

**NUOVI ITINERARI  
EDUCATIVI E  
RIABILITATIVI:  
le sfide della e nella  
Psichiatria**

**CARLO SCOVINO**

col contributo di C. Carlini e M. Malgeri

Collana Gruppi,  
Organizzazioni,  
Comunità

**GOC**





## **GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ'**

Collana promossa da ARIPS, diretta da Margherita Sberna

E' la naturale continuazione della Collana Gruppi & Comunità già edita da CittàStudi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzi tutto 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 ed 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 dalla neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne le 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 esperienza 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

C. Scovino col contributo di Chiara Carlini e Marina Malgeri  
NUOVI ITINERARI EDUCATIVI E RIABILITATIVI: le sfide della e nella Psichiatria

© Copyright 2019 Edizioni Arcipelago

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

Via Brescia 6 - 25080 Molinetto di Mazzano - BS

Prima edizione elettronica Settembre 2019

a cura di Edizioni Arcipelago

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti Paesi. I nomi delle persone, laddove vengono nominate, sono di fantasia per tutelare il loro anonimato. Le opinioni espresse in questo testo esprimono il punto di vista degli autori. Nessuna parte di questo volume può essere riprodotta, memorizzata o trasmessa in alcuna forma e con alcun mezzo, elettronico, meccanico o in fotocopia, in disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione, senza autorizzazione scritta dell'Editore. Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto all'art. 48, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni per finalità di carattere professionale, economico o commerciale, o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dall'Editore. *Per quanto sia stata posta sufficiente cura nella ricerca delle fonti e delle informazioni, l'editore non è responsabile dell'accuratezza dei dati e delle notizie presenti in questo libro. Le opinioni espresse in questo testo sono solo ed esclusivamente da attribuire all'autore.*

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 "Gruppi, Organizzazioni, Comunità"; allo stesso tempo si ottimizzerà il consumo di carta e di inchiostro in rapporto alle impostazioni che le pagine hanno nella versione elettronica.

**CARLO SCOVINO**

**Con il contributo di Chiara Carlini e Marina Malgeri**

**NUOVI ITINERARI  
EDUCATIVI E  
RIABILITATIVI:**

**le sfide della e nella Psichiatria**

*Non mettermi accanto a chi si lamenta  
senza mai alzare lo sguardo,  
a chi non sa dire grazie,  
a chi non sa accorgersi più di un tramonto.  
Chiudo gli occhi, mi scosto un passo.  
Sono altro.  
Sono altrove.*

*Alda Merini*

## INDICE

<b>PREFAZIONE</b>	Pag. 8
<b>INTRODUZIONE</b>	Pag. 11
<b>I CAPITOLO</b>	Pag. 14
<i>TRA CURA E CARING NEL PROCESSO EDUCATIVO</i>	
<b>II CAPITOLO</b>	Pag. 26
<i>LA VALUTAZIONE IN PSICHIATRIA: una possibilità e un' opportunità</i>	
<b>III CAPITOLO</b>	Pag. 31
<i>SALUTE MENTALE E DIRITTI UMANI</i>	
<b>IV CAPITOLO</b>	Pag. 38
<i>LA SALUTE MENTALE TRA INTRATTENIMENTO, RIABILITAZIONE ED EDUCAZIONE: UNA QUESTIONE APERTA</i>	
<b>V CAPITOLO</b>	Pag. 55
<i>LA BELLEZZA COME ANTIDOTO ALLA FRAGILITA' DEL VIVERE: esempi e riflessioni col contributo di Chiara Carlini e Marina Malgeri</i>	
<b>VI CAPITOLO</b>	Pag. 67
<i>LA FOLLIA DEL VIVERE: CHE FARE?</i>	
<b>CONCLUSIONI</b>	Pag. 74
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	Pag. 78
<b>SITOGRAFIA</b>	Pag. 80
<b>FILMOGRAFIA</b>	Pag. 81

## PREFAZIONE

Educatore ed “educando” instaurano fra loro una relazione. La natura di questa relazione è spesso in continua trasformazione, ogni giorno, ogni singola attività proposta dall’educatore può mutare il rapporto in qualcosa che avvicina o allontana i due. La difficoltà che deve affrontare un bravo educatore è proprio quella di vincere una possibile resistenza da parte dell’utente; instaurare una relazione, grazie alla sua empatia, che faccia sentire l’ “educando” pensato e sognato, ascoltato nei suoi desideri e nelle sue paure. Spesso il ruolo dell’educatore è sottovalutato poiché l’utente stesso, inizialmente, concentra le sue attenzioni verso la figura dello psichiatra o dello psicologo. Figure che, a differenza di quella dell’educatore, si caratterizzano con una relazione a tu per tu ed in un luogo “isolato” rispetto agli ambiti sociali in cui l’utente vive. L’educatore invece si cimenta in ambienti e modalità differenti: il suo compito è quello di facilitare relazioni sociali fra i vari utenti, conoscere ed interagire con l’ambiente sociale in cui essi vivono (famiglia, contesto lavorativo ed altro) e, attraverso differenti iniziative, promuovere la crescita dell’individuo e la sua capacità di autonomia realizzando un processo che porta l’utente a prendere coscienza di sé e delle sue risorse.

Naturalmente anche l’ambiente in cui educatore e utenti si incontrano ed interagiscono è molto importante: entrare in uno studio asettico non è di aiuto alla persona per “abbassare la corazza”. Accedere invece in una struttura nella quale si percepisce una relazione serena tra pazienti e figure di riferimento facilita l’instaurarsi di un rapporto di fiducia tra gli stessi. Un bravo educatore si deve quindi proporre come una figura prossima ai suoi pazienti, non come un amico ma sicuramente come un punto di riferimento costante e vicino. La difficoltà di questa missione è quindi quella di trovare la giusta distanza con l’utenza. Ma nel cercare questa giusta posizione non deve mai dimenticare che ha a che fare con differenti persone le quali hanno necessità e bisogni diversificati: ruolo dell’educatore è quindi sapersi avvicinare ad ognuno di loro. Ciò implica da parte del professionista la capacità di mettersi in gioco e di comprendere quale possa essere il modo più adeguato per ognuno di essere coinvolto nelle attività proposte.

Educare è quindi un’attività dinamica; richiede passione, curiosità, empatia e spirito di iniziativa.

Non si può pensare che l’attività dell’educatore segua orari stabiliti: un bravo professionista deve essere pronto anche a promuovere iniziative nel fine settimana, la sera e/o durante le feste. Ciò può apparire inusuale ma risulta efficace per essere più vicino a chi spesso, a causa della propria patologia, soffre anche di solitudine e ha poche occasioni di svago.

Nel corso degli anni, da parte del CPS di zona 4 dell’ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano, sono state quindi proposte vacanze estive, aperitivi serali, gite nel week-end, visite guidate a mostre e musei, pranzi o cene durante le festività ed altro ancora.



Queste occasioni hanno permesso ai pazienti di socializzare tra loro, confrontarsi, conoscersi e frequentarsi anche autonomamente ampliando così le proprie reti di amicizie.

Il concetto di rete non afferisce solo alla figura dell'educatore ma diventa strumento educativo per lo stesso paziente che, ampliando la propria, trova giovamento.

Un bravo professionista quindi si augura che i pazienti possano costruire il proprio progetto di vita anche (e soprattutto!) al di fuori del CPS stesso. Spesso è accaduto che grazie alla rete del CPS il paziente abbia potuto usufruire di corsi di musica, di informatica, di ballo erogati da altri servizi/enti del territorio ma poco noti al paziente stesso. Altre volte è accaduto che l'educatore abbia sostenuto il paziente nella ricerca di un lavoro anche al di fuori dei canali istituzionali.

In tutto questo hanno avuto un ruolo importante anche i vari tirocinanti del Corso di Laurea in Educazione Professionale dell'Università degli Studi di Milano che nel corso degli anni si sono avvicinati. Il CPS di zona 4 continua ad essere quindi un campo di prova per giovani studenti capaci e ci si augura una fucina di nuovi educatori professionali che possano trasmettere la metodologia e l'approccio acquisiti anche in strutture meno dinamiche.

Il processo di inclusione e di riduzione dello stigma è anche favorito dagli incontri/testimonianze ai quali annualmente partecipano alcuni degli utenti, durante le lezioni del Prof. Carlo Scovino. Raccontare la propria esperienza ai giovani studenti aiuta a prendere coscienza di sé e a percepire come meno terrificante la propria patologia.

Nel processo di inclusione è quindi importante il coinvolgimento e l'interesse del "mondo esterno" alla psichiatria. Nel corso degli anni alcuni utenti hanno avuto, ad esempio, la possibilità di cimentarsi come guide del FAI, come ciceroni a visite guidate rivolte a parrocchie o scout, come modelli per riviste di moda, ecc.

Tutte queste attività sono rivolte a far conoscere il mondo della psichiatria sotto una luce differente da quella che per lo più viene identificata solo come quella della sofferenza.

La rete sociale che deve creare un educatore risulta così efficace e ampia. Anche il giornale di zona spesso racconta le attività del CPS di zona 4 sostenendo così quel processo di inclusione di cui si accennava prima.

Naturalmente tutto ciò non è di facile realizzazione; sia per la percezione che la società ha delle patologie psichiatriche sia per lo stato d'animo dei pazienti che può subire variazioni nel corso del tempo. Può succedere che qualche paziente decida volontariamente di abbandonare le attività, sia temporaneamente che definitivamente, o che sia incostante nella partecipazione ad esse.

Il principio che segue l'educatore è quello ispirato alla libertà del paziente: egli deve sentirsi coinvolto e motivato e non obbligato, altrimenti ogni attività proposta perde il suo

valore educativo. In questa ottica viene spesso considerato il desiderio del paziente, cercando di realizzare quanto egli propone. Un esempio concreto lo si trova nella realizzazione del progetto “*Dove volano gli aquiloni*” che si è realizzato nella primavera del 2019 a Cervia, in occasione della XXXIX Edizione del Festival Internazionale degli Aquiloni. La tirocinante che, sotto la supervisione dell'educatore, si è occupata del progetto ha infatti chiesto a ciascuno dei partecipanti al progetto quali altre attività avrebbero gradito svolgere in quel periodo. Da un confronto è emerso il desiderio di visitare il parco divertimenti di Mirabilandia. La proposta è stata accolta favorevolmente e la stessa si è subito messa all'opera per realizzarla.

Ma questa non è stata la prima occasione in cui il desiderio dei pazienti è stato preso in considerazione: una ex tirocinante lo ha infatti scelto come argomento della propria tesi di laurea.

Il ruolo attivo degli utenti non si è limitato solamente alla proposta del desiderio da realizzare ma anche nella compilazione della Recovery Star<sup>1</sup>. La compilazione della survey viene effettuata quando vengono realizzati progetti educativi di grande rilevanza e che vedono coinvolti gli utenti.

Ogni anno infatti viene posto in essere un grande progetto che si identifica in un viaggio per la cui realizzazione vengono organizzati eventi di solidarietà che vedono la partecipazione diretta degli utenti coinvolti. Tra le varie mete toccate in questi viaggi una menzione particolare la merita New York (il tema del viaggio e del viaggiare continua ad essere il filo conduttore di molte iniziative).

Tutto ciò rende il CPS di zona 4 tra quelli più all'avanguardia di Milano.

Una piccola dimostrazione è rappresentata da questa prefazione....scritta a quattro mani da due utenti del servizio.

*Fabio e Franco*

---

<sup>1</sup> strumento che, mediante un approccio collaborativo, consente di valutare il percorso di recovery di pazienti affetti da un disturbo mentale

## INTRODUZIONE

Paul Ricoeur affermava che l'unico modo che abbiamo di conoscerci è raccontarci, raccontando anche quello che non abbiamo vissuto, perché ci è stato negato o imposto. E accettare di essere "diseredati, esiliati, esclusi" – perché non corrispondiamo alle aspettative che altri hanno proiettato su di noi – significa aprirsi alle possibilità del futuro in cui ci si assume la responsabilità della propria vita abbandonando le recriminazioni, frutto di quello che lo psicoanalista J. Lacan chiama sentimento di "jouissance mortifère" (godimento mortifero), cioè dell'atteggiamento vittimistico di chi, colpevolizzando gli altri, sposta fuori da sé la responsabilità della propria vita.

L'esilio, l'esclusione e la tortura sono tra le condizioni che i pazienti psichiatrici hanno subito per molti secoli: il tema dell'esclusione continua ad essere un argomento presente nei diversi approcci e studi e per un approfondimento si rimanda il lettore alla letteratura specifica. Per quanto mi riguarda ciò che continua ad interessarmi è il diritto ad una cittadinanza attiva correlato alla sempre presente istanza di libertà che ogni individuo porta con sé e che talvolta la patologia potrebbe offuscare o minare. Il fil rouge di questo libro, almeno nelle intenzioni, è quello di fornire ai professionisti dell'educazione, e nello specifico a coloro che operano nell'ambito della salute mentale, uno strumento di riflessione e di problematizzazione teorico e metodologico. La relazione che si instaura tra utente ed educatore presuppone la presenza dell'altro da sé e le azioni e gli accadimenti riguardano la relazione che si sviluppa, e che non è mai data per sempre, in una dimensione dove ambedue possono esperire le loro istanze di essere nel mondo (secondo la definizione husserliana). L'incontro infatti presuppone non una condizione spaziale ma un'accessibilità che ci permetta di ri-conoscere l'altro in quanto già da sempre conosciuto (appartenente al "nostro mondo").

La dimensione del prendersi cura in ambito educativo e riabilitativo va intesa con un valore esistenziale che indica innanzi tutto il fatto che la costituzione profonda dell'essere umano è quella della cura. In altre parole questo significa che agli esseri umani non "capita" un po' sì e un po' no di assumere una relazione col mondo, ma che proprio l'essere in relazione col/nel mondo e prendersene cura caratterizza la loro esistenza. In questo dove la reciprocità assume un suo preciso significato poiché aiuta l'individuo a entrare in relazione con l'altro da sé stimolando cambiamenti (a volte impercettibili) che inevitabilmente modificano lui stesso, l'altro e ciò che li circonda.

Qualsiasi relazione si costruisce e si sviluppa attraverso un tempo che non è mai dato per sempre ma muta a seconda dei tempi reciproci: il tema del tempo dell'utente che frequenta un servizio educativo e/o terapeutico-riabilitativo è una dimensione che viene spesso messa da parte ponendo l'accento sui tempi del servizio abdicando di fatto alla necessità di determinare insieme all'altro un tempo condiviso. Questo è sicuramente vero in un servizio psichiatrico dove il tempo del prendersi cura non può, e secondo me non deve, solamente tener conto della micro e macro organizzazione: troppo spesso, per esempio, il tempo libero dei pazienti psichiatrici è così libero da risultare vuoto!

Nella relazione, poi, c'è sempre il corpo fisico dell'educatore e dell'utente: è un corpo, come sostiene Foucault, che bloccherebbe sempre il passaggio da un "qui" a un "altrove".

Lo splendore delle relazioni è indipendente dal colore della pelle, della professione di fede, dal censo, da una condizione di disabilità temporanea o permanente e

dall'orientamento sessuale. In questa temperie di molta mediocrità e inadeguatezza, l'incontro con l'altro da sé mi appare ancora speciale e interessante.

Bergson spiega che mutiamo sempre: insieme agli istanti, la coscienza ed i suoi stati si modificano, di volta in volta ampliati dalle esperienze nel tempo. Il tempo così inteso corrisponde agli infiniti gesti imprevedibili dell'altro, ma anche del sé e del mondo, corrisponde all'apertura verso la discontinuità, verso il possibile. Il tempo diventa un fenomeno inventivo, elaborazione creativa di ciò che potrebbe essere, elaborazione costante del nuovo. La mutevolezza che analizza Bergson sta anche nel cambiamento identitario permesso dal tempo. Per la coscienza è impossibile attraversare due volte l'identico stato d'animo, poiché è diversa l'identità sulla quale agisce lo stato stesso: mutiamo continuamente, in funzione del succedersi di esperienze particolari.

Movimenti discontinui caratterizzano gli istanti generati dall'esperienza proiettando il soggetto nell'imprevedibilità futura; sta dunque nell'esperienza, nel grado di consapevolezza soggettiva, il valore del tempo vissuto, un tempo unico poiché carico di significati privati. Il tempo vissuto nell'esperienza del singolo corrisponde all'idea che egli ha di ogni accadere, corrisponde cioè al significato stesso che l'essere umano trova nelle esperienze.

Una ricerca sul tempo riguarda fenomeni esperiti da ogni persona in qualità di esistenza destinata ad esaurirsi nel tempo della vita: la durata temporale è una dimensione estremamente vicina all'uomo, dal momento in cui egli viene contenuto in un tempo percepito come eterno, eppure questa estrema vicinanza non rende facile la comprensione dello scorrere, delle manifestazioni. Indagare il tempo potrebbe portare a capire meglio l'identità che si manifesta in esso; ma per poter pensare di riuscirci occorre prendere le distanze dal fenomeno tanto vicino. La ricerca ha permesso di riconoscere e ricollocare fenomeni del tempo anche in ambiti pedagogici verso i quali l'attenzione è da rinnovare sempre, poiché mutano sempre i soggetti a cui sono rivolti.

Questo testo non vuole essere l'ennesimo manuale di cosa bisogna fare o peggio ancora di cosa è "giusto" fare: non si intende offrire un metodo ma spunti di riflessione e di osservazione e punti di vista su pratiche e saperi che sono stati costantemente dibattuti e sperimentati coinvolgendo il più possibile i diretti interessati: gli utenti dei servizi psichiatrici. Qualche anno fa ho scritto il libro *"Matti per i diritti umani"* (Arcipelago Ed.) patrocinato da Amnesty International dove ho iniziato ad affrontare il tema dei diritti e dell'inclusione e questo libro rappresenta, in qualche modo, la continuazione di quelle riflessioni con ulteriori approfondimenti sui concetti di tempo, spazio, corpo, approccio metodologico e libertà.

Nel corso del tempo mi sono reso conto di come i tanti saperi, linguaggi e pratiche siano stati silenziati, in buona parte (e con buona pace!) di molti educatori professionali che lavorano in ambito psichiatrico sia esso territoriale, che semiresidenziale che residenziale e di alcune frange delle nuove generazioni di professionisti.

A volte ho quasi la sensazione di essere guardato con sospetto a causa della mia attenzione nei confronti di saperi misti (sociologico, pedagogico, sanitario, filosofico, antropologico) e di una pratica educativa-riabilitativa che guarda con curiosità alla multiformità. Questo testo nasce anche (e sono le stesse intenzioni condivise con Chiara Carlini e con Marina Malgeri) per rompere il silenzio su una pratica che sembra orientarsi all'esclusività e all'unicità della sola cultura sanitaria ponendo tra parentesi la voglia di ragionare con più libertà e provando a disvelare le molteplici risorse e i modi di operare che concorrono alla ricostruzione di una piena cittadinanza attiva del paziente psichiatrico. Questa non è la semplice restituzione dei suoi diritti formali ma la costruzione dei suoi diritti sostanziali ed è all'interno di tale costruzione che è affettiva,

relazionale, materiale, abitativa e produttiva che risiede una possibile pratica riabilitativa.

L'introduzione è stata affidata a due cittadini utenti di un servizio ambulatoriale psichiatrico lombardo e sono loro grato per aver voluto raccontare il loro punto di vista su alcune delle riflessioni avviate in questo testo.

Nel primo capitolo viene affrontato il tema della cura e del *caring* con alcune riflessioni di carattere sociologico, antropologico ed educativo.

E' stato naturale per me continuare la riflessione sul tema dei diritti umani correlati alla salute mentale. E' un argomento che ho già trattato in passato in molti articoli e in un testo specifico ed è per me una questione centrale. Il lettore troverà differenti riflessioni nel secondo capitolo.

Nel terzo vengono tematizzate questioni ancora aperte in ambito psichiatrico provando a fornire delle chiavi di lettura e risignificazioni delle esperienze e dei metodologie: l'intrattenimento *tout court*, la riabilitazione, o meglio sarebbe i percorsi riabilitativi e i processi educativi. Alcune delle riflessioni qui riportate appartengono agli interessanti lavori di tesi e di ricerca sviluppati da due miei ex studenti, nonché stagisti, Giulia Gogna e Simone Loglisci.

Attraverso il concetto di bellezza, nel quarto capitolo vengono presentati alcuni punti di vista declinati in progettualità concrete.

Il quinto capitolo è un tentativo di affrontare in maniera organica il tema della presa in carico degli utenti giovani e del *drop out* degli stessi. Vengono presentati inoltre alcuni esempi di progettualità realizzate con i giovani.

Nell'ultimo capitolo vengono offerti alcuni spunti di riflessione sulla *folia* di vivere.

Il testo offre una cospicua bibliografia, una sufficiente sitografia e un'interessante e variegata filmografia.

## I CAPITOLO

### *TRA CURA E CARING NEL PROCESSO EDUCATIVO*

Esiste un'abissale differenza tra il "fare l'educatore" ed "essere educatore": l'essere prevede qualcosa di più che la mera esecuzione di prestazioni volte al soddisfacimento dei bisogni della persona malata. L'essere implica la capacità di vedere l'umanità dell'altro, la sua diversità e la sua individualità.

