella organizza, coordina e svolge assieme all'utente sono finalizzate ad aumentare l'autonomia del soggetto in difficoltà e la sua integrazione sociale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita.

Il processo educativo-riabilitativo è l'insieme delle azioni che il/la professionista mette in atto con l'utente: accoglienza; valutazione; individuazione delle necessità educative, progettazione, programmazione e attuazione dell'intervento.

La relazione educativa è il rapporto che si instaura fra l'educatore/ricerca professionale e l'utente, dando origine e stimolando il cambiamento. La competenza che maggiormente caratterizza l'educatore professionale è quella relazionale. Accanto a questa devono essere sviluppate altre competenze, di valutazione, di riflessione e di organizzazione.

La figura dell'educatore/ricerca professionale (da qui in poi EP) si colloca in quello spazio di cerniera, dove si incontrano l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale. Nello specifico della psichiatria, i servizi in cui opera sono il Centro di Salute Mentale (Centro Psico Sociale – CPS – nella sola Lombardia), il centro diurno e le strutture residenziali.

Al loro interno, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, l'EP è responsabile del processo educativo-riabilitativo ovvero l'insieme di azioni teoriche e pratiche che l'EP mette in atto dal momento in cui entra in contatto con l'utente fino alle dimissioni dello stesso. Il cambiamento, l'aumento della partecipazione sociale, lo sviluppo di abilità, infatti, non è qualcosa che accade casualmente. È necessario un metodo di lavoro sistematico, che abbia a monte dei principi e dei valori, traducibili in un processo strutturato, suddivisibile in fasi (tabella 43.1), ognuna delle quali ha un obiettivo specifico. Questo, però, non vuol dire che la riabilitazione sia una mera applicazione asettica di tecniche, poiché ha come destinatari le persone, con i loro interessi, emozioni, desideri, speranze e paure.

La prima tappa del processo educativo-riabilitativo è la fase dell'accoglienza ovvero l'organizzazione di alcuni incontri

conoscitivi in cui l'EP effettua una prima valutazione del soggetto in difficoltà. Con il termine accoglienza si può però anche intendere il primo contatto fra il soggetto in difficoltà e il servizio, nel quale si registra la domanda di aiuto. In entrambi i casi, durante questa fase si costruiscono le fondamenta per il successivo sviluppo della relazione educativa: per questo motivo è un momento cruciale e delicato.

La seconda fase corrisponde alla valutazione vera e propria (o assessment) ovvero la raccolta e l'organizzazione d'informazioni sull'utente mediante l'utilizzo di strumenti specifici. In riabilitazione, la valutazione prende in considerazione la globalità della persona: questo vuol dire che s'indagano gli aspetti deficitari dell'utente, ma anche riflettere sulla propria professione col fine di contribuire a un incremento della propria cultura professionale.

La competenza organizzativa: consente all'EP di pianificare e realizzare il progetto educativo-riabilitativo. Nel caso in cui l'EP sia coordinatore di un servizio, questa competenza gli/le consente di amministrare e gestire il servizio stesso.

Col fine di aggiornare e sviluppare le competenze e le conoscenze professionali, l'EP si deve inserire in un processo di formazione permanente.

Le capacità che consentono di aiutare l'altro devono essere acquisite come competenze stabili della professione di educatore. Dal punto di vista metodologico molti autori guardano alle riflessioni formulate dallo psicologo C. Rogers che interpretano il comportamento e l'esperienza umana attraverso il dialogo partendo da alcuni principi fondamentali:

- alto concetto e rispetto dell'essere umano,
- fiducia nella forza creativa ed originale della persona singola,
- autodeterminazione e progettualità ideale del sé,
- unità della persona nei suoi momenti biologico e psicologico.

Rogers considerava l'empatia l'elemento fondamentale nella relazione: questo concetto si riferisce alla capacità del/della professionista di comprendere e percepire emotivamente il punto di vista del cliente, senza giudizio. L'empatia crea un ambiente in cui il/la cliente si sente compreso\* e accettato\*. Per effetto dell'empatia l'EP dovrebbe riuscire a percepire l'esperienza del soggetto come se fosse sua, concetto molto simile a quello di enteropatia, dunque lo stato di empatia e la percezione dello schema di riferimento dell'altro, le sue emozioni il significato di queste come se si fosse nei suoi panni. Se l'EP tende a non mettersi nei panni del suo interlocutore, molto probabilmente non riuscirà a capire cosa egli provi esattamente.