Per troppo tempo il tema della cura è stato assente o marginale dal dibattito delle scienze pedagogiche. Negli ultimi vent'anni la riflessione relativa alla Cura è stato un tema sufficientemente trattato nell'ambito delle scienze umane (sociologia, pedagogia, antropologia, ecc.) che lo presenta con un'immagine caleidoscopica e lo articola sia come aver cura del corpo, sia come aver cura della vita della mente e sia nella dimensione educativa con le relative possibilità operative, i percorsi di ricerca, di progettazione, di acquisizione di competenze specifiche teoriche e pratiche. La ricerca sviluppata relativamente alle pratiche di cura nei diversi campi del sapere ha posto in luce una struttura dell'esistenza in continuità con l'approccio dei greci e dei latini. Il mito di Cura apre la riflessione sul comportamento umano, sulla capacità di stabilire legami e relazioni con i nostri simili. Un giorno, mentre Cura stava attraversando un fiume scorse della creta e cominciò a modellarla. In quel mentre intervenne Giove che, su richiesta della dea, volentieri acconsentì a infondere lo spirito in quelle creature. Ad esse però si doveva trovare un nome e Cura, Giove e la Dea Terra disputarono su chi avesse il diritto di attribuirglielo, arrivando al punto di minacciare di distruggerle. Infine elessero Saturno, dio del Tempo, a giudice della disputa ed egli stabilì: Giove che aveva dato lo spirito al momento della morte avrebbe ricevuto lo spirito; la Terra che aveva dato il corpo avrebbe ricevuto il corpo; Cura che per prima aveva dato forma a questo essere lo avrebbe posseduto finché era vivo. Si sarebbe chiamato "homo" poiché era fatto di humus cioè dalla terra. Saturno stabilì quindi che l'esistenza dell'uomo si sarebbe spesa nella Cura. Questo mito propone una concezione pre-ontologica della cura vista come "prendersi a cuore" tutto ciò che di bello e buono intravediamo nell'altro e anche come il tentativo di comprendere il senso esistenziale di un'emergenza, di una sofferenza, di una malattia, magari altamente invalidante. Aver cura può persino voler dire condividere il dolore quando diventa troppo per una persona sola. La cura è vedere oltre eventuali difficoltà o disabilità che possono abbacinare al primo sguardo col fine che nessuna possibilità dell'esistenza e di autonomia vada perduta, stimando ogni aspetto di potenzialità con attenzione, sollecitudine e sollecitazione. Alla somma dei conti la cura appare condizione della formazione e insieme modo di formazione individuale.

Le relazioni in cui la cura si esprime sembrano essere caratterizzate da una dimensione affettiva, istintuale, amicale, di bisogno e, perlopiù, duale e intima, come ad esempio in una profonda amicizia o nel rapporto genitoriale. Nei primi anni di vita la cura è una pratica che si gioca nel sentire naturale di adulti che devono aiutare i figli a crescere, tra istanze di protezione e di emancipazione, in un equilibrio funambolico e con l'intenzionalità di farlo nel contesto della loro esperienza esistenziale. Una madre, se guidata dal suo desiderio di cura autentica cerca di facilitare la crescita e la piena realizzazione del lattante, senza attendersi nulla per sé ma sentendo tale attualizzazione anche come sua. Donando le sue cure sincere e profondamente rispettose della nuova vita, arricchisce di senso la sua stessa esistenza.

In realtà la cura dura a lungo, fino all'adolescenza e oltre; quando il figlio/a sarà in condizione di provvedere da sé ai propri bisogni, sarà capace di azioni sia cognitive che

concrete per realizzare degli obiettivi e sarà in grado anche di instaurare egli stesso relazioni di cura, magari nei confronti del genitore anziano e nel fine vita. La cura infatti è intergenere, non è solo femminile ma è un modo d'essere di cui chiunque può, se intenzionato, appropriarsi.

La cura materna è caratterizzata da un legame corporeo di tipo generativo perciò è radicalmente diversa da tutte le altre e per questo non può diventare l'archetipo di una relazione di cura. Il *maternage* è anche saper creare un ambiente in cui fare qualcosa o semplicemente stare, e dove la relazione e la conoscenza reciproca avvengano in uno spazio facilitato. In quello spazio si conosce l'altro e sé stessi grazie ai feed-back che viaggiano nella reciprocità instaurata e grazie ad una continua riflessione analitica, indispensabile per elaborare fin nelle loro pieghe più oscure, i propri vissuti emotivi. Lì, con umiltà da intendersi come profonda consapevolezza dei limiti del proprio sapere e del proprio agire, consci che il maggiore esperto di se stesso è l'altro può emergere il saper fare di chi educa, come l'architetto di una buona pratica di cura educativa. Nella nostra società la cura educativa viene associata alle attività femminili, di fatto subordinate nel pensiero imperante a quelle maschili, di gran lunga più prestigiose, e alla cura del corpo che, inteso nel dualismo concettuale mente/corpo di noi occidentali è assiologicamente svalorizzato come aspetto negativo. Per questi due motivi la primarietà della cura è invisibile: essa è definita come un fenomeno di genere e ne viene proposta una visione biologica svalutando così la competenza delle donne nella cura. Non viene riconosciuto l'impegno profuso e la loro opera subisce una considerazione marginale di scarsa importanza, proprio allo stesso modo di quel che avviene per l'intero universo del femminile. Tutti coloro che sono impegnati in un lavoro di cura ricevono una bassa retribuzione economica e un altrettanto basso riconoscimento sociale: chi occupa importanti posizioni sociali, d'altra parte, non riconosce alcuna dipendenza da chi pratica il lavoro di cura. Nelle mie continue letture ho trovato conferma del fatto che la cura per troppo tempo è stata una parola rimasta poco pensata e perciò in condizione di scarsa teorizzazione e che per questo nella nostra cultura sarebbe rimasta a lungo qualcosa di molto vago e amorfo.

La cura educativa è una necessità universale ed è un'opera di gran valore se realizzata con modalità autentiche, riuscendo a chiarire le ambiguità che la caratterizzano nella sua polifonica voce. Da luogo a luogo differisce nei modi, i quali declinano le diverse concezioni di benessere e ben-stare specifici della cultura locale. Attualmente il concetto di cura si sta trasformando da presenza latente a un sapere in divenire, empirico, pratico nel suo andare oltre le semplici parole, situazionale, individuale, profondo, dialogico, ermeneutico, entropatico, complesso.

Il filosofo tedesco Heidegger ha affermato che la cura è da intendersi come fenomeno ontologico-esistenziale fondamentale "*L'esserci che diviene il suo modo di essere nel mondo ha in sé il senso di curare e per mezzo dell'essenza curante della cura incontra il mondo*".<sup>2</sup>

In quest'ottica la cura rappresenta un a priori esistenziale, "viene prima" perché è insita nella struttura esistenziale dell'uomo. È il fenomeno a partire dal quale si declinano le diverse maniere di abitare il mondo e la categoria fondante di ogni discorso sull'essere umano. Egli ha due possibilità: vivere nell'anonimia senza percorrere la possibilità di scegliere e senza diventare il suo poter essere autentico oppure "scegliere di scegliere" di poter essere autenticamente sé stesso secondo la chiamata della coscienza ad aver cura del proprio divenire in funzione del proprio poter essere. Dal punto di vista pedagogico l'apporto di Heidegger, con quanto detto, ci fa capire che la cura, apertura esistenziale all'essere dell'uomo, rappresenta il modo di pro-gettarsi, di essere davanti a

---

<sup>2</sup> Heidegger M, *Essere e tempo*, Bocca, Milano-Roma, 1953

sé, e allo stesso tempo è la forma del proprio essere nel mondo in maniera non anonima. La vita non appare come compimento diacronico in quel dato tempo ma come un insieme di occasioni di formazione, come indeterminabile possibilità opposta alla morte, orizzonte strutturale dell'esistenza e che è impossibilità di decidere come esistere. Egli, sempre durante la sua vita, sottoposta alle egide del Tempo e della Cura può scegliere come incrociare la sua esistenza con quella degli altri. Le caratteristiche dell'essere umano descritte da Heidegger non si adattano alla tensione etica che deve essere presente nella cura in ambito educativo. Heidegger descrive l'essere umano come essere nel mondo e la cura come "doloroso cimento" a cui è condannato l'uomo nel suo esserci che si progetta con angoscia per tutta la sua vita, con piena consapevolezza della morte. Heidegger ci mostra il primato ontologico della cura e sottolinea i rischi di un'eccessiva umanizzazione della stessa. Ciò porta l'essere umano a cercare il benessere, la tranquillità e la felicità immanenti pensando se stesso e il mondo come dominabili e controllabili in vista del proprio benessere, senza pensare fino in fondo agli aspetti negativi e ai limiti dell'umano. Inoltre, nell'idea di cura, non è presente il riconoscimento dell'ipseità dell'altro, il suo poter rispondere in modo sorprendente. Questi aspetti, secondo Levinas sono decisivi per poter costruire una relazione di cura che si basi sul primato etico della relazione con l'altro. Per Levinas, filosofo francese vissuto dal 1906 al 1995, il tema dell'incontro con l'altro è centrale e la dimensione etica di relazione con la singolarità degli altri ha un'importanza fondamentale. Lasciarsi interpellare dal volto dell'altro/i consente di esprimere il rispetto, direzione etica da applicare alle pratiche di cura educativa, nella concretezza dei singoli incontri. Gli altri si incontrano faccia a faccia e l'io singolare è interpellato per dare risposte senza poterli né dominare né controllare, né potendo prevedere le loro risposte che risultano sempre differenti. Il povero, lo straniero, l'orfano e il paziente psichiatrico pongono al soggetto dei limiti e lo interrogano, lui risponde, crea un legame rispetto alla chiamata dell'altro ma mantiene quella distanza che garantisce l'alterità. Attraverso pensieri e pratiche di cura, mediante l'attenzione all'altro e la vigilanza riflessiva verso noi stessi, possiamo coltivare il desiderio di trovare un orizzonte di senso al vivere quotidiano e compiere con il nostro sentire e nella relazionalità il problematico, difficile e complesso cammino per divenire di più noi stessi. Potrei cercare di riassumere: sapendoci incompleti, e perciò bisognosi dell'altro, mentre trascorre la vita che sappiamo si concluderà in un silenzio imperituro ci occupiamo di noi per occuparci dell'altro e renderlo in grado di aver cura di sé, per occuparci del mondo e per non lasciarci colmare da un senso di lassitudine e, al contrario, per trovare nella relazionalità un senso vitale. Secondo me è per questa motivazione che possiamo attribuire il primato esistenziale alla cura e considerarla nella sua essenza l'asse paradigmatico del discorso pedagogico teso a individuare quelle pratiche che promuovono la migliore educazione possibile: il processo educativo non può non essere interpretato secondo il paradigma della cura. La passione per ciò che fa star bene, ossia per ciò che rende la vita degna di essere vissuta è l'accelerante che dà il via all'azzardo dell'azione di cura. La professione dell'educatore è considerata da alcuni una semi-professione, proprio in riferimento all'impossibilità di interpretarla omettendo il paradigma della cura perché, nello specifico, mette in contatto la sfera professionale con l'agire umano e personale rendendo fluidi ruoli, interessi e posizioni ma, contemporaneamente sollecitando chi educa a ricordarsi del ruolo educativo. Ci sono altre professioni di relazione e cura come l'infermiere, l'insegnante, lo psicoterapeuta, lo psicologo in cui la relazione pedagogica di cura è il modo d'essere che accompagna, senza soluzione di continuità, l'intera vita professionale (e non).

E' da molto tempo che svolgo la professione di educatore nei servizi psichiatrici, un lavoro che mi appaga anche se a periodi sembra voglia "mangiarmi" la vita, nel senso



che mi assorbe al punto da uscire dal CPS con dipinta in volto un'evidente (preoccupante?) aria assente o, per così dire, svagata. I pazienti che incontro ogni giorno mi mettono alla prova per avere risposte autorevoli, personalizzate (il più possibile) e che possano lasciare uno spazio di libertà e di autonomia nella crescita personale. Il processo educativo va interpretato secondo il paradigma della cura che appare come un a priori pedagogico: esso costituisce un dispositivo chiave con funzione regolativa rispetto ad altre categorie pedagogiche per la costruzione di ogni discorso in ambito formativo - educativo. Per aiutare l'altro a diventare quello che può essere dovremo imparare a declinarlo quotidianamente nella pratica di cura, sia nostra mente e sia quella dell'altro. Si tratta di un paradigma che mette in condizione di lasciar cadere le proprie aspettative su ciò che quella persona dovrebbe essere per lui, di lasciar perdere anche il desiderio di modificarla in armonia con le sue esigenze. Come affermato da Rogers, è troppo facile pensare di curarsi degli altri intesi come noi li vogliamo; a volte, si dovrà farlo anche mediante un'attesa responsiva e non obbligatoriamente attiva. Non intendo un'attesa passiva o assente, al contrario vorrei prospettare un'attesa accogliente, una presenza propositiva, una piena offerta di sostegno durante la quale "covare il caos" e rispettare i tempi dell'altro: una presenza piena di assenza di sé. Si tratta di non imporre la propria azione ma di restare in una prossimità discreta e di buona vicinanza per cercare di trovare il modo di entrare nell'agire dell'altro, di accogliere in noi la consapevolezza dei limiti che in quel momento non ci permettono di tratteggiare un utile modo di intervento. Non significa rassegnarsi a un'attesa fatalistica o fideistica, né lasciarsi avviluppare dal senso d'impotenza, espressione di un sentimento di paura e non di speranza. Proprio la speranza infonde energia vitale e aiuta ad abitare la fragilità di cui siamo inesorabilmente impregnati, nutrendo e aprendo la nostra mente a considerare possibili nascite simboliche ed ermeneutiche. La paura, come altri sentimenti complicati, ci può essere d'aiuto solo se non superiamo quella soglia oltre la quale ci sono soltanto l'idea di eroe onnipotente e quella di essere impotente (Palmieri, 2003). Essa è positiva e legittima se ci porta a essere maggiormente consapevoli, in un rapporto di cura e di aiuto; non lo è se ci spinge a chiudere la relazione, a farla diventare solitaria come se soltanto una persona potesse "salvare" l'altra, che invece, risulterà essere superprotetta, ma di sicuro non favorita nello sviluppo delle sue potenzialità e, anzi, sarà a rischio di scivolare in un'involuzione o potrà diventare vittima o carnefice. Il rischio, nel groviglio di sentimenti che prendono chi ha cura, ammicca anche verso di lui che pur pensandosi eroe sente l'equilibrio appena trovato infrangersi e scomparire per essere cercato continuamente e si sente sulle montagne russe sopraffatto da un acuto e sfibrante senso di impotenza.

La vita, come tutti prima o poi, scopriamo che presenta situazioni inestricabili molto simili a quella di Teseo nel labirinto di Cnosso caratterizzato da una paradossale anamorfosi e abitato dal Minotauro. E le sfide a volte ci trovano sprovvisti del mitico filo di Arianna, metafora di cura vicendevole. Allo stesso modo del labirinto, la problematicità e la complessità dell'esistenza possono sembrare paradossi assurdi, poiché sono vere e talvolta hanno un'apparenza radicale e ci tocca prenderle in considerazione. Infatti non c'è alternativa (dalla vita non si guarisce se non con la morte): vale la pena mettersi in gioco nell'arte di vivere con la possibilità di vivere con speranza, fiducia, consapevolezza e autenticità. La cura, come il labirinto, è qualcosa di molto complesso: apre al rischio di perdersi, impone un percorso di ricerca, prevede un cammino per niente determinato, pieno di svolte e inversioni di marcia e anche di angoscia insita nell'ambiguità e scivolosità dell'esistenza umana.

All'incirca dagli anni Settanta nel panorama pedagogico italiano si è avviato un percorso di ricerca sulla cura per dare origine a una pedagogia della cura in modo da sottrarla alle sue evidenti dimensioni empiriche (Potestio e Togni, 2011). Tale percorso si

connette in particolare alle tesi filosofiche di Heidegger e di Levinas e si pone, come già detto in precedenza, in continuità con l'idea di cura degli antichi greci e romani (eccetto per la disabilità). La cura per l'educazione sembra essere una parola scomoda, si tende a confinarla alle cure materne o a esiliarla nell'universo medico, patologico e della disabilità quasi come ai tempi della nascita della clinica nel XVII secolo. Il volto di quella cura è in autentico: voleva mantenere l'ordine pubblico attraverso la normalizzazione sociale. La società si arrogava il potere di usare la cura come dispositivo per allontanare da sé la follia, la malattia, la morte. Anche quando, in seguito, la cura voleva indagare e conoscere i corpi e le menti dal punto di vista nosologico, continuò a connotarsi come pratica coercitiva, perché portava il soggetto a conoscersi e a identificarsi come malato, delinquente o malato mentale. Il volto attuale della cura mostra un soggetto che si sottomette al sistema formativo con la libertà di progettarsi e ri-progettarsi e che padroneggia la sua formazione. Elabora sé in maniera sia riflessiva sia pratica per interpretare la propria esistenza, tra autoformazione ed eteroformazione, come un'opera d'arte. La pedagogia della cura ha ricevuto fin qui molti apporti dai saperi a lei affini che le hanno permesso di ri-orientarsi nella tensione, di ripensare la propria identità nel divenire storico e di disegnare il suo scenario complessivo grazie appunto ai collegamenti, alle differenze, alle interdipendenze con altre discipline come: la pedagogia generale, sociale, speciale e di comunità, la sociologia, l'antropologia, la psicologia, la medicina, la psichiatria, la storia sociale, la legislazione, l'etica, ed è aperta alla ricerca.

Da quanto detto fin qui appare lapalissiano che la cura si presenti complessa e polisemantica: occorre girare intorno al fenomeno e osservarlo con una visione pluriprospectica. Possiamo dire che l'essenza della cura è la relazionalità con sé stessi, il soggetto "altro" e col mondo. Il fenomeno va distinto nel prendersi cura da riferirsi alle cose e agli oggetti e nell'aver cura riferito all'incontro con l'altro-persona. Nella relazione di cura trovano spazio dei gesti interrotti che lasciano spazio alla libertà dell'altro; c'è la possibilità di affidarsi e c'è il divieto di manipolare o lasciarsi manipolare; c'è intenzionalità, attenzione sensibile, empatia, buona vicinanza, asimmetria nella relazione che può, in varie occasioni, diventare o essere simmetria (la responsabilità della cura è distribuita nella diade). Prendersi a cuore è un modo in cui si declina la cura e comporta un forte coinvolgimento per decidere cosa fare per aver cura, sia sul piano del pensiero che sul piano emotivo-affettivo: si rasenta da una parte l'ansia e dall'altra la gioia di partecipare al cammino esistenziale dell'altro. Nella relazione di cura si può percepire la sacralità dell'altro e provare nei suoi confronti un senso di attesa attiva che spinge a rispondere con responsabilità e premura alle necessità manifestate. Per ridurre i propri margini di vulnerabilità è bene aver cura di sé per rinfrancarsi ed essere in grado di offrire una buona cura che, a seconda delle intenzioni che la dirigono, può essere pratica, promotiva o ripartiva, a seconda dei destinatari (Mortari, 2005). Nella costitutiva problematicità della cura occorre fare i conti anche con l'idea di potere, perché nelle relazioni entra sempre in gioco, in qualche modo, principalmente in quelle asimmetriche. L'educatore deve esserne consapevole mentre cerca di localizzare il proprio sguardo per interpretare i bisogni dell'altro, nel senso che in ogni caso è lui che propone una direzione verso la quale declinare il suo agire e perciò si assume la responsabilità dell'uso del suo potere, esattamente nella misura in cui non si possono definire oggettivamente i bisogni altrui. La cura è contraddistinta da un agire dai contorni notevolmente problematici: in tale agire sono da considerare i feedback come segnali per mantenere o correggere la rotta. Sono inoltre da analizzare i tratti della cura che riguardano il suo poter essere retribuita o non retribuita, pubblica, semipubblica o privata. Quando parliamo di cura familiare intendiamo una pratica gratuita che ha bisogno solo di un riconoscimento simbolico, se invece è agita all'interno di

organizzazioni essa è retribuita. Il percepire il proprio agire di valore per l'autorealizzazione dell'altro fa sentire realizzati e rappresenta un'esperienza di pienezza dell'essere ma la cura è un'attività faticosa considerati tutti i rischi che implica. Come detto sopra, esistono pratiche di cura pubbliche come la scuola, gli ospedali, le case per anziani; pratiche semipubbliche come quelle fornite da professionisti il cui lavoro è regolamentato da precisi codici (psicoterapeuti, infermieri, educatori, esperti che prestano le loro competenze sulla base di un'autoimprenditorialità), e quelle private cioè quelle che si svolgono entro le pareti domestiche.

C'è da specificare, intanto, cosa significhi aver cura di sé come aspetto autoformativo della cura: vuol dire divenire consapevoli dei propri bisogni, desideri e limiti. Vuol dire anche offrire alla nostra mente la possibilità di atti di pensiero, non codificati in abitudine cognitiva, ma al contrario liberi di rinascere a sguardi diversi per avviarsi verso altre possibili visioni non cristallizzate, né preconcepite o legate a "fantasmi" che non invitati arrivano a condizionare i pensieri (Lightfoot-Lawrence, 2012). Il coltivare sé stessi non è l'unica attività che possa generare felicità e tranquillità, e non sta nemmeno nell'accentuazione di forme di individualismo, e tantomeno nell'allontanamento dagli aspetti relazionali. Perché si possa realizzare la cura verso l'altro non basta l'intenzionalità di chi vuole curare/educare, è necessario che colui che si vuole educare acconsenta all'altro di svolgere quel ruolo, che lo accolga, altrimenti la cura risulterebbe un atto autoritario. L'educatore deve sempre tenere in conto la "coscienza desiderante dell'altro" con le sue esigenze, possibilità, capacità, libertà e responsabilità che essa vuole affermare e promuovere. Deve accogliere e riconoscere colui che gli è affidato, essergli guida nel cammino e, allo stesso tempo avere la coraggiosa determinazione di lasciarlo andare e renderlo libero nella ricerca autonoma della sua strada.

Con l'intento (semiserio), di aver cura di chi non ha voglia (o non ce la fa) di prendersi cura, mi è venuta l'idea di provare a concentrare in una specie di decalogo della cura le caratteristiche del comportamento di un educatore.

Il tentativo può essere utile, forse, per prendere spunto per un possibile approfondimento personale, ermeneutico e critico dell'argomento:

1. non tradire mai né te stesso, né l'altro,
2. non pensare di dover sempre giudicare, impegnati a conoscere,
3. agisci per rispondere ai bisogni che si evidenziano, ma prima chiedi all'altro cosa desidera,
4. rifletti sempre prima di agire, mentre agisci e su come hai agito,
5. pensa per due, ma metti l'altro al primo posto,
6. non iperproteggere,
7. non abbandonare,
8. non sopraffare e non sostituirti all'altro,
9. dialoga con empatia, ascolta con attenzione, ragiona col cuore, senza cadere nell'irrazionale,
10. lavora con l'altro nel presente, ma pensa al futuro.

Nella relazione Io-Tu ognuno mette in gioco tutto se stesso: Buber afferma che l'altro può essere interpretato come Tu a seconda della qualità di relazione sancita dall'atteggiamento dell'Io. Solo nella relazione Io-Tu c'è educazione reciproca: è necessario non cadere nella "cosalità".

Mentre l'educatore vive il sentimento provato da un altro, non lo avverte come originario perché non scaturisce dal suo io; è l'altro il Soggetto che ne vive l'originarietà. Una relazione empatica implica aspetti affettivi, traducibili con termini quali generosità e/o dedizione, ma non li lascia manifestarsi con un profilo puramente sentimentale, anzi li usa con un'intenzionalità consapevole ed esplicita e li gradua nell'intensità, li dirige. L'educatore empatico si avvicina all'altro, inteso come valore, solo perché esiste: lo lascia essere per quello che è instaurando con lui una comunicazione partecipativa. Egli fonda il suo agire sul "desiderio dell'altro" e non lo incatena al suo bisogno ma per quante capacità possa acquisire, appare "liquido" (un educatore imperfetto) e debole perché è costantemente aperto alla ricerca sul senso del suo agire educativo, sempre attento allo svolgersi dei giochi nell'interazione col soggetto, pronto alla messa in discussione di fini, esperienze, obiettivi e dell'universo dei soggetti destinatari/costruttori dell'azione educativa. Ebbene queste caratteristiche sono la sua forza nell'assunzione delle svariate responsabilità, dei molti compiti attribuitigli quali quelli di prevenzione, di promozione educativa, di riabilitazione, di inclusione e di reinserimento.

Il comportamento di cura non è né solo relazione e né solo atti e gesti di cura e/o di educazione. Per chiarire l'affermazione provo a specificare il significato distinto di cura e relazione. La cura è lo scambio di gesti e di azioni di cura, prima progettati e dopo controllati e analizzati. Essi come effetto suscitano degli affetti e/o gratitudine e modellano il passaggio di tali sentimenti. Invece la relazione è quell'aspetto dello scambio più istintuale, non è organizzato e in esso il flusso dei sentimenti non subisce mediazioni intenzionali. Quindi l'educatore nella relazione di cura svolge anche azioni di mediazione delle emozioni interrelate ai pensieri. Attenzione, empatia, mediazione, competenza e conoscenza tecnica sono il corredo che permette al comportamento di cura educativa di raggiungere l'ambito obiettivo (o almeno di provare) di suscitare nell'interlocutore non solo la risposta a un bisogno o l'apprendimento di un concetto, ma pure la capacità di conoscere se stesso in relazione a quel bisogno e a quel concetto, di autoregolarsi in quello che intraprende, di arricchire la creatività, di percepirsi motivato a fare. Il desiderio di esistere rende attraente la vita al punto che in essa emergono isole di senso che rendono vero il tempo di coloro che si relazionano e che non lo sentono passare invano. Si può così, desiderare di esistere nonostante la paura del divenire imprevisto e imprevedibile, il dolore e la morte. Si può così riconciliarsi col passato, proiettarsi con fiducia nel futuro e vivere con densità e intensità il presente: tutto questo vuol dire avere un comportamento di cura dell'esistenza.

È appurato che l'aiuto non può essere un saper fare strettamente tecnico, ma è un sapersi appassionare, avere empatia e partecipazione ma è anche competenza tecnica ed educativa in senso lato: capacità di instaurare relazioni dialogiche e autentiche, delicatamente rispettose, contraddistinte da intenzionalità e interazione positiva e pratica, che si propongono ognuna degli interventi volti alla ricerca del modo particolare e originale di esserci nel mondo, secondo il progetto di vita di quella persona in quel momento storico e in quel contesto preciso. Attraverso il modello eco sistemico Bronfenbrenner sviluppa uno spazio nel quale tutti si possono inserire seguendo logiche di complementarietà e integrazione nei modi e nei tempi ritenuti più opportuni, al duplice scopo di favorire la crescita dell'altro e di se stessi. Il piano di aiuto/sostegno si realizza in un sistema di servizi e in un reticolo di relazioni e possibilità contestuali e tocca vari gradi e livelli. L'educatore, oltre a saper iniziare e condurre una relazione personale/individuale deve assimilare come peculiarità della sua professione la capacità

di stare dentro le reti e nelle loro varie manifestazioni. Deve proporsi come mediatore di legami sociali e, lavorando sulle connessioni, anche come costruttore e facilitatore di saperi comunitari, attivando potenzialità e sinergie nei luoghi e nelle circostanze dove opera. L'educatore dovrebbe dedicare impegno all'informazione/formazione tecnica e culturale per essere innovativo nell'interpretazione del proprio ruolo. Come più volte scritto in questo testo la relazione di cura dovrebbe configurarsi come un legame educativo espresso attraverso molti linguaggi: verbale, non verbale, emotivo, affettivo, corporeo, in una quotidianità rispettosa dell'altro, con intenzionalità ma anche riprogettazione di sé, continuamente riflettute. In tutto ciò gli obiettivi che ci si prefiggono sono coltivare il pensare, il sentire e lo stare bene insieme. Coltivare il sentire è strategico perché i sentimenti che aiutano a vivere nel benessere, come l'accettazione e la speranza hanno necessità dello sguardo e del gesto degli altri. La cura invece comprende e ricomprende tutto ciò che serve a rendere migliore il mondo in cui viviamo. Crea spazi/ambienti attenti ai bisogni/desideri vitali e formativi, nei quali sia possibile perseguire benessere ed educarsi agli affetti e alle emozioni. Sentire ciò che si pensa e pensare ciò che si sente ci permette di guidare le emozioni, instaurare una buona comunicazione, comprendere le azioni e conquistare una migliore gestione dei conflitti interiori, delle paure e dell'ansia. È come fare un percorso nel nostro tempo interiore, narrativo, autobiografico, per avere una nitida percezione delle emozioni provate e accorgerci che questo ci avvicina agli altri e ci facilita nel diventare un puntello energico e forte nella loro formazione, nel superare incertezze e false ragioni. Così la relazione si fa intensa e ci avvicina; si fa enteropatica e ci permette di riconoscerci a vicenda in modo profondo e appassionato e arricchente. Interagiamo trovando un senso del noi da dove partire per progettare ancora un altro percorso da iniziare con empatia. Nella relazione occorre imparare ad ascoltare, facendo attenzione anche ai dettagli, e alle comunicazioni più implicite e dissimulate; osservare i volti per cogliere le emozioni che esprimono, sospendendo i nostri pensieri per predisporci ai loro.

Per Heidegger l'uomo nel corso della sua esistenza assume due modalità di cura: il prendersi cura, orientato ad un uso degli "enti utilizzabili", utili all'uomo per la sua sopravvivenza nel quotidiano, e l'aver cura, modalità che corrisponde (nelle sue declinazioni positive) alla cura autentica e che presuppone un incontro/riconoscimento con l'altro. Il filosofo tedesco, citando l'ultima lettera di Seneca a Lucilia (epos.124,14), per dimostrare ancora di più la consustanzialità dell'esserci e della cura, afferma

*"Delle quattro nature esistenti (pianta, animale, uomo, dio), le ultime due, le sole dotate di ragione, si distinguono per il fatto che dio è immortale e l'uomo è mortale. [...] il bene dell'uno (e cioè di dio) lo compie la stessa natura, mentre quello dell'altro, cioè dell'uomo, lo compie la cura: omini".*<sup>3</sup>

Per Michel Foucault la cura di sé parte dalla constatazione di un fenomeno di lunga portata storica che ha visto lo sviluppo di quella che lui chiama "cultura del sé". L'arte dell'esistenza (tecnētoubiou) è stata dominata, secondo il filosofo, dal principio secondo il quale bisognava avere cura di se stessi. L'impegno di Foucault per lo studio del sé, negli ultimi anni della sua carriera accademica – che lo aveva visto impegnato sui temi della follia, della devianza, della criminalità e della sessualità – segna la conclusione del suo lavoro dedicato ai modi in cui l'essere umano trasforma se stesso in soggetto. L'intento di Foucault, come si evince anche dalla sua prima lezione presso il Collège de France tenuta nel 1982, era quello di andare ad indagare dal punto di vista storico la relazione tra soggetto e verità. Il punto di partenza per tale indagine era il concetto di "cura di sé" che, nella sua traduzione dal greco antico, viene riportata con l'espressione

---

<sup>3</sup> Seneca L. A., *Lettere a Lucilio*, Feltrinelli, Milano, 1974

epimeleia heautou. Secondo il filosofo francese, per arrivare a spiegare la costruzione della conoscenza di sé bisogna considerare un insieme di pratiche – o, per usare le parole di Heidegger, di modalità – comuni a tutti gli uomini e in interdipendenza fra loro. Tali pratiche vanno sotto il nome di “tecnologie” (da techné, arte, abilità) e Foucault ne presenta quattro: le tecnologie della produzione, rivolte alla realizzazione, trasformazione e manipolazione degli oggetti; le tecnologie dei sistemi e dei segni utili alla comunicazione; le tecnologie del potere, che regolano la condotta degli individui; e infine le tecnologie del sé che permettono agli individui di eseguire, con i propri mezzi o con l'aiuto degli altri, un certo numero di operazioni sul proprio corpo e sulla propria anima – dai pensieri, al comportamento, al modo di essere – e di realizzare in tal modo una trasformazione di se stessi allo scopo di raggiungere uno stato caratterizzato da felicità, purezza, saggezza, perfezione o immoralità. Per introdurre il discorso della cura di sé da un punto di vista storico, il filosofo francese fa riferimento allo sviluppo, in epoca ellenistica e romana, del fenomeno dell'individualismo che vedeva un'attenzione sempre maggiore agli aspetti privati dell'esistenza, ai valori del comportamento personale e all'interesse verso se stesso. Questa tendenza all'individualismo, secondo Foucault, avrebbe avuto come conseguenza l'allontanamento degli aspetti relazionali dell'uomo a favore di un culto del sé che, proprio in virtù della sua intima appartenenza all'uomo, è dominabile e controllabile, e allo stesso tempo salvaguardato dalle minacce esterne. La cura di sé diventa dunque, a partire dalla filosofia greca, l'“arte dell'esistenza” (techné).

Secondo la gran parte dei filosofi greci il pensare e il riflettere su se stessi, dovevano essere un esercizio permanente della vita dell'uomo. Ma tale principio, ci informa Foucault, non era solo riservato ai filosofi o alla pratica filosofica, bensì era rivolto a tutti gli uomini come pratica per arrivare alla verità.

Oltre alla filosofia greco-romana Foucault si rifà anche alla tradizione della spiritualità cristiana e ai principi monastici del IV e V secolo. Infatti, per spiegare lo sviluppo delle tecnologie del sé e le diverse interpretazione dell'epimeleiaheautou, il filosofo francese si rifà alle parole del Padre della Chiesa Gregorio di Issa. Negli scritti di quest'ultimo però il concetto di cura di sé si discosta da quello della tradizione greco-romana perché viene riferito ad una scelta precisa del soggetto di rinunciare alle cose mondane, per recuperare, attraverso una ricerca interiore, l'immortalità dell'anima, offuscata dal corpo e dalla materialità. Inoltre, rimanendo nell'ambito della cultura greca il concetto di cura di sé come filosofia, ci informa Foucault, è in stretta correlazione con la pratica medica. Il rapporto tra questi due concetti è da ricercare in una nozione comune, quella del pathos: con tale termine si indica sia la passione che la sofferenza dovuta a una malattia fisica, sia i moti involontari dell'anima, contrapposti alla ragione (logos), che le alterazioni del corpo provocate da una malattia. È inoltre opportuno riportare, attraverso il pensiero di Foucault, l'assunto secondo cui la cura di sé, non è solamente una pratica personale ma anche una pratica sociale. Ciò che sottolinea Foucault è l'importanza del tempo da dedicare a tali occupazioni che non deve essere vissuto in preda all'ansia e alla preoccupazione bensì dedicato ad esercizi meditativi mirati e consapevoli. Parlare di cura vuol dire indagare anche gli effettivi ambiti nei quali questa viene esercitata dagli agenti della cura, per esempio il contesto medico/sanitario, inteso sia come luogo in cui si eroga la cura e sia come insieme di persone specializzate nella cura del paziente. Quando si parla di cura in ambito sanitario, il discorso si caratterizza anche per l'attenzione che viene data a quei luoghi dove “si incontrano” operatori specializzati e pazienti, ovvero le strutture ospedaliere. Si vogliono quindi esplorare i significati di cura, terapia, clinica, salute, benessere, in relazione alla condizione dell'individuo malato, vulnerabile, fragile e bisognoso di cura. L'importanza attribuita al concetto di cura, come pratica del care nei confronti del paziente in tutta la sua totalità ha caratterizzato il

campo bioetico, medico, infermieristico e educativo-riabilitativo. A sostegno dell'importanza di questa riflessione si vuole esporre un modello di "cura transculturale" che vede nell'approccio clinico etnopsichiatrico un modello di riferimento utile anche per le altre discipline che si occupano del benessere della persona, nel nostro caso, la pedagogia e l'educazione. Il dispositivo "clinico" transculturale rappresenta una modalità di assistenza e cura per i migranti bisognosi di aiuto psicologico e psichiatrico. Si ritiene che portare l'esempio di questo tipo di approccio sia necessario ai fini anche di un'elaborazione del concetto di cura, perché offre indicazioni utili circa le strategie migliori per la pratica di una buona cura: parlare di cura in ambito sanitario e medico non vuol dire riferirsi ad un campo puramente scientifico ma anche e soprattutto umano. La riflessione sul concetto di *care* e *caring* oltre al significato più immediato di "assistenza" finalizzata al benessere di una persona, è accompagnata da un vasto repertorio terminologico che spazia da parole come "terapia", "guarigione", "farmaco", "medicina" – concetti che riguardano la cura come qualcosa che si dà – a parole quali "corpo", "malattia", "vulnerabilità", "salute" – riferiti a qualcosa che viene vissuto. Da questo punto di vista nel primo caso ci si riferisce alla malattia intesa come *disease* (l'interpretazione biomedica della malattia come patologia), nel secondo caso di *illness* (il significato attribuito dai pazienti alla loro esperienza della malattia). I luoghi nei quali si è soliti udire questi termini sono gli ospedali, le cliniche, lo studio di un medico, la casa di cura, l'ambulatorio. Il primo evoca infatti la cura medica come un'istituzione gerarchica, costituita da un organico differenziato per ruoli e funzioni, il secondo rappresenta il significato più immediato che solitamente si dà alla cura, se pensata in ambito ospedaliero, il terzo è riferito ad un tipo di cura che non mette in atto azioni prettamente cliniche, ma guarda oltre, a tutti gli aspetti connessi all'esperienza della malattia. Il modello medico attuale definisce la cura come quel processo di transizione indotta da uno stato di malattia a uno stato di salute, inteso come originario e precedente rispetto alla malattia. Ma è opportuno precisare che parlare di cura in questo contesto vuol dire riferirsi anche a due tipologie diverse di erogazione della cura. Per capire in cosa consiste questa differenza, bisogna fare riferimento a quella costruzione gerarchica, interna alle strutture sanitarie, che distingue il tipo di lavoro/ruolo del medico da quello dell'operatore sanitario, che in questo caso è l'educatore professionale.

Anche il luogo in cui la cura viene erogata e agita incide notevolmente sul tipo di "prestazione" che viene offerta. Il momento della cura rappresenta il riferimento principale nel quale si manifesta l'incontro tra l'educatore e il paziente. Quest'ultimo è caratterizzato da due elementi fondamentali: la materialità del corpo, malato, debole e bisognoso di cura e le rappresentazioni emozionali, personali e culturali, astratte e non sempre avvertibili sin da subito dagli operatori della cura, riguardanti la malattia (*illness*).

È anche attraverso il gesto che si esprime l'azione che si ha intenzione di compiere, da una carezza a uno sguardo rassicurante: il gesto rappresenta un dialogo, un linguaggio immediato e nell'ambito delle professioni sanitarie. La pedagogia italiana si è interessata, soprattutto nell'ultimo decennio, alla tematica della cura tanto da renderla una categoria fondamentale e di grande spessore epistemologico all'interno della riflessione pedagogica. La cura diventa, o meglio ridiventa, la base del fare educazione. Associare la parola "cura" alle pratiche educative diventa oggi un imperativo, una sorta di correzione di rotta necessaria che indirizza il lavoro pedagogico verso un traguardo formativo partendo da una teoria e non solo definendosi come un ricambio di pratiche. Inoltre, il legame tra i significati di cura e quelli di educazione è molto stretto: educare, dal latino *educere*, vuol dire infatti nutrire, allevare e poi tirare fuori. L'educazione dunque è cura nel momento in cui alleva sostituendosi a quegli spazi protetti come la

casa e la famiglia offrendo all'individuo le diverse possibilità che la vita gli mette davanti sviluppando le potenzialità di cui esso è capace. La cura è struttura dell'esistenza e appartiene all'uomo sin dalla nascita ma ciò non significa che chiunque è capace di cura. Quando però viene declinata in termini professionali, e soprattutto educativi, essa risulta essere una competenza complessa e di difficile acquisizione. In questa prospettiva la cura è anche formazione, nel senso che dà forma e costruisce il rapporto, per ogni individuo, tra ciò che è effettivo (presenza corporea, contesto sociale) e ciò che è possibile (modi, scelte di vita, condizioni mutevoli).

A chiusura di questo capitolo citerò il concetto di intenzionalità che è uno degli elementi che permettono di accostare la riflessione pedagogica alla tradizione fenomenologica di Husserl da cui prende le mosse anche il pensiero di Heidegger. A questo proposito, Bellingreri (2010), nell'analisi linguistica e concettuale dell'intenzionalità in fenomenologia, la interpreta come "offerta di senso", azione tesa a riconoscere il "significato che si offre" all'altro. Offrire un senso e un significato rappresenta in pedagogia il lavoro educativo per eccellenza.

L'educatore per mezzo delle sue pratiche di cura nutre (a livello cognitivo, e qui ci si riferisce a un nutrimento della mente e dei ragionamenti morali) e accompagna nel mondo cittadini autonomi e autosufficienti. Nell'elaborazione della riflessione sull'etica della cura è anche necessario sottolineare l'importanza del contesto storico e politico in cui viene agita la cura e insieme la centralità delle caratteristiche personali dell'individuo nei confronti del quale ci si relaziona. Come ogni pratica la cura è orientata da modi di pensare emotivamente connotati anche per il suo essere espressione di un determinato ambiente sociale. Questa puntualizzazione è particolarmente doverosa considerando lo stato della società attuale, definita da una compresenza di culture differenti e quindi sempre più aperta a interpretazioni e presupposti etici differenti riguardo tutto ciò che vuol dire cura. Da qui, al contempo, nasce il legittimo dubbio su quale sia l'etica a cui fare riferimento e soprattutto quale sia il significato di cura che, per le considerazioni fino ad ora esposte, si adatti meglio a svolgere il ruolo di denominatore comune tra le diverse esigenze culturali nella messa in pratica di un'etica rinnovata. A sostegno di questa necessaria ridefinizione del concetto di cura, oltre all'esigenza di dare un peso ai contesti culturali e sociali differenti, Mortari aggiunge che

*"...qualsiasi discorso sulla cura non può pretendere di cogliere un'essenza universale, bensì dovrebbe accettare di mettere a fuoco "una" delle tante possibili interpretazioni. Basta, infatti, confrontarsi con culture dislocate altrove rispetto all'organigramma concettuale dell'occidente per trovarsi a dover ridefinire continuamente l'essenza della cura".<sup>4</sup>*

L'apporto che la pedagogia può offrire alla medicina si traduce in un'offerta di indicazioni e orientamenti in più rispetto ad una più comune pratica di cura medica. Del resto, la considerazione della centralità della persona del malato, della "qualità" della sua vita sta alla base del rapporto terapeutico, non solo nelle situazioni in cui si tratta di evitare che l'efficacia biologica della tecnologia moderna generi un prolungarsi dell'agonia, cioè il cosiddetto accanimento terapeutico, ma anche nelle situazioni non definibili come terminali.