L'EP dovrà far emergere la sua disponibilità all'ascolto, all'empatia e al rispetto dimostrando attraverso la non direttività di nutrire piena fiducia nella capacità del soggetto di conoscere sé stesso e di conoscere la realtà esterna a condizione che siano forniti i mezzi necessari per farlo. Il non direttivismo deve essere quindi inteso come una modalità relazionale, in cui l'EP non si pone in termini valutativi nei confronti della persona, ma accetta fiduciosamente il suo punto di vista rispettandone la libertà. L'EP nella relazione dovrebbe cercare di essere sempre se stesso, in collegamento continuo con i propri sentimenti e con ciò che nel rapporto si sta svolgendo senza il bisogno di negare o distorcere i suoi stati emotivi, anzi utilizzando le proprie emozioni e i propri vissuti in modo costruttivo portandoli all'interno della relazione.

Il bisogno di essere accettato\* avvertito da tutti come importante, rappresenta una condizione fondamentale per promuovere lo sviluppo e la modificazione della personalità. Quando l'accettazione incondizionata viene al soggetto da una persona per lui/lei importante è probabile che egli esca dalla situazione di immobilità e si avvii verso un cambiamento. Il soggetto comincia così ad accettare queste parti di sé e a non ignorarle perché cattive o pericolose ma impara a integrarle nel sé: questo significa avere

fiducia nella sua tendenza attualizzante credere nella sua capacità di crescere e cambiare.

Quando un/una paziente ha un problema e sta soffrendo, sta vivendo una situazione difficile e manifesta il desiderio/bisogno di parlare con l'EP, la prima cosa da fare è capire se esiste la disponibilità all'ascolto che è l'elemento essenziale in ogni rapporto di relazione d'aiuto. Tuttavia, la capacità di ascoltare attentamente è difficile da acquisire poiché richiede molto lavoro, molta pratica e impegno. Spesso la capacità di ascoltare viene data per scontata, quando invece non è affatto così, poiché molte persone in realtà non ascoltano o non sanno farlo. In genere si aspetta che chi parla, finisca velocemente in modo da poter esprimere i propri pareri, le proprie idee, dopo le prime parole si pensa già a come rispondere senza ascoltare l'intero messaggio di chi parla o cercare di capire il significato.

Come è stato osservato il silenzio di chi ascolta corrisponde piuttosto ad un periodo di tolleranza che di ascolto vero e proprio, un momento in cui si pregusta l'occasione di esprimersi. Sull'abilità di ascolto bisogna evitare il rischio di interpretare, di proiettare il proprio universo semantico sulla situazione dell'altro. Gli ostacoli maggiori sono infatti rappresentati da:

- la soggettività che consiste nell' assegnare a ciò che viene detto o fatto dei significati personali,
- la deformazione professionale consiste nell'affrontare tutte le situazioni secondo un modello abituale,
- il significato razionale che consiste nell' offuscare il vero significato attraverso la razionalizzazione,
- il rischio di fare delle valutazioni e giudizi sul contenuto in riferimento al sistema soggettivo di opinioni e credenze.

Tutti questi elementi vanno presidiati attentamente: ancora adesso mi capita di sentire EP che interpretano a mò di piccoli psicologi spostando completamente il focus del lavoro educativo da realizzare.

L' EP dovrebbe aiutare il soggetto ad auto comprendersi fino in fondo, ad esplorare le proprie esperienze, i comportamenti e le emozioni ed avere chiaro il quadro delle scelte dei possibili cambiamenti e delle competenze da acquisire. La relazione d'aiuto deve protendersi nell'azione, deve seguire il soggetto nella graduale riappropriazione e riapprendimento delle abilità essenziali, di comportamento. L' EP deve cogliere nel soggetto la componente affettiva, il suo mondo percettivo comprendendo in particolare il significato che il soggetto dà alla situazione. L'EP deve evitare di impartire ordini e direttive, distribuire consigli o esprimere giudizi sia positivi che negativi, di ridicolizzare o fare del sarcasmo o di etichettare. Ciò che è indispensabile è rispettare il soggetto e aiutarlo a gestire i propri compiti di sviluppo tipici dell'età. abilità necessarie a chi intraprende la professione di EP.