Altrettanto importante in quest'ottica è il significato che si attribuisce al momento della cura, ovvero la predisposizione degli spazi e dei tempi idonei per l'esercizio della stessa. A questo proposito, Palmieri (2008) afferma che l'attenzione al contesto all'interno dell'esperienza educativa è fondamentale: il contesto, ovvero il luogo in cui avviene la cura educativa, rappresenta la cornice di riferimento entro la quale *care-giver* e *care-receiver* vivono l'esperienza formativa e nella quale si manifesta il gesto di cura.

---

<sup>4</sup>Mortari L. *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006



Del contesto fanno parte: lo spazio fisico che deve essere predisposto e pensato ad hoc, affinché il momento educativo metta a loro agio gli agenti della cura; il tempo, sia come arco di inizio e fine entro cui si iscrive l'effettiva pratica di cura, sia come particolare "dono" offerto all'altro in forma di ascolto; gli oggetti, in quanto è essenziale «comprendere quali oggetti, in senso generico, animino quei contesti spazio temporali in cui la cura accade e infine la comunicazione che deve essere ben gestita attraverso norme precise non imposte ma negoziabili così da definire i ruoli degli agenti della cura. A seconda del contesto culturale in cui si opera bisogna acquisire "dati interculturali" come la religione, la politica, l'economia, il sistema di parentele, ecc. che appartengono ad ogni individuo nelle forme e nei modi più diversi. Tale presupposto teorico trova corrispondenza in pedagogia in quella sfida radicale alla mentalità comune di tipo etnocentrico legata all'idea che esista un modello antropologico superiore che è radicata nelle convinzioni della tradizione e che è divenuta *habitus* mentale dell'uomo occidentale. Anche in questo ambito la pedagogia, in particolare nella prospettiva interculturale, ha elaborato una tassonomia di atteggiamenti valoriali e di procedure mirate all'acquisizione, o meglio, al potenziamento di quelle disposizioni d'animo tese al pluralismo, all'apertura verso l'altro e alla co-abitazione. Si tratta degli interventi educativi intenzionali che rappresentano i fondamenti pedagogici dell'intercultura. Primo fra tutti la decostruzione, ossia la messa in discussione del proprio punto di vista che si ri-costruisce grazie al punto di vista dell'altro che viene tenuto in conto e visto come arricchente e non conflittuale.

Il carattere propositivo di quest'ultimo fondamento, insieme alle altre caratteristiche del buon intervento educativo in ambito interculturale, equivale in fondo a un'operazione di costruzione partecipata del senso in cui due realtà originariamente diverse per provenienza culturale si incontrano per dare ex-post un significato condiviso a esperienze vissute prima individualmente. In questo senso la prospettiva della clinica transculturale è strettamente connessa con la pratica di cura in pedagogia, se non altro per l'uso di strumenti simili come la narrazione e l'autobiografia. In pedagogia, la narrazione è un atto formativo che consente a chi si racconta di dare o ri-dare un senso alle esperienze vissute o che si stanno ancora vivendo. Il pensiero autobiografico nel quale affiorano i ricordi e grazie al quale si producono significati nuovi, come sostiene Demetrio diventa un luogo interiore di benessere e cura. L'autobiografia e la narrazione permettono di guardare al passato per vivere il presente, prendendo in carico ciò si è stati fino a quel momento avendo cura del tempo attuale.

In pedagogia il processo di cura terapeutico si potrebbe associare alla consulenza pedagogica, pratica e strumento mirato a rafforzare le capacità di iniziativa del soggetto e a individuare risorse nascoste dell'individuo utili per il "risanamento" di una condizione di disagio, in vista del benessere della persona.

## II CAPITOLO

### *LA VALUTAZIONE IN PSICHIATRIA: una possibilità e un'opportunità*

In Italia la figura educativa entra a far parte dell'equipe dei servizi psichiatrici, a partire dagli anni '80, più in particolare dal 1978, grazie all'approvazione della legge n. 180; è in questo periodo infatti che si sviluppano le prime pratiche riabilitative psicosociali con approcci multidisciplinari orientati verso il *recovery*<sup>5</sup>.

All'interno dei servizi preposti alla salute mentale, la figura dell'educatore professionale si colloca come operatore sociale e sanitario che interviene in risposta a bisogni determinati da una condizione di patologia e alle conseguenze sociali, derivanti da tale condizione. Per questo motivo si parla sia di percorsi educativi che riabilitativi, entrambi processi volti al cambiamento che possono risultare distinti o in continuità tra loro.

Inizialmente l'educatore si occupava di attività a carattere risocializzante, ludico e ricreativo; solo in un secondo momento acquisì competenze educative e riabilitative, promuovendo anche interventi con la cerchia familiare dell'utente e interventi sul contesto sociale di provenienza.

Ad oggi attraverso il Progetto Terapeutico Individuale (PTI), l'educatore professionale propone interventi soprattutto volti a favorire una condizione di vita autonoma, nonché il reinserimento lavorativo e sociale, attuando e valutando gli interventi proposti all'utenza.

Nelle riflessioni che seguono viene avviata una prima tematizzazione sulla delicata e complicata fase della valutazione degli interventi educativi/riabilitativi.

Secondo l'Encyclopedia of Social Work, della National Association of Social Workers and Oxford University Press, la valutazione è da intendersi come un processo continuo di raccolta dei dati finalizzato all'identificazione dei punti di forza e dei problemi del cliente.

Avvalendoci dei contributi teorici di molti ricercatori, per la declinazione della valutazione in ambito educativo/riabilitativo è possibile affermare che valutare significa verificare l'efficacia dei modelli e degli interventi proposti in una prospettiva *evidence based*<sup>6</sup> utilizzando criteri che riducano il più possibile la soggettività dell'educatore.

L'efficacia di un intervento, in qualunque ambito si svolga, è definibile come lo scarto che si registra tra l'obiettivo prefissato dall'intervento stesso e il risultato ottenuto, per cui la prassi di valutazione dell'efficacia si pone come momento elettivo per attestare il raggiungimento degli obiettivi precedentemente definiti. Questa attività consiste in una attenta analisi degli obiettivi del lavoro e dell'adeguatezza degli interventi messi in atto, in risposta a bisogni identificati, all'interno di un progetto condiviso con l'utente.

La valutazione educativa/riabilitativa consente altresì di dimostrare e garantire la terapeuticità e il successo degli interventi attuati. E. Pitarelli<sup>7</sup> (sociologo e psicologo, docente presso la HES-SO di Sierre in Svizzera) definisce i tempi della

<sup>5</sup> Processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e benessere e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità

<sup>6</sup> Uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze (cioè prove di efficacia) biomediche al momento disponibili, al fine di prendere le adeguate decisioni per il processo di cura di ogni singolo Paziente

<sup>7</sup> Heidegger M., *Essere e tempo*, Bocca, Milano-Roma, 1953

valutazione educativa al fine di prevenire eventuali insuccessi, apportando le dovute modifiche al progetto educativo nel percorso di riabilitazione.

- 1 Processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e benessere e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità.
- 2 Uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze (cioè prove di efficacia) biomediche al momento disponibili, al fine di prendere le adeguate decisioni per il processo di cura di ogni singolo Paziente.

Il teorico individua le seguenti fasi:

- ☐ valutazione *ex ante* (o a priori): consiste nella valutazione condotta preliminarmente all'avvio del progetto, è volta all'analisi dei bisogni della persona, alla definizione di obiettivi, tempi, azioni e strumenti al fine di mutare in azione concreta quanto progettato. Consente inoltre di valutare abilità acquisite, autonomie, risorse, potenzialità e capacità di apprendimento e di recupero,
- ☐ valutazione *in itinere* (o di percorso): è una valutazione intermedia condotta quando il progetto è ancora in atto e permette di modificare il progetto qualora emergessero necessità di cambiamento e adattamento
- ☐ valutazione *finale*: consiste nella valutazione riferita all'obiettivo specifico del progetto e al grado di raggiungimento dei risultati attesi
- ☐ valutazione *ex post* (o di esito): viene condotta dopo un preciso lasso temporale dal termine del progetto, e consente di verificare il grado di raggiungimento dell'obiettivo generale a distanza di tempo. Consente inoltre di registrare uno scostamento da una situazione iniziale sulla quale si è intervenuti e formulare un giudizio utile sull'efficacia e utilità del risultato raggiunto

Come afferma F. Crisafulli (educatore, professore nel corso di studi in Educazione Professionale dell'Università di Bologna ed ex presidente ANEP), l'attività di valutazione in educazione professionale è un'azione che consente di avere un giudizio su una determinata situazione e di conseguenza prendere delle decisioni sul processo di pianificazione dell'intervento educativo, quando se ne presenti la necessità.

L'attività di valutazione, secondo Crisafulli, ha inoltre lo scopo di cogliere le conseguenze di un'azione educativa-riabilitativa intenzionale, cioè di comprendere se l'intervento sia di beneficio per la persona e stia producendo il cambiamento desiderato, cambiamento che come afferma S. Tramma, rappresenta lo specifico dell'educazione ed è da intendersi qualitativamente e quantitativamente positivo tra la situazione iniziale e quella finale.

Ancora troppo spesso la valutazione educativa rappresenta il risultato di operazioni approssimative, generiche e influenzate da elementi soggettivi, i quali rischiano di rendere il lavoro dell'educatore professionale equiparabile a quello di un "non professionista", elevando inoltre la probabilità di errore. Risulta per tanto necessario favorire lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti valutativi oggettivi, i quali consentirebbero per altro di dimostrare la riproducibilità e la confrontabilità degli interventi educativi attuati e dei risultati ottenuti in termini di cambiamento o

mantenimento quando l'educatore professionale operasse in contesti legati alla geriatria o alla cronicità.

Gli strumenti valutativi sono caratterizzati da *indicatori* e *criteri* predefiniti. I primi guidano una raccolta di tipo quantitativo attraverso parametri standard che consentono di definire se l'obiettivo preposto sia stato o meno raggiunto.

I secondi invece vengono impiegati nelle ricerche di tipo qualitativo e sono volti a verificare la qualità di aspetti di rilevanza. Avedis Donabedian<sup>8</sup> definisce il criterio come *"...un'asserzione più o meno complessa che definisce la buona qualità di un elemento..."*.

La scelta di utilizzare l'una o l'altra modalità varia rispetto a ciò che viene sottoposto a valutazione. Nella letteratura è possibile appurare che molti autori ritengono la valutazione basata su criteri maggiormente esaustiva rispetto a quella basata su indicatori, poiché tende ad apprezzare l'entità del progresso o del regresso dell'utente coinvolto. Nell'ambito dei servizi per la salute mentale è possibile identificare alcuni strumenti di valutazione degli interventi educativi e riabilitativi a disposizione dell'educatore professionale. Nella realtà dei servizi, almeno in alcuni di quelli dell'area milanese, le scale di valutazione sono: il VADO (Valutazione delle Attività e Definizione degli Obiettivi); la HoNOS (Health of Nation Outcome Scale); la WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) e la Recovery Star.

La valutazione educativa/riabilitativa rappresenta un campo disciplinare complesso e rappresentando un'azione che definisce il successo di un intervento educativo/riabilitativo talvolta evoca vissuti negativi nell'educatore in quanto concepita come un giudizio in merito al proprio operato.

Tra i temi della professione educativa, quello della valutazione è stato a lungo trascurato, nonostante rappresenti una fase fondamentale del lavoro dell'educatore. La difficoltà nell'affrontare il tema della valutazione in campo educativo deriva probabilmente dal fatto che questa sia riferita agli *output* e agli *outcome* del lavoro dell'educatore professionale, al fine di trovare conferme rispetto agli interventi messi in atto, alla credibilità del lavoro educativo/riabilitativo e alla legittimazione professionale. Il timore di confrontarsi con gli esiti del proprio lavoro rimanda al concetto di responsabilità professionale. A ciò andrebbe sommata la carenza di formazione, a causa della quale l'educatore non impara a praticare la valutazione in modo corretto e sistematico. Le caratteristiche e le storie di vita di ogni individuo lo rendono unico e complesso, pertanto formulare ipotesi affidabili al fine di prendere delle decisioni volte alla realizzazione di un progetto educativo/riabilitativo efficace risulta complesso e faticoso. La sfida per la professione dell'educatore professionale è quella di individuare formule di valutazione adatte alle persone e ai percorsi che con essi si sviluppino, a partire certo da modelli già esistenti. La crescente necessità di valutazione nell'ambito educativo/riabilitativo, negli anni, ha spinto molti operatori alla ricerca di modelli di riferimento e strumenti operativi attingendo da settori affini, quali la psicologia e le scienze sociali, la cui valutazione abbonda di scale di valutazione e altri strumenti accreditati sul piano metodologico. Il tema della valutazione educativa/riabilitativa è quindi complesso da affrontare e da definire anche a causa della difficoltà di individuare strumenti affidabili che misurino i cambiamenti dell'uomo. Tuttavia tale argomento non dovrebbe essere demandato ulteriormente, soprattutto per una professione che voglia definirsi autonoma e responsabile.

Affinché l'educatore professionale possa dimostrare che determinati esiti siano

---

<sup>8</sup> Donabedian A. *"La qualità dell'assistenza sanitaria"*. NIS, 1990

ascrivibili alle azioni da lui svolte, dovrebbe condurre una buona pratica valutativa, chiarendo a priori l'oggetto della valutazione, selezionando lo strumento più adatto, possibilmente già validato dalla comunità scientifica, a conducendo una buona raccolta dei dati necessari alla stesura di un progetto educativo, sì calibrato sull'individualità dell'utente, ma allo stesso tempo riproducibile. Per anni la disciplina della psichiatria ha considerato impossibile misurare e valutare i sentimenti, le emozioni e i pensieri delle persone con disagio psichico. La soluzione a questo interrogativo si è modificata quando si è capito che il monitoraggio e la valutazione andavano ricondotti a criteri di valutazione che riducessero al massimo i livelli di soggettività dell'operatore, in altre parole vennero ideati i primi strumenti in grado di misurare cambiamenti nel comportamento degli utenti a seguito di interventi specifici.

Per molto tempo gli interventi a favore delle persone affette da una patologia psichiatrica sono stati di esclusiva competenza di medici psichiatri e psicologi che disponevano di numerosi strumenti e protocolli valutativi.

La pratica valutativa nell'ambito dell'educazione professionale risulta spesso complessa data la soggettività del paziente e le tante sfumature del cambiamento in materia di comportamento, pensiero ed emozioni, poiché elementi più qualitativi che quantitativi.

Tale complessità, spesso, conduce all'abbandono della pratica valutativa anziché ad una presa di responsabilità circa l'essere formato nello svolgere un'attività professionale dalle rilevanti conseguenze sulle persone assistite. Nella scelta e nell'impiego degli strumenti di valutazione è necessario tenere presenti alcuni fattori importanti per i risultati che si vogliono ottenere quali ad esempio l'utilità, e cioè se è utile a migliorare la qualità di vita del paziente e se fornisce un adeguato feedback dell'attività svolta. L'utilità di uno strumento è anche in funzione della sua applicabilità e riproducibilità (tempo necessario per la sua somministrazione, semplicità di valutazione, facilità di interpretazione dei risultati, ecc.) e la scelta di uno strumento di valutazione deve essere preceduta dalla precisa identificazione dell'area da esplorare e degli aspetti multidimensionali che meglio la caratterizzano. Lo strumento individuato non deve contenere un linguaggio troppo astratto, un vocabolario troppo ricercato o frasi troppo complesse perché la scala potrebbe risultare di difficile comprensione per i soggetti scarsamente acculturati o con gravi compromissioni psicopatologiche: se lo strumento non rispecchia fedelmente e comprensibilmente i problemi del paziente è di scarsa utilità. Qualsiasi scala venga utilizzata essa deve essere anche percepita come accettabile dal paziente dal punto di vista dei contenuti. La scelta di uno strumento di valutazione del paziente psichiatrico dovrebbe prevedere sia item sensibili al cambiamento e sia item più stabili capaci di fornire una descrizione più globale del paziente ed indicazioni circa i suoi bisogni.

Nella mia esperienza professionale, nel corso degli ultimi 10 anni ho utilizzato la WHOQOL nella sua versione breve, perché è uno strumento di autovalutazione che esplora gli aspetti della vita quotidiana.

Vale la pena ricordare che la patologia psichiatrica è spesso anche patologia delle emozioni e, pertanto, la valutazione del benessere può confondersi (o covariare) con lo stato psichico. Quando ho iniziato a pensare, e ad utilizzare, una scala di valutazione avevo molte perplessità...e ricordo che la prima scala l'avevo creata grazie ad alcuni suggerimenti provenienti da uno strumento messo a punto dalla d.ssa M.V. Sardella (<http://www.psicopolis.com/evaluation/skosfateb.htm>). Era "sperimentale" e forse un po' "grezzo" nella sua formulazione ma era stata un'operazione interessante perché mi aveva consentito di uscire dalla mia dimensione pratico-operativa. Il fatto che non fosse uno strumento validato dall'OMS o da altre istituzioni non mi ha comunque impedito di

costruirne uno: rimane aperta la questione della replicabilità in un mondo, quello della psichiatria, che vede la predominanza di test clinici psicopatologici e psicologici. Questo capitolo è stato aggiunto a questo testo in corso d'opera, sulla scia di alcuni stimoli teorici e scritti, di Astrid Meroni, una studentessa del CdL in Educazione Professionale dell'Università degli Studi di Milano: discuterà la sua tesi il prossimo novembre 2019 ed io sarò il suo relatore.

### III CAPITOLO

#### *SALUTE MENTALE E DIRITTI UMANI*

I principi e le normative, anche di carattere internazionale e sovranazionale sui diritti umani, forniscono un mezzo potente, ma spesso trascurato, per favorire i diritti e le libertà delle persone che presentano una patologia psichiatrica.

Con l'espressione diritti umani, intendiamo il corpus di diritto convenzionale sviluppato in ambito multilaterale – al livello universale (Organizzazione delle Nazioni Unite) o regionale (nell'ambito dell'Organizzazione degli Stati Americani, del Consiglio d'Europa, dell'Unione Africana, ecc.) – successivamente al 1948 e relativo alla protezione e promozione dei diritti umani. Questo processo di codificazione ha riguardato tanto la previsione di norme a tutela dei diritti umani, dell'universalità degli individui come anche di norme di cui sono titolari individui appartenenti a specifici gruppi sociali (es. donne, minori, persone con disabilità, anziani). Benché nella maggior parte degli Stati occidentali siano state adottate misure significative per includere nella legislazione tutele per i diritti e le libertà delle persone che presentano una patologia psichiatrica, permangono comunque "zone grigie" nelle quali si realizzano, ancor oggi, aperte violazioni dei diritti umani spesso giustificate da visioni politiche o sociali che intendono la malattia mentale come espressione di pericolosità sociale, stigmatizzando la patologia e la persona che ne soffre.

I principi e le normative internazionali sui diritti umani rivestono particolare rilievo nel contesto della salute mentale per la capacità di riaffermare due concetti fondamentali caratterizzanti la tutela globale dei diritti e delle libertà: in primo luogo poiché rappresentano strumento e, al contempo, parametro che legittima il vaglio a livello sovranazionale o internazionale delle politiche e delle prassi riguardanti la salute mentale all'interno di una nazione sovrana; in secondo luogo in quanto riconoscono tutele fondamentali che non possono essere negate o misconosciute con decisioni espresse a maggioranza.

Prima della seconda guerra mondiale il sistema internazionale dei diritti umani si strutturava quasi esclusivamente attraverso le interazioni tra Stati sovrani e le violazioni dei diritti umani entro i confini di una nazione erano considerate questioni interne e raramente queste violazioni erano soggette a sanzioni.

Quando il mondo dovette confrontarsi con le indicibili atrocità dell'Olocausto e della guerra, divenne evidente che il sistema esistente, sia a livello nazionale sia internazionale, aveva completamente fallito nel proteggere adeguatamente i diritti e le libertà degli individui.

La comunità internazionale e il nascente movimento per i diritti umani decisero di cambiare in modo sostanziale la prospettiva del diritto internazionale per assicurare che violazioni simili della dignità umana non potessero più ripetersi. Attraverso trattati e convenzioni internazionali il movimento per i diritti umani consolidò i diritti e le libertà fondamentali, aprendo così un varco nella sovranità nazionale con l'affermazione di una responsabilità anche degli Stati per tali violazioni. Un contributo significativo per l'implementazione e il rispetto dei principi solennemente dichiarati dalla quasi totalità dei paesi del mondo continua ad essere fornito da Amnesty International che dal 1961 continua la sua battaglia per l'interdipendenza e l'indivisibilità di tutti i diritti: umani, economici, sociali, culturali e politici.

I governi non possiedono il potere di concedere o di negare i diritti umani e le libertà, perché questi sono riconosciuti agli individui in quanto esseri umani. La persona, in

quanto fine del sistema delle libertà, è titolare di quei diritti fondamentali costituenti il patrimonio irriducibile della dignità umana che la comunità internazionale s'impegna a salvaguardare: quei diritti gli appartengono ontologicamente. E se da un lato l'accoglimento di tali principi porta con sé il riconoscimento di diritti individuali, in quanto riconosciuti al singolo in funzione dei suoi bisogni, dall'altro, considera l'individuo anche nella sua dimensione di essere sociale, riconoscendo a questi – quale cittadino, o membro di formazioni sociali – diritti funzionali, ossia attribuiti nell'interesse della comunità. I diritti umani, quindi, attribuiscono ad ogni persona i diritti e le libertà fondamentali che ne definiscono lo status, imponendo, al contempo, ai governi il dovere di rispettarli. La legislazione internazionale sui diritti umani attribuisce allo Stato l'obbligo di salvaguardare i diritti umani di tutte le persone, inclusi gli individui che presentano una patologia psichiatrica e che di quello Stato sono cittadini, ancorché malati.

Così, mentre un sistema internazionale di tutela dei diritti umani con applicazione universale si è sviluppato attraverso gli strumenti convenzionali predisposti dalle Nazioni Unite, al contempo, nei vari sistemi regionali sono stati organizzati altri dispositivi di tutela dei diritti nelle loro rispettive aree geografiche, venendo progressivamente a formulare un corpus normativo volto a proteggere le persone con patologia psichiatrica. Questi sistemi, istituzioni, trattati e convenzioni hanno stimolato, sia a livello internazionale che nazionale, lo sviluppo di standard tangibili e riconoscibili di garanzia dei diritti umani i quali vengono alimentati all'interno di un circolo virtuoso nel contesto del quale i sistemi regionali si "appoggiano" e risultano complementari alle iniziative svolte nell'ambito del sistema delle Nazioni Unite tanto sulla base delle disposizioni della Carta delle Nazioni Unite (come ad esempio le attività quasi-giurisdizionali del Consiglio dei Diritti Umani), quanto delle convenzioni internazionali sui diritti umani.

In particolare il sistema di tutela dei diritti delle persone che presentano una patologia psichiatrica ha favorito lo sviluppo di un complesso normativo ricco e differenziato.

Sebbene l'ordinamento internazionale conceda ai governi un ampio margine di discrezionalità nella determinazione delle forme di tutela dei diritti e delle libertà, tuttavia i principi affermati vengono inevitabilmente a rappresentare dei punti di riferimento con cui i governi nazionali sono costretti a confrontarsi nella definizione degli obiettivi in materia di salute mentale.

Salvo rare eccezioni la salute mentale e i diritti umani di rado sono messi in relazione in un modo sistematico e ponderato, anche se l'universo della salute mentale e la costellazione dei diritti umani offrono l'occasione, analizzati in modo organico, per affrontare le diverse sfaccettature della condizione umana. Si può innanzitutto rilevare come spesso le politiche, i programmi e le pratiche della salute mentale possano violare i diritti umani: infatti, nonostante la retorica dell'autodeterminazione e della non coercizione, le politiche del settore - per esempio in molti paesi del sud est asiatico dell'Africa e in molti paesi dell'ex Unione Sovietica - si riducono, essenzialmente, a provvedimenti volti a privare e/o limitare alcuni diritti basilari di cittadinanza degli individui con patologia psichiatrica come, ad esempio, il diritto di voto, l'accesso alla giustizia e il controllo sulle scelte personalissime come su quelle di carattere patrimoniale.

In questi termini l'autorità governativa, per sua stessa natura, influisce su una varietà di interessi personali, quali l'autonomia, l'integrità fisica, la privacy, la proprietà e la libertà, esercitando forme di limitazione che possono far sorgere istanze di rivendicazione dei diritti umani, specie quando i poteri sulla salute sono utilizzati in modo arbitrario, discriminatorio o in assenza di un equo procedimento.

Potrebbe sembrare superfluo notare come le violazioni dei diritti umani (quali la tortura, lo stupro, il genocidio e il trattamento disumano e degradante) influiscano in modo, a



volte, devastante sulla salute mentale delle vittime. Tuttavia, gli effetti e l'incidenza dei conseguenti problemi di salute mentale sono e restano sottovalutati, non considerando come violenze e gravi abusi possano causare significative sofferenze mentali tali da condizionare per un'intera esistenza non solo l'individuo che ne è stato vittima, ma anche spesso la sua famiglia e la sua comunità. Ne è riprova il fatto che, in varie congiunture, le più gravi violazioni dei diritti umani siano state solitamente perpetrate non tanto per infliggere un dolore fisico quanto per spezzare lo spirito umano: la tortura può infatti avere lo scopo politico di scoraggiare la resistenza a un governo, come lo stupro e il genocidio possono essere impiegati per distruggere un'identità etnica e culturale. Persino violazioni dei diritti umani meno drastiche, quali la discriminazione e l'invasione della privacy, possono avere effetti negativi sul benessere mentale indebolendo la dignità e l'autostima dell'individuo.

La salute mentale e i diritti umani sono complementari e sono collegati in modo inestricabile nella misura in cui la preservazione dello stato di benessere, corrispondente alla moderna concezione di salute, costituisce un presupposto indispensabile per l'esercizio dei diritti umani perché solo coloro che conservano determinate capacità e possono tradurle in funzionamenti sono in condizione di svolgere un ruolo attivo nella vita politica e sociale. Allo stesso modo i diritti umani sono indispensabili per la salute mentale perché forniscono sicurezza contro violazioni e limitazioni favorendo quel contesto che consente di esercitare la libertà di formare ed esprimere identità, credenze e opinioni che sono essenziali per l'identità della persona. Il corpus normativo che si è sviluppato tutto intorno ai diritti umani è complesso e in evoluzione: il continuo sviluppo della normativa e delle pratiche per tutelare i diritti umani, all'interno del sistema delle Nazioni Unite, ha potenziato gli strumenti di tutela a favore delle persone con patologia psichiatrica, trovando tuttavia un'applicazione ancora sporadica.

Il sistema internazionale dei diritti umani si compone dello Statuto delle Nazioni Unite, della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR), della Convenzione sui Diritti Civili e Politici (ICCPR) e su quella sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR), i cui principi si riflettono anche sulla condizione delle persone che soffrono di una patologia psichiatrica. Vi è poi da dire che le Nazioni Unite hanno adottato altre dichiarazioni, direttive e documenti con linee guida specificatamente rivolte ai diritti delle persone con disabilità mentali. Inoltre gli ispettori speciali, nominati dalle Nazioni Unite per investigare nelle aree specifiche dei diritti umani, hanno fornito altre linee guida che tracciano una connessione tra diritti umani e disabilità mentale.

Gli stati di vulnerabilità e dipendenza imposti dalla malattia possono pregiudicare il senso di dignità individuale: la perdita del significato del proprio esistere, la disintegrazione dell'immagine di sé e l'annullamento della personalità possono determinare nella persona uno stato di disperazione totalizzante.

Nel preambolo dello Statuto delle Nazioni Unite viene formulato in modo articolato la determinazione della comunità internazionale di riconfermare la fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità e nel valore della persona umana.

Uno degli scopi principali dell'ONU è raggiungere la cooperazione internazionale e promuovere e incoraggiare il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali per tutti senza alcuna distinzione, dovendo, nel perseguire tale obiettivo, promuovere standard di vita i più alti possibile, la piena occupazione, adeguati condizioni di progresso e di sviluppo sociale ed economico, oltre al rispetto e all'osservanza in tutto il mondo dei diritti umani e delle libertà fondamentali per tutti. Lo Statuto, adottato nel 1945, chiede agli Stati membri di sostenere e rispettare i diritti umani di tutti gli individui, senza distinzione di razza, genere, etnia o religione. In questa prospettiva la creazione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite ha introdotto tre importanti innovazioni:

- a) il passaggio da una prospettiva frammentaria ad uno scopo globale e totalizzante; non più, quindi, la mera difesa delle religioni, la protezione delle minoranze, ecc. ma il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali per tutti, senza distinzione di sesso, lingua o religione;
- b) il fatto che lo scopo globale sia indicato nell'elenco dei fini dell'Organizzazione, avendo quale obiettivo quello di stabilire un livello di protezione comune a tutti gli Stati;
- c) la creazione di un organo mirante a tale scopo, la Commissione per i Diritti Umani, nonché l'attribuzione di funzioni e competenze precise per perseguire il miglioramento delle cure di salute mentale.

Sono state, inoltre, elaborate linee guida e piani tra i quali si citano *“Analisi delle Politiche per la Salute e lo Sviluppo Mentale: integrazione e sviluppo della salute mentale”*; *“Linee Guida sulla Salute Mentale e Sostegno Psicosociale in Emergenza”*; *“Piano Globale d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020”*, ecc.

I trenta articoli della DUDU si basano sul principio generale secondo cui tutti gli esseri umani sono nati liberi ed uguali in dignità e diritti. I principi in essa enunciati devono essere rispettati senza discriminazione alcuna, includendo il diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della propria persona, la proibizione della schiavitù, della tortura e di trattamenti crudeli, disumani o degradanti, il diritto a un ricorso giudiziario effettivo, la proibizione dell'arresto, della detenzione e dell'esilio arbitrari e così di seguito. Vi è da rilevare che la DUDU non crea categorie né fa distinzione tra i diritti civili e politici e i diritti economici, sociali e culturali, ponendoli tutti su un medesimo piano in termini di funzionalità allo sviluppo dell'essere umano. La Dichiarazione descrive i diritti economici, sociali e culturali come indispensabili per la dignità di una persona e il libero sviluppo della sua personalità. Tra i diritti economici, sociali e culturali enunciati, numerosi sono applicabili in special modo alle fasce della popolazione più vulnerabili, quali le persone con disturbo mentale: la sicurezza sociale, il lavoro, la parità salariale per lo stesso tipo di lavoro, una remunerazione che assicuri un'esistenza degna della dignità umana, l'istruzione e il diritto di partecipare alla vita culturale di una comunità, condividendo il progresso scientifico e i suoi benefici.

L'art. 25, in particolare, tratta espressamente della salute stabilendo che *“tutti hanno diritto a uno standard di vita adeguato a garantire la salute e al benessere proprio e della propria famiglia, incluso il cibo, il vestiario, l'abitazione e le cure mediche e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza, vecchiaia o altro caso di perdita di mezzi di sussistenza in circostanze indipendenti dalla sua volontà”*.

Anche alla luce di queste indicazioni si può concordare sul fatto che la Dichiarazione abbia sostanzialmente mantenuto la promessa del suo preambolo per cui, sebbene le Nazioni Unite non abbiano promulgato la Dichiarazione con effetti giuridicamente vincolanti per gli Stati membri, questi ultimi hanno accettato e dato applicazione in modo generalizzato ai suoi principi chiave tanto da far assumere loro il carattere di fonte consuetudinaria del diritto internazionale. La DUDU costituisce la forma attraverso cui la comunità internazionale interpreta i diritti umani, venendo ad ispirare generazioni successive di strumenti normativi sui diritti umani, inclusi gli accordi internazionali sui diritti umani e i documenti regionali.

Come la DUDU anche le Convenzioni Internazionali non si riferiscono in modo specifico ai diritti delle persone con disturbo mentale, delineando piuttosto dei principi generali per la tutela e la promozione di questi diritti.

Dall' ICESCR si ricavano i principi fondamentali atti a delineare le fondamenta di quei diritti (economici e sociali) a cui corrispondono doveri a carico dello Stato di fornire strutture e servizi volti alla protezione della famiglia e ad offrire uno standard di vita adeguato.

Le persone con disturbo mentale, le famiglie e le associazioni hanno fatto leva sui diritti economici, sociali e culturali per favorire l'accesso a trattamenti di comunità, al fine di sviluppare servizi più efficaci e umani per le malattie psichiche e di implementare l'accesso ai programmi di istruzione e di formazione professionale per persone con disturbo mentale.

Il principio di vulnerabilità è stato inserito, tramite la Dichiarazione di Barcellona del 1998, tra i quattro principi (assieme al principio di autonomia, integrità e dignità) che il Comitato Europeo assume come punti di riferimento per la ricerca di una prospettiva comune di fronte alle sfide poste dai progressi delle biotecnologie e della genetica. Il principio di vulnerabilità viene collegato, da un lato all'idea che la vita in se stessa ha una sua fisiologica vulnerabilità e dall'altro al dovere morale di prendersi cura dei soggetti vulnerabili.

La vulnerabilità riguarda l'integrità come principio base per il rispetto e per la protezione della vita umana. Essa esprime la condizione di ogni vita come suscettibile di essere danneggiata, ferita, uccisa. Non è assolutamente integrità come completezza, ma integrità della vita che deve essere rispettata e protetta perché vulnerabile.

Dopo un lungo processo di stesura iniziato verso la fine degli anni '70 e un significativo dibattito tra i professionisti della salute mentale e i difensori delle libertà civili, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato i Principi di tutela dei Diritti delle Persone con Malattia Mentale (IM Principles), una dichiarazione internazionale dettagliata che fornisce una guida utile per interpretare le convenzioni sui diritti umani delle Nazioni Unite e quelle regionali.

Gli IM Principles iniziano enunciando le libertà e i diritti fondamentali volti ad offrire le migliori cure medico- psichiatriche disponibili, il rispetto per la dignità, la non discriminazione, la protezione dallo sfruttamento, dall'abuso fisico o da ogni altro tipo di trattamento degradante. I Principi riconoscono le difficoltà connesse alla protezione dei diritti umani negli istituti ed evidenziano che l'assistenza dovrebbe, quando possibile, essere effettuata in seno alla comunità. La preferenza per l'assistenza nella comunità è supportata dal dovere di trattare i pazienti in un ambiente il meno restrittivo possibile e di conservare e mantenere e arricchire la loro autonomia. I Principi definiscono una serie di standard e procedure legali per il ricovero ospedaliero obbligatorio secondo cui una persona può essere sottoposta a ricovero coatto solo se:

a) questa soffre di una malattia mentale diagnosticata come tale secondo standard medici accettati a livello internazionale;

b) c'è una seria possibilità di pericolo immediato per la persona stessa o per altri;

c) in alternativa, la persona soffre di una grave malattia mentale, le sue facoltà mentali sono deteriorate o, se non venisse ricoverata, vi sarebbe il rischio di un drastico peggioramento della malattia. Per assicurarsi che un ricovero coatto soddisfi i suddetti requisiti un paziente deve poter agire in giudizio presso un organo giurisdizionale.

I Principi offrono una protezione forte in caso di trattamento sanitario obbligatorio (TSO), offrendo un dettagliato e complesso compromesso politico tra autonomia e paternalismo. In ogni caso, le persone con malattia mentale hanno anche diritto ad usufruire di una serie di diritti civili e politici, tra cui la privacy e la riservatezza, la libertà di comunicare, l'accesso alle informazioni e la libertà di autodeterminarsi.

I Principi enunciano anche alcuni diritti economici, sociali e culturali, tra cui il diritto alla salute e a servizi sociali adeguati alle esigenze sanitarie, un piano di trattamento personalizzato, servizi ricreativi e di istruzione, oltre alla destinazione di risorse per strutture psichiatriche paragonabili a quelle previste per le altre strutture sanitarie.

Si può dunque sostenere che i Principi costituiscano una delle espressioni più dirette della cultura dei diritti umani in relazione alla malattia mentale finora adottate dalle Nazioni Unite, tuttavia, gli stessi non sono una panacea per i diritti dei pazienti psichiatrici. Oltre ai Principi, le Nazioni Unite hanno promulgato numerose altre fonti, cosiddette *soft law*, incidenti sulla condizione dei pazienti psichiatrici. In particolare, la Dichiarazione sui Diritti delle Persone con Disabilità, adottata nel 1975, definisce a grandi linee una persona con disabilità come *“un soggetto incapace di far fronte da sé, in tutto o in parte, alle necessità di un individuo normale e/o della vita sociale, in conseguenza di una deficienza, sia essa congenita o no, delle capacità fisiche o mentali”*.

Nella Conferenza Mondiale sui Diritti Umani del 1993 è stata adottata la Dichiarazione di Vienna nella quale si è riconosciuto che alle persone con disabilità spettano, senza riserva alcuna, tutti i diritti umani e le libertà fondamentali, implementandone l'efficacia tramite un programma d'azione per aumentare la sensibilità ai diritti umani nel contesto della disabilità. Le disposizioni standard sono il portato di quel programma d'azione accolto dall'Assemblea Generale che, adottando un approccio più ampio rispetto ai Principi nei confronti dei diritti della disabilità, si è concentrato sulle pari opportunità e sulla partecipazione in tutti i settori della società attraverso il riconoscimento di diritti che gli Stati devono implementare anche attraverso forme di partecipazione delle persone con disabilità. Sul piano sanitario, le disposizioni incoraggiano gli Stati a fornire cure mediche efficaci, incluse quelle di prevenzione somministrate da personale qualificato e servizi di riabilitazione territoriali. Sul piano sociale si riconosce alle persone con disabilità il diritto di accedere a servizi pubblici, a strutture integrate di istruzione e di formazione professionale, a condizioni di occupazione favorevoli e possibilità di apprendistato, alla sicurezza sociale e ad un reddito di base. Si tratta di condizioni di base atte a consentire che le persone con disabilità abbiano pari opportunità per partecipare a pieno titolo alla società attraverso misure che promuovano una partecipazione completa alla vita familiare, come pure attività culturali, ricreative e religiose.

Al contempo, in termini di strategia de-stigmatizzante, gli Stati devono anche attivarsi per innalzare il livello di sensibilità ai problemi della disabilità allo scopo di ridurre il senso di vergogna e le incomprensioni spesso associate alla condizione di paziente psichiatrico.

I governi possono pure sostenere di non essere obbligati a ottemperare alle direttive internazionali, tentando di svuotarle così della loro influenza sulle politiche per la salute mentale, tuttavia le dichiarazioni internazionali sancite nei Principi e nelle disposizioni standard, hanno assunto un'indiscussa importanza pratica. Essi sono stati di supporto nel rafforzare il ruolo delle norme internazionali sui diritti umani attraverso la creazione di linee guida uniformi per il trattamento equo e dignitoso delle persone con disturbo mentale. In secondo luogo i principi internazionali permettono di monitorare in modo equo ed efficace gli abusi su pazienti psichiatrici nella misura in cui le organizzazioni internazionali e no-profit hanno uno standard di riferimento in base al quale giudicare le politiche e prassi di salute mentale. Non da ultimo, le nazioni possono utilizzare le direttive come criteri per interpretare gli obblighi sanciti dai trattati internazionali potendo venir invocate dai tribunali nazionali o incorporate nella legislazione nazionale. Così i sistemi regionali per i diritti umani hanno utilizzato le direttive o i principi internazionali

per interpretare l'ambito della protezione dei diritti umani ai sensi degli strumenti regionali, con un progressivo riconoscimento del loro carattere di fonte consuetudinaria. I trattati e gli standard relativi alla disabilità mentale compongono un mosaico disarmonico nella protezione legale di tali soggetti. Nonostante ciò, gli strumenti convenzionali attribuiscono una significativa autorità ad enti internazionali che sono preposti al monitoraggio e al controllo del rispetto dei diritti dei gruppi vulnerabili.

In questo contesto si può segnalare l'importante iniziativa intrapresa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha portato all'elaborazione del manuale sulla legislazione in materia di salute mentale. Visti i diversi approcci alla pratica per la salute mentale esistenti nel mondo e la diversa influenza delle leggi sulla salute mentale a livello nazionale per governare queste pratiche, il Manuale OMS rappresenta un utile modello per far fronte in modo sistematico alle carenze esistenti nelle leggi nazionali sulla salute mentale. Dal Manuale OMS, inoltre, emerge un tentativo di armonizzare a livello di legislazioni nazionali la promozione della salute mentale, in modo che riflettano le moderne pratiche psichiatriche e rispettino le norme per i diritti umani. Non vi si può trovare un modello unico o particolare di legislazione valido per tutti i paesi, ma la definizione di alcuni principi essenziali che devono guidare il legislatore nella scrittura della normativa in materia.

Si può riscontrare una tendenza generale a privilegiare i trattamenti volontari, spostando il fuoco dell'attività psichiatrica dall'ospedale psichiatrico alle strutture di comunità, anche al fine di praticare forme meno restrittive possibili di trattamento e anche per personalizzare la presa in carico dei pazienti psichiatrici che hanno bisogni fra loro diversi. Appare centrale nel Manuale l'attenzione per la regolamentazione del rapporto fra lo Stato ed il cittadino con disturbi mentali, in particolar modo per quanto attiene all'aspetto della limitazione coattiva della sua libertà personale nello sviluppo di alcune fasi del disturbo ed in occasione dei trattamenti obbligatori. Vengono a confronto in questo senso i due modelli prevalenti di regolazione degli istituti in materia: ovvero il modello medico, nel quale, essendo l'obiettivo principale quello di fornire cure mediche nell'interesse del paziente, lo psichiatra si trova ad avere ampi margini di discrezionalità con un conseguente ruolo della autorità giudiziaria e amministrativa limitato a funzioni di controllo senza interferenze nel rapporto tra medico e paziente ed inoltre il modello giuridico, teso invece alla protezione del cittadino da un potere eccessivo dell'autorità medico-psichiatrica, nel quale i presupposti per l'effettuazione del trattamento obbligatorio sono precisamente codificati dalla legge e si basano sui criteri, ritenuti più obiettivi, di pericolosità e di incapacità di prendersi cura di sé.