Le abilità individuali/professionali da coltivare, alimentare e nutrire sono:

prestare attenzione, significa coinvolgere maggiormente il soggetto nell'evento educativo, tanto maggiore è l'attenzione prestata al soggetto tanto maggiore sarà l'apertura di questi verso l'EP. In base a ciò il/la professionista dovrebbe indirizzare la tensione ai seguenti aspetti:

il linguaggio non verbale, durante il dialogo l'EP deve assumere alcuni atteggiamenti particolari che dimostrano la sua disponibilità,

all'osservazione del comportamento, l'aspetto fisico (il modo di esprimersi e di gesticolare, la cura della persona e dei vestiti ecc.); l'aspetto intellettuale (la disposizione e prontezza nell'apprendere, l'interesse e la precisione ecc.); la componente affettiva (l'intensità dei sentimenti e la coerenza tra la mimica facciale i movimenti del corpo ecc.); il modo di instaurare la relazione con l'interlocutore/rice (interessato, indifferente, difensivo, fiducioso, possessivo ecc.),

all'ascolto nelle sue due modalità: vigile, che è il prestare attenzione a quanto il soggetto dice e fa, e orientato che si ha quando

il/la professionista riflette al soggetto il senso di ciò che è riuscito a comprendere. In tale contesto assume un ruolo particolare la riformulazione, poiché da un ascolto attento è possibile rilevare l'immagine che il soggetto ha di sé, cosa pensa delle persone in genere e quali per lui sono più importanti.

La competenza professionale dell'EP deve poter fare riferimento ad altre figure professionali; secondo il pedagogista Bertolini essere educatori/rici significa riuscire a trasporre il proprio sapere pedagogico in una azione educativa in continuo confronto con il punto di vista delle altre figure professionali per il raggiungimento di un obiettivo comune all'équipe di lavoro. Quando ci si riferisce alla riabilitazione in psichiatria la sua funzione influenza costantemente l'organizzazione assistenziale e terapeutica nelle sue diverse fasi e modalità d'intervento. L'intervento si realizza all'interno di un setting allargato in cui non vi sono costanti prefissate ma in cui queste si delineano di volta in volta in relazione alle caratteristiche della persona, del suo contesto familiare e dell'interazione quotidiana. Esso rappresenta un'area in cui si è consapevoli della complessità dei bisogni della persona e della necessità di operare una corretta integrazione tra approcci farmacologici, psicoterapeutici e educativi. L'intervento riabilitativo/educativo, infatti, è costituito da un'interazione collaborativa tra il soggetto e i diversi ambiti in cui vive e si muove quali: la casa, la famiglia, il lavoro, i luoghi terapeutici e i/le divers\* professionist\*. La psichiatra Ba G. afferma

*“se terapia significa intervenire sul mondo interno del paziente, ogni modificazione di esso si rifletterà sul suo comportamento e sul suo modo di interagire con la realtà esterna; allo stesso modo ogni intervento sul mondo esterno, attuato con finalità riabilitativa, potrà produrre delle modificazioni del mondo interno del paziente”*

Le informazioni necessarie, ai fini del progetto riabilitativo, dovrebbero essere raccolte dal maggior numero possibile di fonti: dalla persona stessa, dai familiari, dai colleghi di lavoro della propria struttura e di altre, che con questi fossero venute in

contatto. Questo si attua al fine di verificare le differenze di comportamento del soggetto in contesti diversi. Il primo passo consiste nel metodo dell'osservazione, fa seguito la raccolta di informazioni nel modo più accurato, completo ed efficace possibile. L'osservazione diretta del comportamento del/della paziente, nell'ambito della valutazione psicopatologica, richiede di identificare, nominare, confrontare e descrivere il comportamento stesso, senza che vi sia alcun tentativo di influenzamento. L'osservazione non solo è il primo atto della progettualità educativa terapeutico/riabilitativa ma rimane valida in tutto il percorso successivo: osservare e ascoltare sono per l'EP due pilastri della sua professione e nella riabilitazione. È opinione comune, sostenuta da numerosi studi, che le determinanti del disturbo psichiatrico, della sua gravità, dipendano da vari fattori. Nella riabilitazione, perciò, si debbono considerare aspetti biologici, psicologici individuali o del gruppo familiare di appartenenza oltre ai fattori sociali. La costruzione di un programma terapeutico si fonda sull'analisi della costellazione di tali fattori in relazione al singolo individuo, alle risorse di cui dispone l'équipe curante e alle risorse dell'ambiente di riferimento. L'EP non è uno specialista di una sintomatologia, di un disagio sociale, psicologico o di una patologia. L'EP è il testimone delle condizioni di vita in cui le persone sofferenti vivono poiché le condivide. Si fa garante dei bisogni, delle aspettative, della domanda sociale di adeguamento nelle relazioni e di reinserimento nei sistemi di vita sociale dai quali tali soggetti risultano esclusi.