Privilegiando quest'ultimo modello il Manuale tende a definire criteri, procedure e garanzie volte essenzialmente a tutelare i diritti umani delle persone con disturbi mentali. Il Manuale infine considera, peraltro in maniera ampia e approfondita, le problematiche connesse alle politiche della salute mentale, alla strutturazione, finanziamento e forme di accesso ai servizi, privilegiando l'approccio della psichiatria di comunità e delle pratiche di de-istituzionalizzazione.

## IV CAPITOLO

### LA SALUTE MENTALE TRA INTRATTENIMENTO, RIABILITAZIONE ED EDUCAZIONE: UNA QUESTIONE APERTA

Scriveva Kierkegaard:

*“La nostra epoca s’è fatta più esigente, esige un phatos alto, se non d’animo di volume, se non speculazione esige almeno risultati, se non verità almeno convinzione, se non onestà almeno assicurazioni intorno alla medesima, se non sentimento gran dissertazioni almeno in proposito. Perciò anche conia tutta un’altra serie di espressioni privilegiate. Niente più bocche ostinatamente serrate dunque né più labbri superiori tremolanti dal ghigno...la nostra epoca esige che la bocca stia aperta”*<sup>9</sup>

Credo che tali affermazioni ben si possano risignificare pensando all’attuale clima di apparente anestetizzazione dei desideri e dell’oblio del pensiero. Questa citazione rimanda alla necessità da parte dell’essere umano di avere un’appartenenza che lo possa condurre all’unione con un pensiero mai messo in discussione e stigmatizzato. La parola diventa dogma, il pregiudizio si rafforza e le persone più fragili pagano il prezzo di una vita svantaggiosa.

Parafrasando un autore a me molto caro, Edmund Husserl, egli coniò il termine *lebenswelt* intendendo con questo il connubio tra l’universo dell’autoevidenza di ogni determinazione nella relazione dell’essere umano con il mondo e quello della vita concreto, visibile e pratico.

I fenomeni della vita psichica delle persone hanno molteplici nodi di significazione: la varietà di decodifica indica l’infinita e umana possibilità di strutturare percorsi volti al miglioramento della propria esistenza. Quando parliamo delle relazioni parliamo anche dei tempi (esterni, interni, interiori, ecc.) che non sono quelli determinati dalla clessidra. Chi meglio di S. Agostino potrebbe parlarci del concetto di tempo: egli sostiene che é inesatto affermare che sono passato, presente e futuro. Nelle Confessioni egli sostiene che esiste il presente del passato (la memoria), il presente del presente (l’intuizione) e il presente del futuro (l’attesa). Attraverso una relazione fondata sulla reciprocità e sulla *cum passione* è possibile che le istanze dimenticate possano riemergere, perché il passato non si trascini diventando ostacolo per il futuro e per mantenere viva la speranza. La comunicazione tra lo e Tu deve anche tenere conto delle componenti che costituiscono qualsiasi relazione: il dialogo e il silenzio. Il dialogo che si snoda e si fa balsamo per l’anima. In Essere e Tempo Martin Heidegger sostiene

*“...non è mai dato un Io isolato senza gli Altri... il co-essere determina esistenzialmente l’Esserci anche qualora, di fatto, l’Altro non sia né presente e né conosciuto. Anche l’esser-solo dell’Esserci è un modo di con-essere nel mondo...”*<sup>10</sup>

Le parole del filosofo tedesco rinforzano la tesi secondo cui anche i silenzi sono da considerarsi come parte del dialogo e che nascondono un ulteriore significato della comunicazione.

Parafrasando il teologo Romano Guardini, egli sostiene che ogni incontro può realmente avvenire alla condizione che ci sia un contesto di libertà. Tale incontro si realizza solo nell’area di una libertà che consenta di entrare, o di non entrare, in

<sup>9</sup> Kierkegaard S., *Sul concetto di ironia in riferimento costante a Socrate*, a cura di Dario Borso, Guerini e Associati, Milano, 1989

<sup>10</sup> Heidegger M., *Essere e tempo*, Bocca, Milano-Roma, 1953

relazione con l'altro. Se si decide per l'incontro si è chiamati a "prendere una posizione" nei confronti di chi sta di fronte e dalla forma e dai modi in cui si apre, o chiude, nell'altro nasce la possibilità che l'altro non sia più un caso fra molti altri e divenga questo, unico e irripetibile, tu.

La precarietà di ogni incontro è costitutiva della condizione umana nella quale c'è sempre il rischio dello scacco, ovvero dell'errore che comporta una frana relazionale. Lo psichiatra Eugenio Borgna afferma

*"...l'incontro si osserva nella sua autenticità e nella sua spontaneità solo il quell'istante e in quell'ora della nostra (della mia) storia che sfuggano a qualsiasi prospettiva geometrica e razionale"*<sup>11</sup>

La perdita delle comuni possibilità di incontro e di dialogo sconfina nella solitudine e nel silenzio muto e ciò genera, specialmente in questa fase storica, una dolorosa esclusione che incrementa il dolore. Solo se ci avviciniamo l'un l'altro (Tu e lo che si trasforma in Noi) con l'amore di cui siamo capaci ci può essere la speranza che l'altro-da-noi riveli quello che ha nel cuore e nella memoria consentendoci di intravedere e di cogliere i suoi desideri, i suoi sogni, le sue aspettative, i suoi dubbi e le sue incertezze. Nel riconoscersi reciprocamente come persone si sancisce la possibilità che la nostra esistenza – e le nostre ferite – si può raccontare e ascoltare.

Bisogna (re)imparare a prendersi cura di sé e rileggendo Socrate mi appaiono densi di senso e di significati i precetti delfici che il grande ateniese aveva individuato: *mēdenagān* (letteralmente nulla di troppo) e rimanda alla necessità di fare solo delle domande utili, *egguai* (letteralmente promesse) e rimanda al non promettere ciò che non è possibile mantenere, *gnōthi se autón* (conosci te stesso) concernente la necessità di fare attenzione a ciò che c'è davvero bisogno di sapere.

Michel Foucault invece riflette sul fatto che la cura di sé sia un atteggiamento verso di sé, verso gli altri e verso il mondo. Per il filosofo francese l'*epimèleia* (letteralmente prendersi cura) si può riferire alla percezione che un individuo ha di se stesso: per avere una buona percezione di se stessi si devono compiere degli conoscitivi che possano consentire di scoprirsi.

Per giungere all'essere del soggetto Foucault individua la *parresia* (nel significato letterale non è solo la libertà di dire tutto" ma anche la franchezza nell'esprimersi, dire ciò che si ritiene vero). Essa rappresenta l'apertura del cuore e indica la necessità, per i due soggetti coinvolti, di non nascondersi l'un l'altro nulla di ciò che pensano, e pertanto di parlarsi con franchezza. Egli riconosce come ogni struttura sociale e relazionale che ruota attorno ad un individuo dia forma ad un'elaborazione soggettiva che è il frutto dei gesti compiuti da ogni "attore" dello scenario della vita: entrambi le parti della relazione (l'individuo e l'altro) determinano reciprocamente le proprie soggettività.

In Platone, secondo una lettura foucaultiana, si possono identificare tre modi in cui si stabilisce il legame tra la cura di sé e la cura degli altri e precisamente: il legame di finalità, quello di reciprocità e quello di implicazione essenziale.

Il primo si basa sul fatto che occupandosi di se stessi si acquisisce la capacità di occuparsi degli altri; attraverso il secondo ci si può occupare di stessi solo a condizione che si prenda cura anche degli altri e a patto di consentire agli altri di fare lo stesso con noi; il terzo fa riferimento alla forma di reminiscenza propria della visione platonica.

Lucio Anneo Seneca nelle sue lettere a Lucilio affermava "*nemo per se satisvalte ut emergat; oportet manum aliquis porrigat, aliquis educat*" (nessuno, da solo, ha la forza

<sup>11</sup> Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli, Milano, 2000

necessaria ad emergere dai flutti; occorre che qualcuno gli tenda la mano, che qualcuno lo tragga a riva).

Cos'è importante conoscere di se stessi per potersi prendere cura di sé? Per rispondere a questa domanda cito la distinzione del filosofo greco antico Demetrio il Cinico (Corinto 7/10 – Grecia 90 circa) tra saperi inutili e saperi utili per spiegare l'essere nel mondo. I primi corrispondono alle conoscenze delle cause che non possono trasformarsi in prescrizioni prive di effetti sul modo d'essere del soggetto che costituiscono la frangia dei saperi ornamentali, I secondi, invece, sono rappresentati dalle conoscenze di relazione della persona con il mondo, con gli altri individui e con se stesso. Questi saperi sono volti alla coltivazione del proprio io e alla possibilità di produrre nella persona un cambiamento nel proprio modo d'essere. Si potrebbe affermare che la conoscenza utile, quella al cui interno l'esistenza umana viene messa in questione, è piuttosto una modalità di conoscenza relazionale, al contempo assertiva e prescrittiva, capace di provocare un cambiamento nel modo d'essere del soggetto.

Seneca afferma che si accede al mondo grazie al movimento della curiosità dello spirito e ciò significa non perdere di vista gli elementi che caratterizzano il mondo in cui ci troviamo.

Per volgere lo sguardo verso se stessi Marco Aurelio individua dei *parastéma*, ovvero delle considerazioni fondamentali per potersi convertire a se stessi conoscendo il mondo. Il primo concerne un interrogativo che dovrebbe fungere da faro per l'individuo, ovvero cosa sia il bene per il soggetto. Per quanto riguarda il secondo *parastéma* va tenuto presente che la libertà esiste nel momento in cui una persona può sostenere un'opinione propria. Nell'ultimo il soggetto può vivere una sola e unica realtà che è definita da *hic et nunc*.

Qui di seguito viene riportata una citazione di Marco Aurelio

*“...Al mattino comincia col dire a te stesso: incontrerò un indiscreto, un ingrato, un prepotente, un impostore, un invidioso, un individualista. Il loro comportamento deriva ogni volta dall'ignoranza di ciò che è bene e ciò che è male. Quanto a me, poiché, riflettendo sulla natura del bene e del male, ho concluso che si tratta rispettivamente di ciò che è bello o brutto in senso morale, e, riflettendo sulla natura di chi sbaglia, ho concluso che si tratta di un mio parente, non perché derivi dallo stesso sangue, o dallo stesso seme, ma in quanto partecipa dell'intelletto e di una particella divina, ebbene io non posso ricevere danno da nessuno di essi perché nessuno potrà coinvolgermi in turpitudini e nemmeno posso adirarmi con un parente né odiarlo. Infatti siamo nati per la collaborazione, come i piedi, le mani, le palpebre, i denti superiori e inferiori. Pertanto agire l'uno contro l'altro è contro natura: e adirarsi e respingere sdegnosamente qualcuno è agire contro di lui...”<sup>12</sup>*

Bisogna ridare senso e significato alla parola che è soccorso reciproco tra le persone. Il *logos* è “l'armatura” di ogni persona e Foucault afferma che

*“...a mano a mano che si producono gli eventi e tutte le volte che nell'aperta campagna della vita quotidiana la persona si sente minacciata, il logos dovrà essere lì presente come una fortezza, come una cittadella collocata su un'altura entro cui poter ripiegare e rifugiarsi al sicuro...”<sup>13</sup>*

Per appartenere all'ordine del soccorso della cura permanente richiesto da qualsiasi relazione bisogna avere in dotazione dei *logoí* relazionali sempre a portata di mano.

<sup>12</sup> Birley A., *Marco Aurelio*, Rusconi, Santarcangelo di Romagna (RN), 1990

<sup>13</sup> Foucault M., *Dits et écrits*, Gallimard, Paris, 1999



Il filosofo greco antico Filodemo di Gadara (110 a. C. circa– 35 a. C. circa) sostiene che *“...i soggetti devono salvarsi gli uni con gli altri, gli uni grazie agli altri...”*<sup>14</sup>

Quando si parla di riabilitazione in psichiatria spesso vengono omessi elementi significativi quali il luogo dove si pratica il programma riabilitativo, il luogo dove il paziente vive quando non partecipa alle attività proposte (che spesso rispondono alle esigenze del servizio e degli professionisti perché troppo spesso non si chiede al paziente cosa effettivamente gli piacerebbe fare senza aderire passivamente al programma proposto), quali sono le motivazioni e se le attività possono essere misurate.

Quando si legge la letteratura scientifica che descrive nuovi farmaci quasi mai vengono descritti i pazienti reali che incontriamo ogni giorno nella nostra pratica, nei servizi che “abitiamo” e nelle nostre condotte reali di trattamento; essi hanno a che fare con i protocolli che si costruiscono all’interno della logica sperimentale dei Clinical Trials, se pur Evidenced Based Medicine (EBM).

I setting dove la pratica riabilitativa ed educativa viene realizzata non sono quasi mai quelli ideali, perché le condizioni reali di lavoro, di composizione “fisica” dei servizi e degli scenari emotivi non consentono la messa in opera di alcune sufficienti condizioni favorevoli di “cura”. Questo non è necessariamente attribuibile ad operatori dei servizi psichiatrici particolarmente incompetenti, grossolani o negligenti. La questione è più complessa e articolata.

Si reiterano programmi riabilitativi “perché si è sempre fatto così”, “perché non c’è tempo”, “perché non ci sono i soldi”, “perché ai pazienti piace” senza fermarsi a riflettere sul fatto che i programmi e le attività di riabilitazione non incontrano la Storia dei pazienti.

I pazienti eterogeneamente coinvolti in attività/programmi spesso ripetitivi ricevono trattamenti già decisi da qualcun altro ai quali lo stesso è sollecitato a partecipare (laddove qualcuno chiede al paziente cosa gli piacerebbe fare il professionista viene subito visto come un “nemico”, come qualcuno che “si vuole mettere in mostra” e nella peggiore delle ipotesi vengono posti in essere ostracismi silenziosi, pervasivi e pervicaci).

Non si tratta di “buttare la croce” sui servizi e sugli operatori che spesso lavorano in condizioni precarie e cronicamente senza risorse adeguate di personale ed economiche ma quella di provare ad avviare una riflessione metodologicamente fondata con gli approcci epistemologici della letteratura relativa alla pedagogia e all’educazione (e perché no, anche della riabilitazione psichiatrica).

E’ anche possibile che il paradigma dell’imprevedibilità e della paura che il paziente e la psichiatria portano con sé possano frenare spinte innovative e ricerche di nuovi itinerari così come anche la necessità di pensare criteri di *assessment* (ossia di valutazioni). Questo è un tema che suscita quasi sempre dubbi e perplessità da parte degli educatori professionali in parte perché poco abituati a “misurare” i programmi/attività e un po’ anche per ragioni ideologiche).

Rimane la necessità di interrogarsi in maniera approfondita sui bisogni, le risorse, i desideri e le possibilità di quel paziente in quel contesto.

La diagnosi ancora ricopre una funzione di etichettamento (di stigma) del paziente che consapevolmente o inconsapevolmente influisce sulle azioni che vengono poste in essere da medici, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali e terapisti della riabilitazione psichiatrica. Permane una pratica della cura dove l’ipersoggettività del giudizio ricopre un ruolo significativo così come l’impiego di categorie psicopatologiche

---

<sup>14</sup> Filodemo di Gadara, *Peri parresias*, frammento 36

determinate da lessici e koinè diversi (si pensi allo sviluppo degli studi e delle ricerche in ambito etnopsichiatrico).

L'etereogeneità dei setting (dove si realizzano attività educative-riabilitative quali un Centro Psico Sociale, un Centro Diurno o una Comunità) reali di azione educativa mostra che il contesto modifica la soggettività del paziente (espressione libera dei desideri, possibilità di "contrattare" spazi comunicativi diversi e altri, ecc.).

Molti studi hanno sottolineato l'importanza del contesto in cui vive il paziente e come lo stesso paziente psichiatrico (ma non solo!) sia un sistema complesso e indivisibile. Sono le interazioni operative quali quelle tra pari, quelle tra paziente e risposte che egli riceve, fra paziente e luoghi, ecc. che possono creare le condizioni affinché il soggetto possa esercitare più scelte. Gli educatori hanno molti strumenti utili, ancorché non standardizzabili, quali l'ascolto, la solidarietà, l'affettività, il provare a generare un confronto tra gli interessi del paziente e quelli del contesto (famigliare, territoriale, dell'organizzazione, ecc.), la possibilità di modificare il contesto materiale di vita quotidiana del paziente, la possibilità di favorire scambi affettivi tra pazienti e altre persone.

Non credo che esista una tecnica o un metodo che si possa applicare *tout court* ma una praxis che utilizzando e stimolando le risorse che il paziente possiede (da questo discorso è escluso il paziente ricoverato in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – SPDC – perché la riflessione esulerebbe dal focus di questo *handbook*) accompagnandolo nella costruzione del suo personale progetto di vita. Solo un cittadino detentore di pieni diritti potrà esercitare gli spazi di libertà che ontologicamente gli appartengono e che sono riconosciuti dalla legge.

Un buon servizio psichiatrico deve garantire programmi/attività riabilitativi credibili, efficaci ed efficienti: la buona qualità non necessariamente coincide con la quantità delle risorse economiche a disposizione o con la qualità dei singoli trattamenti che vi si somministrano. Nel IV e nel V capitolo di questo testo le educatrici Chiara Carlini e Marina Malgeri tematizzeranno questo argomento accompagnandolo con esempi concreti. Un buon servizio psichiatrico deve essere un "luogo" permeabile e dinamico, flessibile e diversificato dove le opportunità e le risorse sono comunicanti: è un servizio ad alta integrazione interna ed esterna dove la permeabilità dei saperi e delle risorse prevale sulla separatezza degli stessi.

Un bravo educatore deve sapere adattare il sapere alla specificità della situazione, deve saper distinguere tra i gesti, le azioni e gli strumenti che possono davvero servire a lottare contro la sofferenza e contribuire a migliorare la qualità della vita del paziente (ma anche il clima del servizio).

Le risorse di un presidio psichiatrico sono sì quelle fissate dall'organico ma anche la motivazione con cui lavorano i professionisti, le aspettative che hanno rispetto ai pazienti di cui si occupano, il senso di appartenenza ad un progetto collettivo, la qualità dei rapporti che si realizzano nel campo del lavoro, ecc.

Il territorio circostante (la comunità) il servizio è una fonte inesauribile di risorse esistenti e potenziali, materiali e umane.

La comunità è tutto quello che il servizio non è e con cui si può entrare in relazione attraverso processi di negoziazione, di integrazione e di scambio di saperi. Succede ancora che gli operatori della psichiatria, e gli educatori non sono da meno, attivino processi di paranoicizzazione (sono i nemici che ci assediano), processi di seduzione e di ricerca del consenso (mi accetta per come sono e mi approva), processi di parcellizzazione (genero alleanze e conflitti a seconda delle opportunità).

Innanzitutto la famiglia del paziente è parte integrante della comunità. Tralascio l'infinita letteratura sulla famiglia del paziente psichiatrico colpevolizzata oltre misura. L'analisi della famiglia come sistema complesso e attore principale nel percorso di cura del

soggetto è ormai entrata a far parte della pratica educativa e riabilitativa. La malattia non risiede, isolata e colpevolizzante dentro il soggetto ma in quel territorio in cui il paziente, la sua famiglia, i suoi amici, ecc. vivono e abitano.

Il territorio non si esaurisce nel contesto familiare ma include le istituzioni formali e informali quali la parrocchia, il sindacato, le associazioni sportive, ecc.

La comunità, i pazienti e le famiglie sono una risorsa in sé e non devono rappresentare una risorsa vicaria: si tratta di affermare il principio che i pazienti cessano di essere relegati nel mero ruolo di costi (consumatori di risorse).

Una critica da muovere ai modelli e alle pratiche riabilitative ed educative si riferisce all'assunzione secondo cui la riabilitazione consisterebbe in un percorso per il paziente dalla disabilità all'abilità. Queste due condizioni non esistono in sé e cioè decontestualizzate da quei complessi insiemi di determinanti costituiti dai luoghi degli interventi, dalle organizzazioni dei servizi, dalle interazioni con le altre agenzie socio-sanitarie e dalle risorse messe in campo. La pratica riabilitativa non è la sostituzione delle disabilità con delle abilità ma un insieme di strategie orientate ad aumentare le opportunità di scambio di risorse e di affetti.

La riabilitazione è un processo che implica l'apertura di spazi negoziali per il paziente, per la sua famiglia, per la comunità circostante e per i servizi che del paziente si occupano.

Uno dei miti, ma spesso è una mistificazione, della prassi riabilitativa è il riferimento all'autonomia dei pazienti come obiettivo principale della riabilitazione: iperselezione dei pazienti idonei ad essere riabilitati e l'abbandono di coloro che non sono ritenuti idonei ad essere riabilitati.

La questione è un'altra: bisogna guardare e praticare la riabilitazione con lo sguardo della partecipazione affinché insieme si possa tentare di modificare le regole dello scenario.

La partecipazione appartiene alla costellazione variegata delle reti (amici, partner, fratelli, sorelle, genitori, altre agenzie socio-sanitarie, ecc.): credo sia un errore mantenere una netta distinzione tra la rete sociale e quella familiare perché spesso il margine che le separa è sottile e soprattutto la sofferenza della erte familiare influisce sulla ricchezza della rete allargata e viceversa.

Nel 1977 George Engel, in uno storico articolo apparso su *Science*, adottava l'espressione biopsicosociale per caratterizzare l'esigenza in medicina di un nuovo paradigma che superasse quello tradizionale biomedico e riduzionista. Anche se oggi l'espressione è frequentemente utilizzata per definire quello che dovrebbe essere un approccio integrale in medicina è diventato sempre più vuoto di senso e sempre più rituale tanto che il presidente dell'American Psychiatric Association lo ha definito uno shibboleth, (il termine indica una parola o espressione che, per le sue difficoltà di suono, è molto difficile da pronunciare per chi parla un'altra lingua o un altro dialetto. Per questa ragione, la parola viene scelta come contrassegno per distinguersi dai parlanti di altre comunità. Chi non è capace di pronunciarla correttamente viene quindi riconosciuto come straniero) una parola *passee-partout* priva di senso (Fink, 1988).

E' interessante osservare che si tende a mantenere artificialmente le nozioni di psichiatria e salute mentale, riferendo la prima al modello biomedico riduzionista e la seconda a quello olistico biopsicosociale.

La nozione di psichiatria tradizionalmente è definita una branca della medicina che studia e assiste i pazienti con malattie mentali mentre la nozione di salute mentale include la problematica della salute e della malattia, la sua ecologia, l'utilizzo e la valutazione delle istituzioni e delle persone che le usano, lo studio dei loro bisogni e delle risorse necessarie, l'organizzazione e la programmazione dei servizi per la cura e la prevenzione delle malattie e per la promozione della salute.

La domanda che dobbiamo porci come educatori non è se il modello biopsicosociale è applicato ma quanto i servizi deputati alla cura della malattia mentale sono effettivamente organizzati in modo da rispettare quell'approccio.

La piena e consapevole cittadinanza e la salute mentale sono condizioni strettamente legate fra loro e un deficit in una delle due implica un deficit nell'altra. La stretta relazione tra cittadinanza e salute implica che ogni azione per la salute (e per la malattia) deve anche essere azione per la cittadinanza.

Prima di concludere questo capitolo ancora alcune riflessioni sul tema del desiderio che sembra essere sparito dalla pratica educativa e scarsamente tenuto in considerazione da parte degli educatori.

Questo sentimento di incertezza e di mancanza, come sostiene Massimo Recalcati nel suo saggio *Ritratti del desiderio*, non è interpretato in senso negativo ma indica *"l'attesa e la ricerca della propria stella"*<sup>15</sup>. 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>16</sup>.

L'etimologia del desiderio suggerisce alcune delle principali dimensioni che lo caratterizzano, una delle quali è la mancanza, che ne determina la stessa nascita. Essa rappresenta infatti l'insufficienza d'essere peculiare della condizione umana, pur costituendo, allo stesso tempo, ciò che conduce l'individuo ad intraprendere la ricerca generativa di qualcosa d'altro e di diverso da quello che egli già ha ottenuto e vive, nel tentativo di dar luogo a qualcosa che non c'è, che è altrove, che è in un altro stato o in possesso di qualcun altro. Il desiderio consente all'individuo di relazionarsi con l'Altro poiché esso stesso esiste se è riconosciuto dal desiderio dell'altro. Il desiderio, il quale non può che essere definito come *desiderio dell'Altro* o, più precisamente, come *desiderio del desiderio dell'Altro*, è l'elemento che "umanizza" la vita, che caratterizza l'essere umano distinguendolo dall'animale. Il desiderio di ogni essere umano è quindi sempre *desiderio di riconoscimento* da parte dell'Altro, che quest'ultimo desidera a sua volta. Ogni persona è portatrice di un desiderio che deve scindersi da quello dell'Altro che è alla base della sua esistenza, inseguendo la propria realizzazione attraverso l'erranza, il distacco dal familiare, il quale si verifica generalmente durante l'età della giovinezza e che può provocare conflitti e sofferenze da affrontare con coraggio e determinazione lungo il cammino. L'individuo per raggiungere un equilibrio deve perseguire il proprio desiderio riconoscendolo come esistente e proveniente da quello dell'Altro, attraverso la consapevolezza del fatto che *"l'esistenza è sempre in un deserto. Ciascuno di noi è orfano, ma ciascuno di noi è erede: dobbiamo ogni volta inventare la nostra eredità"*<sup>17</sup>. È proprio tale processo che porta alla costruzione della singolarità di ogni persona ed alla nascita delle differenze tra gli individui, che sono il fondamento dei processi generativi.

Desiderare è dunque 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 di 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 valorizzandone le capacità di contribuzione"*<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> Recalcati M., *Ritratti del desiderio*, Cortina, Milano, 2012

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> Magatti M., Giaccardi C., op. cit. p. 38

<sup>18</sup> Magatti M., Giaccardi C., op. cit., p. 38

L'autosufficienza e l'autoreferenzialità non sono che miti ingannevoli che illudono l'individuo di poter fare a meno degli altri, quando invece la libertà consiste proprio nel legarsi a qualcosa e nell'essere in relazione con qualcuno.

Gli individui vengono manipolati in una sorta di *bovarismo di massa* ed abituati a credere che *“bisogna desiderare quel che c'è già, quel che è in vendita, quel che appartiene ad altri”*<sup>19</sup> che però, una volta ottenuto non fa che portare nuovamente ad emergere quel senso di vuoto, di mancanza che spinge a desiderare altro in un processo destinato a reiterarsi all'infinito. La libertà a cui tutti aspirano si traduce così nella ricerca continua di nuove possibilità e di un'assenza assoluta di limiti, poiché solo così ogni individuo

*“può sperare di scoprire e far emergere quel desiderio che lo guida, pur rimanendo inaccessibile; e ospitare “quell'al di là dell'io” di cui comunque ha bisogno. Per questo, ci mettiamo alla ricerca di quella situazione, persona, oggetto che ci pare in grado di soddisfarlo. Pretendendo di poter ridurre il desiderio a godimento, cioè alla sua oggettivazione concreta, da inseguire e afferrare. Per lo più nella forma, socialmente organizzata, del consumo: di beni, certo, ma anche di idee, esperienze, relazioni. Di cui avvertiamo, subito dopo averle raggiunte, l'insufficienza. Eppure, ogni volta ricominciamo da capo”*<sup>20</sup>.

Il tramonto delle grandi meta-narrazioni (religioni, marxismo, ecc.) che in passato fornivano un'interpretazione univoca del mondo adottata dalla maggioranza della popolazione e l'avvento di Internet, che ha rivoluzionato per sempre ed in modo radicale il sistema di comunicazione e di condivisione delle informazioni, originando quello che viene definito ipertesto, sono due dei fattori principali che hanno contribuito a generare quel senso di disorientamento che interessa l'individuo in epoca contemporanea. Quest'ultimo è infatti investito ogni giorno da un numero infinito di stimoli (basti pensare, ad esempio, a quante informazioni diverse si possono reperire su Internet in merito ad un unico evento di cronaca) pur essendo continuamente spinto ad “essere se stesso” ed a fare le proprie scelte, mantenendosi contestualmente aperto a tutte le possibilità. Questa evidente contraddizione porta la persona a sentirsi spaesata, a doversi adattare alla continua precarietà di quella che Zygmunt Bauman ha nominato *società liquida*<sup>21</sup>, caratterizzata da una mancanza di precisi punti di riferimento, da una transitorietà definita dal rapido susseguirsi delle innovazioni tecnologiche e delle scoperte scientifiche, dal continuo passaggio da una moda ad un'altra, da relazioni interpersonali sempre più instabili e fragili. Per “essere libero” ed “essere se stesso” ogni individuo viene infatti indotto ad isolarsi sempre di più dagli altri, poiché

*“dietro la pretesa libertà di determinare la propria vita, si nasconde una vera e propria ideologia che strumentalizza il concetto di autonomia personale, riducendo l'autonomia all'indipendenza ed escludendo la stessa possibilità di una qualunque <<dipendenza>>”*<sup>22</sup>, ovvero della costruzione di qualsiasi relazione interpersonale

<sup>19</sup> Volli U., *op. cit.*

<sup>20</sup> Magatti M., Giaccardi C., *op. cit.*

<sup>21</sup> [http://www.treccani.it/vocabolario/societaliquida\\_%28Neologismi%29/](http://www.treccani.it/vocabolario/societaliquida_%28Neologismi%29/)

<sup>22</sup> Marzano M., *Cosa fare delle nostre ferite?*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 2012

profonda e duratura. In quest'epoca dilaga il mito della completa autonomia, della fiducia (unicamente) in se stessi per raggiungere obiettivi personali, del controllo pervasivo e totale su ogni aspetto della propria vita, dal proprio corpo, al lavoro, alle relazioni, alle emozioni ed ai sentimenti. In quest'ottica delirante chi non ottiene successo nella vita viene colpevolizzato e per questo teme il confronto e la relazione con l'altro, che nel suo essere altro-da-sè è imprevedibile e rischia di sfuggire al suo controllo, pertanto naturalmente da evitare.

*“se siamo individui isolati che si muovono alla ricerca di nuove possibilità messe a disposizione, in modo crescente e sempre più efficiente, dal sistema, allora il legame è solo un impedimento o uno strumento, e la relazione un'increspatura”<sup>23</sup>,.*

La manipolazione dei desideri delle persone attraverso i social media, la dilagante mania del controllo e la spinta a superare qualsiasi limite in virtù della ricerca di un godimento sempre più sfrenato sono alcuni di quegli elementi che influiscono sulla nascita e lo sviluppo di quelle forme di sofferenza psichica in forte aumento all'interno delle società occidentali contemporanee. Si tratta dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, obesità, bulimia) e delle varie tipologie di dipendenze patologiche (abuso di droghe e alcol, ludopatia) che ormai si sono costituiti come vere e proprie malattie psichiatriche e che hanno conseguenze disastrose (spesso persino fatali) su molti individui di giovane età.

La difficoltà, a volte estrema, di entrare in dialogo con l'Altro porta le persone con sofferenza psichica a chiudere le porte al desiderio (al suo emergere ed attraversare l'esistenza trascendendola) il quale risulta così soffocato ancor prima di nascere, intrappolato in quell'incomunicabilità, in quel silenzio che spesso caratterizza le esperienze psicopatologiche, in quanto la natura del desiderio è dialogica e la sua essenza è immersa nell'espressività e nell'alterità, da cui esso non può prescindere<sup>24</sup>. Infatti, come suggerisce Borgna

*“nel silenzio psicotico, nel silenzio che risucchia in sé le esistenze incrinata da una schizofrenicità, si adombrano [...] desideri e rifiuti, aggressioni e insicurezze, angosce e delusioni, timori e nostalgie strazianti” e ancora: “è necessario cercare di riconoscere e interpretare i diversi contenuti intenzionali di un silenzio (di questo silenzio depressivo): il desiderio di essere rispettati nel silenzio e di essere accolti nonostante il silenzio; il desiderio di essere accompagnati da una presenza silenziosa che abbia a creare una comunicazione allusiva e una sintonia dialogica: che nascano al di fuori della parola; il desiderio di essere ascoltati nel silenzio (c'è un bruciante linguaggio del silenzio) e di ricevere una testimonianza di solidarietà e di amore”<sup>25</sup>.*

La psichiatria deve quindi mettersi in ascolto dei desideri dei pazienti, offrendo loro l'opportunità e lo spazio per emergere ed esprimersi, imparando a riconoscerli anche nel silenzio, solo apparentemente vuoto e privo di contenuti nascosti da comunicare, che li cela e soffoca, impedendo alle persone con disagio psichico di autodeterminarsi

<sup>23</sup> Magatti M., Giaccardi C., *op. cit.*

<sup>24</sup> Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli, Milano, 2000

<sup>25</sup> Borgna, E., *op. cit.*

ed autorealizzarsi come individui. Queste ultime inoltre, essendo spesso inabili al lavoro a causa della propria fragilità, vengono automaticamente tagliate fuori dalla società che vede il soggetto solo nella qualità di produttore-consumatore di beni e servizi e che fonda il proprio funzionamento sull'omologazione degli individui al fine di renderli più controllabili dalle dinamiche di mercato di domanda-offerta dei prodotti. Ecco allora che ogni diversità, considerata pericolosa, viene così demonizzata e stigmatizzata, proprio per il suo andare controcorrente rispetto alle necessarie spinte omologanti di cui si avvale il sistema capitalistico; i soggetti portatori di una differenza

*“rinviano all’Altro che ci portiamo tutti dentro, e che ci mette a disagio... La loro differenza trova sempre all’interno di noi stessi un luogo dove prosperare e radicarsi, un punto di contatto con la nostra alterità che, sollecitata dall’esterno, riemerge e ci invade”<sup>26</sup>,*

facendoci percepire quella sensazione tanto temuta e disprezzata di perdere il controllo di noi stessi, che caratterizza, peraltro, molte esperienze psicotiche.

La società contemporanea, grazie anche allo sviluppo dei servizi e agli effetti della globalizzazione, offre un numero sempre maggiore di opportunità educative, che sono vissute più o meno consapevolmente dagli individui in esse coinvolti i quali, oltre ad esserne i destinatari, contribuiscono attivamente alla loro costruzione. In un mondo sempre più complesso e ricco di stimoli,

*“gli obiettivi principali di un’azione educativa che ponga l’autonomia dei soggetti come una delle proprie principali ragioni d’essere diventano la cognizione della complessità del sistema educativo, la consapevolezza dell’esistenza di condizionamenti, ma anche dei margini di libertà possibili nella costruzione della propria storia formativa”<sup>27</sup>.*

L’educatore professionale ha quindi il compito di aiutare la persona ad acquisire quegli strumenti che le permettano di realizzare se stessa, di essere libera, autonoma e di orientarsi nella complessità del mondo, tracciando un proprio percorso all’interno di quella intricata foresta di stimoli, informazioni, esperienze e condizionamenti che è la società contemporanea. Questa figura interviene generalmente nei momenti in cui subentra una crisi nell’insieme delle esperienze educative vissute da un soggetto, sia essa dovuta ad una carenza di educazione (non vengono raggiunti gli obiettivi prefissati), ad un suo eccesso (gli obiettivi non sono leciti o validi) o ad un conflitto educativo (gli obiettivi delle differenti esperienze educative non sono conciliabili tra loro). La percezione di una crisi è influenzata dalle caratteristiche dell’ambiente, del contesto culturale in cui si manifesta, dell’osservatore che la individua, dalle risorse a disposizione per farvi fronte e dal sistema di trasmissione delle informazioni che permette alla notizia della sua insorgenza di giungere a chi ha il compito ed il potere di intervenire. Ogni intervento educativo si può differenziare a seconda della sua durata in a breve, medio e lungo periodo. Anche se l’educatore professionale non opera unicamente con persone in condizione di disagio,

---

<sup>26</sup> Marzano M., *op. cit.*

<sup>27</sup> Tramma S., *op. cit.*

*“l'intento di ridurre il malessere laddove si prospetta o si esplicita, di inaugurare o rafforzare il benessere laddove spontaneamente ciò non si verifica, distingue l'educatore da altre figure che con esso hanno dei tratti o dei legami di parentela”<sup>28</sup>.*

L'educatore professionale ha quindi il compito di offrire alla persona nuove opportunità ed esperienze che le permettano di intraprendere dei cambiamenti positivi rispetto alla propria condizione iniziale attraverso un significativo percorso di apprendimento e crescita personale. È però opportuno sottolineare che non sempre gli individui riescono a riportare i cambiamenti auspicati e che può accadere che determinate esperienze diano luogo a processi trasformativi dagli esiti inaspettati. Infatti in educazione la molteplicità delle variabili in gioco (relative ai diversi contesti ed agli individui coinvolti) non consente di individuare con certezza matematica quali conseguenze possa comportare un determinato intervento educativo. Ciò non impedisce tuttavia di formulare delle valutazioni in merito a ciò che è più probabile che accada in una certa situazione, facendo riferimento al proprio bagaglio teorico, alle esperienze vissute in precedenza ed al confronto con gli altri professionisti per scegliere la linea d'intervento più appropriata al contesto e più funzionale per stimolare dei cambiamenti positivi nell'individuo. L'educatore professionale non lavora infatti in modo indipendente e solitario, ma

*“programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio-educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività”<sup>29</sup>.*

Nonostante l'individuo sia destinatario di una molteplicità di interventi di natura differente, proprio perché messi in atto da professionisti che si occupano di discipline diverse, egli mantiene la propria unitarietà, che l'educatore professionista è tenuto a riconoscere e presidiare. L'équipe è per lui una risorsa importante che deve essere condivisa con i suoi membri il senso e l'esito dei propri interventi al fine di offrire ad ogni utente un servizio di alta qualità caratterizzato da professionalità e completezza. All'interno dell'équipe, strumento che gioca un ruolo di supporto per il lavoro dell'educatore (sia a livello emotivo che progettuale), gli operatori condividono obiettivi comuni, le decisioni vengono prese insieme e condivise sulla base delle informazioni disponibili grazie ad una comunicazione circolare e l'avvenuto o mancato raggiungimento degli obiettivi è di responsabilità dell'intero gruppo di lavoro. All'interno dell'équipe, egli si trova spesso a fare da “collante” tra i diversi operatori che la costituiscono (una condizione che mi è capitato spesso di sperimentare), promuovendo i processi di collaborazione, aiuto e confronto reciproci e trasmettendo loro le proprie conoscenze in merito al sapere educativo e le informazioni utili raccolte attraverso quel “vivere la quotidianità con l'utente” che costituisce la peculiarità del lavoro svolto da questo professionista.

---

<sup>28</sup> *ivi*

<sup>29</sup> [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg)



Tra le principali competenze che definiscono la peculiarità del ruolo dell'educatore professionale una delle più importanti, che è opportuno approfondire, è quella che consiste nel risignificare ed attribuire senso a ciò che accade sulla scena educativa, presidiando i vincoli, elaborando le resistenze e le attese di appartenenza al luogo educativo che egli abita con i suoi interlocutori; esse si possono presentare sotto forma di

*“domande (implicite o esplicite) sul perché stare insieme in quel luogo e fare quelle cose e, soprattutto, sul perché dover imparare ciò che viene chiesto di imparare e proprio da chi lo richiede”<sup>30</sup>.*

Il professionista deve quindi essere in grado di fornire risposte adeguate e soddisfacenti a tali quesiti, condividendo e costruendo con gli utenti il senso delle esperienze educative vissute. Come afferma Cristina Palmieri, l'educatore professionale deve porsi come mediatore tra l'individuo ed il mondo e

*“la mediazione, educativa, sembra corrispondere allora a ciò che consente di <<attribuire senso a quello che accade>>, andando oltre il piano della sensazione e della reattività. [...] Mediare, quindi, non può che essere una pratica che consente di fare esperienza dei propri vissuti, elaborando su di essi significati, pensieri, costruendo un sapere, impadronendosi del proprio modo di costruire un sapere”<sup>31</sup>.*

La mediazione dell'Educatore Professionale è quindi finalizzata a

*“frapporre uno spazio tra chi sta apprendendo, sta crescendo, e l'ambiente in cui vive: una sorta di “cuscinetto” animato da pratiche, da esperienze, da linguaggi, orientato a porre domande di senso, in modo da sostare in quelle esperienze e da esse apprendere qualcosa di nuovo con cui guardare e trattare sé e il proprio ambiente di appartenenza”<sup>32</sup>.*

La continua ricerca di senso che costituisce il ruolo dell'educatore professionale si fonda sulla sua capacità di problematizzare una data situazione e di porsi domande sulla base di quanto osservato/agito. Il professionista deve quindi saper rielaborare e riflettere sulla pratica educativa “dicendosi qualcosa” in merito ad essa non solo durante la programmazione degli interventi, ma anche nel momento stesso in cui essi vengono messi in atto, costruendo il significato di ciò che sta facendo mentre lo sta facendo, in modo da orientare il proprio comportamento nel “qui ed ora” della scena educativa. Questa ricerca continua di senso è finalizzata ad individuare alcune delle soluzioni possibili che possono essere attuate nella prassi del lavoro educativo in risposta ai problemi e alle esigenze proprie di ogni utente. Porsi delle domande di senso permette inoltre all'educatore professionale di crescere professionalmente e di effettuare un processo di meta-riflessione (di riflettere cioè su sé stesso e sul proprio modo di lavorare), mantenendosi così flessibile e disponibile al cambiamento e alla considerazione di nuove idee e proposte d'intervento. In questo modo egli riesce a tenere aperto il colloquio con sé stesso e con gli altri, a mettersi in discussione accettando le critiche di tipo costruttivo, non rinunciando ad accogliere nuovi stimoli ed

<sup>30</sup> Salomone I., *La scena educativa*, libreriauniversitaria.it edizioni, Padova, 2013

<sup>31</sup> Palmieri C., *Un'esperienza di cui aver cura...*, Franco Angeli, Milano, 2011

<sup>32</sup> *ivi*

opportunità, con la consapevolezza che non è sempre possibile trovare risposte univoche e definite a certi quesiti e problemi. A tale proposito riporto di seguito l'invito di Rainer Maria Rilke (1875-1926), scrittore, poeta e drammaturgo austriaco di origine boema, il quale suggerisce

*"Sii paziente verso tutto ciò che è irrisolto nel tuo cuore e... cerca di amare le domande, che sono simili a stanze chiuse a chiave e a libri scritti in una lingua straniera. Non cercare ora le risposte che possono esserti date poiché non saresti capace di convivere con esse. E il punto è vivere ogni cosa. Vivere le domande ora. Forse ti sarà dato, senza che tu te ne accorga, di vivere fino al lontano giorno in cui avrai la risposta"*<sup>33</sup>.