Nel 2002 l'ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali, [www.anep.it](http://www.anep.it)) ha elaborato e adottato il Codice deontologico dell'educatore/ricerca professionale che è a disposizione di tutta la comunità degli/delle EP. Oltre a esso ha stilato un documento dal titolo *Principi e valori etici legati alla professione di educatore/ricerca professionale*. Il Codice deontologico, pur essendo stato recepito dal Ministero della Sanità, non ha una chiara rilevanza giuridica: entrambi questi documenti, però, sono punti di riferimento fondamentali per l'agire dell'EP.

Nella storia della salute mentale le definizioni di riabilitazione sono state molteplici e sono variate con l'evoluzione del concetto stesso di psichiatria. Diversi, inoltre, sono i modelli teorici e le metodiche di intervento che si sono sviluppati.

Concettualmente il progetto educativo-riabilitativo è un percorso evolutivo da costruire per e con l'utente, tendenzialmente attraverso i luoghi e i tempi concreti della sua esistenza. In altre parole, il progetto va negoziato con la persona presa in carico e va declinato nel contesto in cui vive: questo si iscrive in un'ottica di personalizzazione dell'intervento. In questo stadio del processo vengono individuati ed esplicitati gli obiettivi, le attività, le metodologie e le strategie, le risorse coinvolte, gli spazi; la frequenza e la durata delle attività, le modalità e i tempi di monitoraggio, gli indicatori di esito, le modalità e i tempi di verifica.

Gli obiettivi possono essere a lungo termine e sono tendenzialmente di carattere generale; oppure a breve termine, cioè più concreti e facilmente valutabili. È auspicabile che gli obiettivi siano concordati con l'utente e con la sua rete sociale e siano calibrati sulle sue reali possibilità di raggiungerli: se gli obiettivi sono troppo alti, il rischio che si corre è il fallimento con conseguente frustrazione e diminuzione di autostima da parte del soggetto.

Per quanto riguarda l'attuazione dell'intervento, la prima cosa da evidenziare è che la riabilitazione psichiatrica interviene su molti aspetti della vita di una persona, ad esempio la cura del sé, la conoscenza e il rispetto delle norme sociali, la gestione del tempo libero, il lavoro, la genitorialità. La scelta delle attività, quindi, dipende dalle possibilità e dalle attitudini dell'utente, dall'area in cui si vuole intervenire (ad esempio, l'area sociale), dagli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere e dalle risorse. Tali attività potranno essere più o meno strutturate, individuali o di gruppo, con differente durata e frequenza, con il coinvolgimento o meno della famiglia, degli amici, della comunità.

Gli strumenti impiegati per l'assessment sono diversi e possono essere raggruppati essenzialmente in due categorie: informali o non strutturati e formali o strutturati.

Il primo gruppo è composto dall'osservazione diretta e/o partecipata sul campo e dai colloqui con l'utente e/o i famigliari. Il secondo gruppo, invece, utilizza strumenti quali test, scale di valutazione, interviste semistrutturate, questionari auto/etero-somministrati per indagare una o più aree specifiche

Dopo la valutazione, l'EP è in grado di identificare le necessità educative e riabilitative dell'utente e di inserirle in una scala di priorità. I confini temporali, che, in quanto tali, sono rassicuranti e responsabilizzanti, non devono cancellare un'altra importante caratteristica del progetto che è quella della flessibilità. Grazie al monitoraggio dell'intervento è possibile, infatti, riformulare e rimodellare gli obiettivi, le attività e i tempi qualora sia necessario. Il follow-up, ovvero la valutazione finale del processo educativo-riabilitativo, è lo stadio in cui si prende in considerazione tutto il percorso e lo si condivide con l'équipe multidisciplinare: si evidenziano i punti di forza e quelli di debolezza; si riflette sulle azioni che si sono introdotte e sulle motivazioni teoriche che hanno portato a scegliere determinati strumenti e metodologie piuttosto che altre; si analizzano i momenti di criticità. In altre parole, si fa una sintesi che consenta di avere una visione d'insieme di ciò che è stato fatto; allo stesso tempo, si collabora per migliorare il proprio lavoro e la propria cultura professionale.

Come già rilevato, fondamentale nel processo educativo-riabilitativo è la relazione che s'instaura fra l'EP e l'utente. In essa, l'accento è posto sulle persone e, più precisamente, sul riconoscimento delle soggettività. Lo spazio in cui tale relazione si concretizza è quello dell'intersoggettività, che può essere l'accoglienza, l'attività da svolgere assieme, l'incontro. È una costruzione lenta e delicata che deve trovare fondamenta sulla fiducia, l'empatia, il rispetto, l'accettazione, l'ascolto, la disponibilità, il dialogo. Ognuno di questi elementi è una conquista, non

necessariamente duratura e per nulla scontata, della relazione stessa. Nella costruzione e nell'affermarsi di questo rapporto ha origine il cambiamento.

L'utente che l'EP incontra in psichiatria è una persona che tendenzialmente ha una storia di sofferenza e di fallimenti, di chiusura e diffidenza, di solitudine e isolamento. La relazione educativa deve mettere proprio questa persona nella posizione di esprimere i propri sentimenti, paure, vissuti, desideri, aspettative e nello stesso tempo di fidarsi delle indicazioni e dei suggerimenti ricevuti. È necessario che l'EP sia in grado di gestire i momenti di crisi come la rabbia e la frustrazione, di trovare un elemento positivo e fecondo in ogni circostanza. Il relazionarsi educativo non è solo un ascoltare ciò che la persona dice, ma è un vero e proprio processo d'interpretazione del detto e non detto, un rispettare i tempi e gli spazi della persona.

Nell'ottica della formazione di rete sociale, è importante che l'EP sia a conoscenza delle opportunità che il territorio offre, ad esempio le attività ricreative organizzate dal comune o dalla parrocchia. Indipendentemente dalle attività, un punto essenziale che l'EP non deve dimenticare è che esse non sono il fine dell'intervento, ma il mezzo per raggiungere gli obiettivi educativo-riabilitativi.

La relazione educativa implica il mettersi in gioco da parte dell'EP; per questo motivo, con tale termine si indica anche il saper essere dell'EP ovvero la disponibilità al coinvolgimento personale e la gestione dei propri vissuti ed emozioni. È opportuno a questo punto problematizzare quale sia il confine fra attività riabilitative e attività educative.

È possibile affermare che le attività educative riguardano l'acquisizione di un sapere, mentre le attività riabilitative riguardano l'acquisizione di un saper fare. Ad esempio, le attività educative si occupano maggiormente di far emergere e sviluppare le attitudini e le potenzialità del soggetto, di fornire le basi per la partecipazione alla vita quotidiana, all'impegno attivo nella comunità, o per l'orientamento scolastico e lavorativo.

Le attività riabilitative, invece, si focalizzano maggiormente sul recupero di capacità e abilità dell'individuo, sono centrate sull'attuazione di percorsi tendenti a sviluppare l'autonomia, la responsabilizzazione, l'inserimento lavorativo (cfr. Crisafulli et al., 2010).

Una così netta demarcazione non è sempre possibile, perché non di rado le attività sfumano fra l'educativo e il riabilitativo. La questione, quindi, rimane aperta giacché la realtà è più complessa di quanto le categorie teoriche ci consentano di dire.

## CONCLUSIONI

Scrivere questo libro mi ha consentito di ripercorrere alcuni territori della mia anima, della mia storia umana e professionale e del mio essere un cittadino di questo paese ed europeo allo stesso tempo. I processi culturali e le trasformazioni sociali richiedono tempi lunghi, anche se con l'avvento di Internet forse non dovremo attendere ancora molti anni per far sì che la follia e le persone che ne soffrono possano essere considerate cittadini\* a pieno titolo.

È vero che manifestazioni di discriminazioni e violenze continuano ad accadere, ma il silenzio è stato squarciato e la battaglia per i diritti di tutte e di tutti è ormai iniziata.

Il tempo dei diritti sembra per alcuni aspetti oggi trascurato, travolto dall'odio, dalla paura e dalla violenza. I diritti sembrano una parola priva di futuro: invece dobbiamo ostinarci a esplorare nuovi territori di dialogo, di libertà e di dignità, responsabilità e appartenenza per poter assegnare a questo termine la sua capacità di generare rispetto e tutela della vita.

Per ragioni professionali, antropologiche e sociali sono ancora tremendamente interessato alle storie delle persone che rimangono tali al di là di una diagnosi, di un lutto, di un dolore, di una condizione di miseria e di sofferenza. La loro umanità non viene cancellata e, laddove lo è, il mio impegno rimane sempre quello di tenerla in piena e rispettosa considerazione, perché solo nell'incontro con l'altro da me (omo, etero, bianco, nero, cattolico, musulmano, ricco, povero) io mi percepisco nel mondo.

Questo testo non ha ovviamente la presunzione di essere esaustivo e definitivo ma intende offrire un contributo ad alcune riflessioni sulla psichiatria e sul processo educativo-riabilitativo nello specifico.

Le legittime proteste delle associazioni di familiari di utenti psichiatrici - quando chiedono una presa in carico adeguata e completa dei propri cari - non mi spaventano ma le ritengo uno

stimolo per migliorarmi e per far sì che i servizi siano sempre più rispondenti ai bisogni dei pazienti e non degli operatori. Davanti a una pubblica amministrazione che sembra sgretolarsi (assenteisti, furbetti del cartellino, negligenze nei confronti dei più deboli e fragili, ecc.) io rispondo che esistono molti buoni esempi e pratiche (e li cito!) nelle scuole, negli ospedali, nei servizi sociali, ecc.

Il pregiudizio, la stigmatizzazione e la discriminazione si possono anche combattere con un libro, e magari si riesce ad assestare un colpo più forte di un'azione fisica, e alla fine si potrà contribuire a cambiare il pensiero di una persona. Magari questo libro, e me lo auguro con tutto il cuore, avrà la capacità di infondere coraggio in chi, si sente solo ed emarginato.

Propongo a tutte le lettrici e lettori un'osservazione a partire dalla quale poter leggere e lasciarsi condurre in queste pagine, che è quella di pensare l'essere umano come colui che è dotato di parola, esclusiva non di tutti gli esseri viventi.

Questo mi appare molto affascinante e interessante, e rimanda all'enorme possibilità di scambio che gli esseri umani hanno grazie all'uso della parola e al loro abitare nel linguaggio. L'essere umano procede nella sua esistenza accompagnato dalle parole che ci consentono di posizionarci nelle occasioni relazionali. J. Lacan affermava che “... *la parola rappresenta il mistero della notte dei tempi... ed è in relazione con il tempo*”.

Quando accompagno gli/le studenti/esse nel lavoro di realizzazione di una tesi chiedo loro di non ringraziarmi. Nel caso di questo libro devo e voglio ringraziare Davide Barban, Marina Malgeri, Chiara Carlini, Alessio Fadda, Martina Viola e Giulia Gogna.

Nel libro *Da grande* di J. Attenberg la scrittrice afferma

*“per così tanto tempo ho creduto di non essere adeguata, ma ora capisco che non esiste nulla a cui doversi adeguare, c'è solo quello che ho deciso di fare. C'è ancora tempo, penso. Ho ancora un sacco di tempo”.*

Il darwinismo mediatico da cui siamo invasi è l'effetto di una società che elegge l'individualismo accompagnato dalla forza e dalla corruzione a sola condizione d'esistenza. Esso produce un modo di concepire le relazioni sociali dove non c'è spazio per pensare che vi possa essere una società sbagliata, di conseguenza non vi può essere spazio per pensare a una società giusta: l'idea di una società diversa è così esclusa in partenza.

Io continuo a sentirmi ancora inadeguato. Talvolta. Parafrasando P. P. Pasolini,

*“Io non ho alle mie spalle nessuna autorevolezza: se non quella che mi proviene paradossalmente dal non averla o dal non averla voluta; dall'essermi messo in condizione di non avere niente da perdere, e quindi di non esser fedele a nessun patto che non sia quello con un lettore che io, del resto, considero degno di ogni più scandalosa ricerca...”*

Con il termine “scandalo” Pasolini intendeva l'effetto di un'azione che una volta divenuta di pubblico dominio causa un turbamento della sensibilità morale pubblica, prevalentemente in materia di sesso, denaro ed esercizio del potere. Il turbamento suscitato dalle parole dello scrittore friulano riesce ancora a mobilitare le coscienze. Sicuramente la mia.

Questo testo spero possa promuovere il pensiero critico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andreoli V., *I principi della nuova psichiatria. Oggi è possibile curare la mente*, Rizzoli, Milano, 2017
2. ANEP (2023) [https://www.anep.it/Linee\\_indirizzo\\_outcome](https://www.anep.it/Linee_indirizzo_outcome) consultato il 07/04/2025
3. ANEP, “*Codice deontologico dell’Educatore Professionale*”, Genova, 2016
4. ANEP, “*L’Educatore Professionale*”, Maggioli Editore, Bologna, 2018
5. Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagne C, (2002), *Riabilitazione psichiatrica*, Tr. It. 2003, CIC Ed. Int., Roma
6. Anthony WA, Farkas MD, (2016), *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica – Indicazioni, prassi e trattamenti*. Franco Angeli, Milano
7. Basaglia, F. (a cura di) (1972). *Che cos’è la psichiatria?* Einaudi, Milano
8. Borg M, Karlsson B, Tondora J, Davidson L, (2009), Implementing Person-centered care in psychiatric rehabilitation: what does this involve? *Israelian Journal Psychiatry Related Science*, 46 (2), 84-93
9. Borgna, E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli Editore, Milano, 1999
10. Butler J., *Soggetti di desiderio*, Gius. Laterza & Figli, Bari, 2009
11. Carozza P, (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano
12. Cusinato G., *Periagoge. Teoria della singolarità e filosofia come cura del desiderio*, QuiEdit, Verona, 2014;
13. Carozza P, (2010), *La psichiatria di comunità, tra scienza e soggettività*, Franco Angeli, Milano.
14. Cartabellotta A., “*La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico-terapeutiche*” in Evidence, GIMBE Foundation, 2013

15. Comitato Nazionale per la Bioetica. (2006). Bioetica e riabilitazione. Presidente del Consiglio dei ministri.
16. Corrigan PW, et al., (2016), *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach, second edition*, The Guilford Press, New York
17. Crisafulli F., *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale*, Maggioli Ed., S. Arcangelo di Romagna (RM), 2018
18. Crisafulli F., *Educatore professionale: l'identikit dei 110mila professionisti attivi nei settori sociale e sanitario*, Sanità24, Il Sole 24 ore, Edizione Online 08 Dicembre 2023
19. Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S., *Il Core Competence dell'Educatore Professionale. Linee d'indirizzo per la formazione*, Unicopli, Milano, 2010
20. Cro F., "Entri ed esci dall'ospedale psichiatrico: la sindrome da porta girevole" in La Repubblica, CIR SpA, 2017
21. D'Avenia, A. (2011). *Bianca come il latte, rossa come il sangue*, Mondadori, Milano
22. Davidson L, Tondora J, StaeheliLawless M, O'Connell M, Rowe M, (2012), *La recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson Ed., Trento
23. Don Lorenzo Milani (a cura di M. Gesualdi), *Lettere di Don Lorenzo Milani*, San Paolo Edizioni, Roma, 2007
24. Engel GL, (1977), *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, *Science*,196:129-136
25. Fiumanò M., *L'inconscio è il sociale. Desiderio e godimento nella contemporaneità*, Bruno Mondadori, Torino, 2010
26. Formenti, L. (2017), *Formazione e trasformazione. Un modello complesso*, Raffaello Cortina Editore, Milano

27. Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano, 1979
28. Gozzi M., Rabitti E., Simonazzi L., Zini G., Bologna M., “*Programma ‘avere cura’. Un’esperienza di educazione e motivazione alla cura in Centro Diurno*” in *Errepiesse*, a. III – n.1, 2009
29. Hume C, Pullen I, (1994), *La riabilitazione dei pazienti psichiatrici*, Raffaello Cortina Ed., Milano
30. Liberman RP, (2012), *La recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma
31. Longo R., Bessone M., Bartolomei G., Brancato S., Grandi B., Gyppaz D., Zazzara MB., (a cura di) (2017), *I determinanti sociali della salute mentale*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS
32. Magatti M., Giaccardi C., *Generativi di tutto il mondo unitevi! Manifesto per la società dei liberi*, Feltrinelli Editore, Milano, 2014
33. Magliano L, (2020), *CIGI. Intervento riabilitativo combinato nei contesti residenziali psichiatrici*. Combined Individual and Group Intervention: realizzare programmi psicosociali individuali e di gruppo e formare le équipes, Erickson, Trento
34. Maone A, D’Avanzo B, (a cura di), (2015), *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Ed., Milano
35. McCarthy, John; Minsky, Marvin; Rochester, Nathan; Shannon, Claude (31 agosto, 1955), A Proposal for the Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence;
36. Nicolò G, Pompili E, (a cura di), (2021), *Psichiatria territoriale: strumenti clinici e modelli organizzativi*, Raffaello Cortina Ed., Milano

37. OMS, (2001), *IC: classificazione internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute*, Erickson, Trento
38. Pasqualotto L., Cibin M., Barban D., Perrelli E., Cazzin A., *The development of ICF-Recovery tools to support an evidence-based psychosocial rehabilitation* «JOURNAL OF ADVANCED HEALTH CARE», vol. 5, n. II, 2023
39. Recalcati M., *Ritratti del desiderio*, Cortina Editore, Milano, 2012
40. Recalcati M., *La forza del desiderio*, Edizioni Qiqajon, Magnano (BI), 2014
41. Sackett D et al, (2000), *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*, Edinburgh: Churchill Livingstone
42. Salomone I., *Il setting pedagogico. Vincoli e possibilità per l'interazione educativa*, Carocci editore, Roma, 1998
43. Saraceno B, (1995), *La fine dell'intrattenimento*, Etas Libri, Milano
44. Sclavi, M. (2003), *Arte di ascoltare e mondi possibili, come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori, Milano
45. Saraceno B, (1995), *La fine dell'intrattenimento*, Etas Libri, Milano.
46. Scovino C., *Matti per i diritti umani* (patrocinato da Amnesty International), Arcipelago Ed., Molinetto di Mazzano (BS), 2014
47. Scovino C., *Nuovi itinerari educativi e riabilitativi: le sfide della e nella psichiatria*, Arcipelago Ed., Molinetto di Mazzano (BS), 2019
48. Scovino C., *Il tempo libero nella disabilità*, Arcipelago ED. Molinetto di Mazzano (BS), 2012

49. Scuccimarra G. (2009), *Modelli concettuali di disabilità e riabilitazione*, Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva, n. 29, 54-66
50. Siani R, Siciliani O, Burti L, (1990), *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli Ed., Milano
51. Spivak M, (1987), Introduzione alla riabilitazione sociale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXI, III, 522-525
52. Volli U., *Figure del desiderio*, Cortina Editore, Milano, 2002
53. Wilkinson R., Marmot M., (2006) *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*, Edizioni Provincia Autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento

## SITOGRAFIA

1. ANEP (2023) [https://www.anep.it/Linee\\_indirizzo\\_outcome](https://www.anep.it/Linee_indirizzo_outcome) consultato il 07/04/2025
2. ANEP (2024) <https://www.anep.it/Linee%20di%20indirizzo%20sulla%20valutazione%20degli%20outcome> consultato il 07/04/2025
3. Barban D., (2024) *Valutazione outcome salute mentale e dipendenze patologiche* <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/valutazione-outcome-salute-mentale-dipendenze-patologiche.html> consultato il 07/04/2025
4. <https://www.anep.it/>
5. <https://www.educatoreprofessionale.it/>
6. <https://www.normattiva.it/>
7. <https://www.welforum.it/>

**CARLO SCOVINO** – docente a contratto c/o Università degli Studi di Milano, Formatore, Pedagogista, Educatore Professionale nell'ambito della salute mentale. È autore di innumerevoli articoli e libri sul tema dell'educazione, dell'inclusione, dei diritti, dell'equità e della diversity. Ha scritto numerosi testi relativamente alla comunità LGBT+.

**DAVIDE BARBAN** - Educatore Professionale nell'ambito dei servizi della salute mentale e delle dipendenze patologiche. È accreditato da una pluriennale esperienza di utilizzo degli strumenti ICF-Recovery. Attualmente è Vicepresidente Nazionale ANEP. È autore di pubblicazioni e past docente a contratto c/o Università di Udine.

**MARINA MALGERI** – Educatrice Professionale attualmente in servizio c/o la Casa Arcobaleno di Milano. È formatrice sulle tematiche LGBTQ+, sul principio di non discriminazione e sui diritti nonché autrice di articoli sugli stessi temi. È nel direttivo ANEP Sezione Lombardia/Sardegna e svolge il ruolo di assistente del Prof. Carlo Scovino.

**MARTINA VIOLA** – Educatrice Professionale attualmente in servizio presso una struttura per minori con disabilità. È pedagogista e ha scritto articoli sul tema del racconto e delle fiabe. È assistente del Prof. Scovino.

**ALESSIO FADDA** - Educatore Professionale presso il Centro Diurno per persone con disabilità Anffas Tigullio Est di Chiavari (GE). È laureato in Educazione Professionale e in Scienze Pedagogiche e dell'Educazione. È presidente della Sezione Liguria ANEP-ATS

**CHIARA CARLINI** – Educatrice Professionale attualmente in servizio nell'asilo dell'Università Bicocca. Collabora con il Prof. Carlo Scovino nella redazione di paper e sui temi del disagio giovanile e svolge il ruolo di assistente universitaria.

**GIULIA GOGNA** – Educatrice Professionale presso un CPS della città metropolitana di Milano. Collabora in Università con il prof. Scovino e partecipa alla redazione di paper sul tema della recovery.