L'educatore professionale contribuisce anche ad ampliare la cultura professionale specifica dell'ambito e del servizio in cui lavora, arricchita inoltre dalla molteplicità dei saperi di cui sono portatrici le differenti figure che compongono l'équipe multi-professionale. Come afferma infatti Igor Salomone *"ogni luogo educativo costruisce un sapere su se stesso seguendo i percorsi più diversi e utilizzando una molteplicità di strumenti"*<sup>34</sup>.

L'elemento essenziale e presupposto dell'intero lavoro educativo svolto in ogni tipologia di servizio è la *relazione educativa* che l'educatore professionale deve essere in grado di costruire con l'utente, assumendosi la responsabilità della sua evoluzione nel corso del tempo. Essa rappresenta *"il modo attraverso il quale le intenzioni educative diventano (possono diventare) lavoro e risultati educativi"*<sup>35</sup> ed è definita da Pierluigi Bertolini (1931-2006), noto pedagogista e filosofo dell'educazione italiano, come *"il luogo comunitario dell'esplicitazione dell'intenzionalità educativa"*<sup>36</sup>, quella *"comunicazione intersoggettiva intenzionale che non può consumarsi e autorigenerarsi se non in una concreta vicinanza tra i soggetti coinvolti"*<sup>37</sup>. La *relazione educativa* si basa quindi sulla vicinanza, sulla fiducia, sulla stima reciproca e sulla capacità del professionista di aprire e mantenere vivo il colloquio con la propria interiorità, il quale costituisce il presupposto necessario per dar luogo ad un dialogo reale ed autentico con l'altro e con la sua soggettività, in un processo di *"interscambiabilità inesauribile delle esperienze vissute"*<sup>38</sup>. L'educatore professionale deve inoltre sapersi muovere all'interno di contesti e *setting* differenti (colloqui educativi, visite domiciliari, attività, riunioni d'équipe, ecc.) in modo da non provocare negli utenti e nelle altre figure professionali la manifestazione di comportamenti aggressivi, auto protettivi o, al contrario, di abbandono totale delle proprie difese; egli deve assumersi la responsabilità della costruzione ed evoluzione della relazione educativa e delle interazioni comunicative che si manifestano all'interno di ogni scena educativa, ponendosi nei confronti degli individui che la abitano con sincerità, spontaneità ed autenticità, mostrandosi per come realmente è. Il dialogo è uno strumento essenziale per aiutare le persone ad articolare e prendere consapevolezza dei propri desideri, a riconoscerli ed

<sup>33</sup> [www.pensieriparole.it/poesie/poesie-d-autore/poesia-13930](http://www.pensieriparole.it/poesie/poesie-d-autore/poesia-13930)

<sup>34</sup> Salomone I., *op. cit.*

<sup>35</sup> Tramma S., *op. cit.*

<sup>36</sup> *ivi*

<sup>37</sup> *ibid.*

<sup>38</sup> Borgna E., *op. cit.*

attribuire loro un senso<sup>39</sup>. Il silenzio si configura così come uno spazio accogliente, a disposizione dell'altro e del suo desiderio, il quale può cominciare a delinearsi in un contesto protetto e aperto ad ospitarlo. Intimamente connessa e complementare alla capacità di porsi in una dimensione dialogica con l'altro è quella di esercitare l'ascolto attivo, fondamentale per costruire la relazione educativa con l'utente. L'ascolto attivo delle parole e dei silenzi delle persone permette infatti al professionista di conoscere quali sono i loro desideri, di aiutarli ad esprimerli e significarli poiché la loro esistenza assume un senso solo se c'è un altro soggetto desiderante che li accoglie.<sup>40</sup> Il professionista deve prendere consapevolezza dei propri giudizi e pregiudizi e sforzarsi di metterli da parte, al fine di consentire alla persona di mostrarsi nella sua individualità ed autenticità. L'educatore professionale infatti, come ogni soggetto, non può fare a meno di essere portatore di pregiudizi, poiché essi

*“sono ineliminabili e presumere di non averne comporta di rimanere vittima del più pericoloso tra tutti i pregiudizi, cioè la presunzione di neutralità”<sup>41</sup>.*

I pregiudizi consentono alle persone di orientarsi nell'incontro con la realtà e con l'altro e, più che tentare di eliminarli (operazione peraltro impossibile), il professionista deve cercare di prenderne consapevolezza in modo che essi non gli impediscano di costruire la relazione educativa con l'utente, portatore di un'alterità che, in quanto tale, può generare paura, come tutto ciò che rimanda a qualcosa di sconosciuto, di incontrollato e di incompreso nella propria interiorità. Come afferma Michela Marzano (professoressa ordinaria di filosofia morale all'Université Paris Descartes<sup>42</sup>) nel suo libro *Cosa fare delle nostre ferite? La fiducia e l'accettazione dell'altro*

*“quando si parla di <<altro>>, e di <<alterità>>, immediatamente viene fuori anche la questione della paura... una paura che non si può superare fino a quando non si riesce ad accettare l'altro... anche se poi, per poter veramente accettare l'altro, l'alterità che è all'esterno di sé, si deve cominciare con l'essere prima di tutto capaci di accettare l'alterità che è all'interno di noi... Fino a che non si accetta quella parte di noi, quella più fragile e più vulnerabile – quella che per tanto tempo non si riesce nemmeno a nominare, perché si fa di tutto pur di corrispondere perfettamente alle aspettative altrui e all'immagine di perfezione che gli altri proiettano su di noi – non solo ci si distrugge, ma si ha anche la tendenza a essere intolleranti nei confronti dell'alterità altrui, che rinvia a quella parte di sé che non si riesce ad accettare... che non si <<deve>> accettare...”<sup>43</sup>.*

Ascoltare ed accettare la persona per com'è permette quindi all'educatore professionale di riconoscerne e rispettarne l'alterità (prendendo consapevolezza dell'alterità esistente dentro di sé), di rilevare quali sono i suoi bisogni, i suoi desideri e di raccogliere informazioni utili al fine di progettare e realizzare interventi educativi individualizzati volti

<sup>39</sup> Vedi 1.2 *Il desiderio e le sue dimensioni*

<sup>40</sup> Vedi 1.2 *Il desiderio e le sue dimensioni*

<sup>41</sup> Tramma S., *op. cit.*

<sup>42</sup> <http://www.michelamarzano.it/chi-sono/>

<sup>43</sup> Marzano M., *op. cit.*

al conseguimento di obiettivi specifici per ogni individuo e al raggiungimento del livello più alto possibile di autonomia. Accettare l'alterità dell'altro significa anche rispettare ed accogliere quelli che sono i suoi desideri, senza demolirli o giudicarli ma, al contrario, aiutando la persona a svilupparli, ad esprimerli e a realizzarli, assecondando quelli che la potrebbero condurre verso dei passi avanti nel proprio percorso educativo di autonomia e crescita personale. Tale autonomia, che si esprime anche con una maggiore consapevolezza di sé e dei propri desideri, come già anticipato, non coincide con la totale indipendenza dagli altri, in quanto

*“il fatto che imparo a pensare con la mia testa e, a poco a poco, mi rendo conto che i miei desideri non coincidono con quelli degli altri, non implica che io non abbia bisogno di nessuno”<sup>44</sup>.*

L'autonomia quindi non può che svilupparsi attraverso l'incontro con l'altro (con la sua alterità ed il suo desiderio), in quanto essa

*“permettere di scegliere non solo il genere di esistenza che si vuole condurre, ma anche le persone a cui concedere la propria fiducia. Il che vuol dire anche che si deve accettare di essere vulnerabili nei loro confronti”<sup>45</sup>.*

Per dialogare con l'altro e con la sua alterità è necessario sviluppare e mettere in campo la propria *empatia*, definita da C.Rogers come la capacità di comprendere l'altro, che si realizza immergendosi nella sua soggettività, senza sconfinare nell'identificazione. Essa costituisce un elemento fondamentale nella costruzione della *relazione educativa*, che richiede all'Educatore Professionale di saper cogliere e comprendere le emozioni vissute e percepite dall'utente attraverso la costruzione di un legame di vicinanza, senza tuttavia lasciarsi risucchiare dagli abissi della sua interiorità. L'*empatia* implica la capacità di osservare e comprendere il linguaggio verbale e non verbale delle persone e la sensibilità di capire i loro stati emotivi. Essa porta ad una riflessione sulle proprie emozioni, sul proprio sentire e su quello altrui e genera un processo di tipo trasformativo<sup>46</sup>. Come afferma Cristina Palmieri

*“l'empatia non è qualcosa di immateriale, o una dote innata che qualche persona ha, ma qualcosa che implica un contatto corporeo, che si origina proprio nella sensazione corporea della differenza del corpo altrui (e quindi, di rimando, della propria differenza); soprattutto è una competenza, che si può imparare”<sup>47</sup>.*

Per l'educatore professionale è infatti possibile apprendere l'empatia, svilupparla, esercitarla e trasmetterla agli utenti come le altre abilità sociali necessarie per interagire con gli individui e costruire con loro legami sociali positivi. Questa capacità è utile anche a cogliere le implicazioni emotive dei propri desideri e di quelli altrui, le quali spesso ne condizionano l'espressione ed il percorso che porta alla loro realizzazione e, di conseguenza, all'autorealizzazione dell'individuo stesso. Costruire un legame di

---

<sup>44</sup> *ivi*

<sup>45</sup> *ibid.*

<sup>46</sup> <https://www.sociocounseling.it/carl-rogers-e-lapproccio-centrato-sulla-persona/>

<sup>47</sup> *ibidem*

vicinanza con gli utenti implica la capacità da parte dell'educatore professionale di gestire in modo equilibrato la forte componente affettiva ed emotiva che caratterizza inevitabilmente la relazione educativa con qualsiasi tipologia d'utenza. Il coinvolgimento emotivo ed affettivo è generato infatti dalla condivisione di spazi, tempi ed attività che è alla base di ogni esperienza educativa. Esso

*“rappresenta uno strumento di lavoro dell'educatore e, in quanto tale e come tutti gli strumenti, è sottoposto a innumerevoli rischi: eccessivo coinvolgimento (surplus di vicinanza) ma anche scarso coinvolgimento (surplus di distanza). Infatti, i tentativi di empatia, di entropia, [...] di immedesimarsi senza proiettare o di identificarsi senza sostituirsi sono connaturati a una dimensione emotiva senza la quale non avrebbero alcuna possibilità di mettersi in atto”<sup>48</sup>.*

L'educatore professionale deve abbandonare l'idea di poter (e dover) rinunciare al coinvolgimento emotivo ed affettivo con gli utenti, imparando a prenderne consapevolezza e a gestirlo in modo funzionale allo svolgimento del lavoro educativo, abbassando le proprie difese, superando il timore di riconoscere il sentimento di amore ed affetto provato verso gli utenti e facendosi da loro amare a sua volta. È con il concetto di empowerment che comincia a delinearsi più chiaramente quale sia il ruolo del desiderio nel lavoro educativo. Questo termine, che in italiano significa approssimativamente “potenziamento”, sta infatti ad indicare quel processo di crescita (di un individuo, di un'organizzazione o di una comunità) basato sull'incremento della stima di sé e del senso di autoefficacia volto a portare il soggetto (o i soggetti) ad appropriarsi e sviluppare consapevolmente le proprie potenzialità, riconoscendo i propri limiti, i propri diritti e servendosi di risorse interne ed esterne per autodeterminarsi, partecipare attivamente alla vita sociale, prendere coscienza del proprio valore e realizzare i propri desideri, divenendo così *empowered*. La cura, se intesa come sfondo esistenziale dell'educazione, implica una riflessione continua da parte di chi la esercita in merito agli esiti ed agli effetti dei propri interventi sull'esistenza di chi ne è destinatario. Essa mette in contatto l'effettività di ogni individuo (ciò che egli si trova ad essere) e le sue potenzialità (ciò che potrebbe divenire), consentendogli di continuare a prendere forma durante tutta la vita. La cura, che costituisce un'apertura al possibile ed al cambiamento, non è un concetto astratto ma un'esperienza concreta, una *pratica* che può essere messa in atto in modi differenti nell'ambito dello svolgimento del lavoro educativo: in altre parole

*“la questione sta nelle modalità in cui si concretizza la cura, e in particolare l'aver cura degli altri: ci si può infatti sostituire loro nella facoltà stessa di aver cura delle proprie possibilità esistenziali, scegliendo al posto loro, anticipando bisogni e desideri e quindi creando situazioni di dipendenza, oppure creando occasioni in cui gli altri possano sentire la loro effettività e scoprire le loro possibilità, lasciando loro la facoltà di decidere quale strada prendere, di cosa aver bisogno”<sup>49</sup>.*

La cura si articola come pratica nella modalità in cui si posiziona tra effettività e possibilità e si concretizza in quelle tensioni che caratterizzano l'essenza del lavoro educativo, ovvero

---

<sup>48</sup> Tramma S., *op. cit.*

<sup>49</sup> *ivi*

*“le tensioni tra il desiderio e la realtà, tra il pensiero e l’azione, tra il vissuto e l’agito, tra l’accoglienza e il rifiuto, tra l’ascolto e l’imposizione, tra il trattenere ed il lasciare andare, tra il presente e il futuro, ma anche tra l’improvvisazione e la progettualità, tra la spontaneità e la tecnicità, il rischio e la tutela”<sup>50</sup>.*

La cura, come l’educazione in tutte le sue forme e componenti, implica che chi la mette in pratica disponga di un certo potere nei confronti di chi la riceve, il quale si trova nella condizione di non riuscire a soddisfare autonomamente i propri bisogni, elemento questo che determina la legittimazione del potere stesso. Essi sono generati da un senso di mancanza, di privazione e sembrano essere caratterizzati da uno stato di urgenza tale da rendere apparentemente necessaria una loro imminente e quanto più immediata soddisfazione ed estinzione.

A conclusione di questo capitolo cito un’affermazione di Frida Khalo *“Non far caso a me. Io vengo da un altro pianeta e vedo ancora orizzonti dove tu disegni confini.”*

---

<sup>50</sup> *ivi*

## V CAPITOLO

### LA BELLEZZA COME ANTIDOTO ALLA FRAGILITA' DEL VIVERE: ESEMPI DI PROGETTUALITA'

**Col contributo di Chiara Carlini e Marina Malgeri**

Questo capitolo è stato scritto da Chiara Carlini e Marina Malgeri: ambedue sono state mie allieve universitarie, hanno effettuato il loro tirocinio presso il CPS dove lavoro da molti anni, sono stato il loro relatore di tesi...e alla fine siamo diventati amici. Con loro due e altri 3 studenti si è creata una sorta di cenacolo socratico e quando ci incontriamo parliamo di politica, di riabilitazione, di educazione, di filosofia e...ridiamo anche molto. La celeberrima frase "*la bellezza salverà il mondo*", pronunciata dal principe Miškin nel libro L'idiota di Dostoevskij, è un *leit motiv* dei nostri incontri e per quanto mi riguarda anche del mio agire professionale (e non solo). E' interessante notare che la parola *mir* in russo significa mondo e pace. Tra il bello e il bene esiste un legame misterioso, inafferrabile e indistruttibile: ad essi è affidato il potere di ricomporre in un'unità armonica il disordine fondamentale della realtà, rendendola capace, così, di rivelare un senso ultimo al di sopra del suo stesso caos. In tal senso l'idea della bellezza per Dostoevskij coinciderebbe con quella che dà Platone "*Il bello è lo splendore del vero*".

La scelta di affidare questo capitolo a loro due ha a che fare con la mia storia professionale che è anche terribilmente umana. Molti anni fa ho avuto la fortuna di incontrare sul mio cammino tre persone che hanno contribuito alla mia formazione: Margherita Sberna, Guido Contessa e Vittoria Sardella. Con loro ho costruito un buon rapporto di amicizia e di solidarietà: quando nessuno credeva nelle mie possibilità - e forse nemmeno io - loro mi hanno stimolato sul piano intellettuale offrendomi anche la possibilità di tenere alcune lezioni in alcuni corsi per animatori e operatori sociali e di poter lavorare per alcuni progetti. Devo a loro molto e da loro ho anche imparato a promuovere a mia volta gli studenti e i professionisti che possiedono secondo me - competenze e risorse.

Mentre scrivevo questo libro mi rendevo conto che poteva essere utile fornire degli esempi concreti di progettazione accompagnati da alcune riflessioni teoriche e metodologiche che il lettore leggerà di seguito.

La conoscenza del Bello è un argomento tradizionalmente analizzato a più ampio respiro da una disciplina chiamata Estetica, anch'essa, come la Pedagogia, nata dalla Filosofia.

Tale disciplina non si identifica come "scienza del bello" ma riguarda la dimensione umana legata ai sensi, alle sensazioni e alla sensibilità comprendendo anche ciò che può essere definito come il sentimento della bellezza. Attraverso il pensiero di alcuni autori si vedrà come la disciplina dell'*Aisthesis* può conciliarsi con un discorso pedagogico sull'esperienza educativa.

L'incontro tra educatore e paziente è inizialmente sempre un incontro tra corpi (Husserl, Pasolini e Foucault hanno scritto pagine interessanti sul concetto di corpo all'interno del sistema in cui siamo inseriti). Ma non solo. In una relazione tutti i contenuti passano attraverso il corpo e quindi attraverso quella dimensione sensibile che è campo dell'Estetica. L'incontro, all'interno di un'esperienza educativa, ha come fine la produzione di apprendimenti che possono generare un cambiamento nei soggetti, anche in termini di apertura di pensiero. La conoscenza permette al soggetto di porsi nei confronti del mondo con stupore e curiosità, di costruire la propria identità attraverso

la produzione di metaconoscenze, emozionandosi. Il sapere del quale il paziente ha bisogno, ma sarebbe più corretto affermare tutti gli esseri umani, per strutturare la propria identità non è un sapere che si può semplicemente trasmettere.

Il lavoro educativo deve essere sempre reinventato e costruito sulla base di quello che succede lì, in quel momento e con quella persona, ricercando e sperimentando quale può essere l'elemento di novità che distingue un'esperienza educativa dal flusso della vita.

Il lavoro educativo non può, quindi, prescindere dalla dimensione dell'*Aisthesis*, poiché questa porta all'interno dell'esperienze quella carica emotiva che una scoperta è in grado di dare. Il concetto di Estetica fu formulato per la prima volta nel 1735 dal filosofo Alexander Gottlieb Baumgarten che definiva "scienza della conoscenza sensibile" questa disciplina, conoscenza a cui è possibile giungere solo attraverso l'intelletto e il pensiero razionale; questa concezione, che influenzò per diverso tempo i pensatori a lui posteriori, in età contemporanea è stata rivisitata. L'Estetica, oggi, non è considerata una scienza empirica: da un lato la sua è una conoscenza fisica, a cui si giunge attraverso i sensi, mentre dall'altra è considerata come la capacità di formulare giudizi a partire da una percezione e dalla reazione emotiva che ne consegue: una dimensione legata, quindi, alla sensibilità. Quando si parla di giudizio, solitamente, ci si riferisce a qualcosa fondato sul pensiero e sul ragionamento, una rappresentazione dell'uomo e del mondo di un certo tipo che tende ad essere considerata come universale. Esso non serve, differentemente dal primo, a definire il mondo ma il rapporto della persona al suo interno: questo porta inevitabilmente ad una strutturazione identitaria del soggetto, che lo distingue e lo rende unico. Tuttavia la sfera emotiva non è separata da quella razionale. Esse si sovrappongono e si influenzano reciprocamente, tantoché un sentimento positivo o negativo può favorire o meno un apprendimento, può rendere il ragionamento del soggetto più chiaro, o viceversa offuscarlo...e questo è determinante in psichiatria.

La proposta di questo capitolo porta a considerare le esperienze educative volutamente centrate intorno al "Bello", che esso sia naturale o creato dagli esseri umani. Entra in questo modo in gioco l'arte, intesa nel suo senso più ampio come forma di espressione delle emozioni, sensazioni e sentimenti. Come anche Dewey sostiene, l'arte permette di dare voce a qualcosa che altrimenti rimarrebbe muto attraverso il pensiero che prende forma intorno a quell'oggetto, creando un nuovo incontro e una nuova esperienza. L'arte può diventare una forma di bellezza dell'esperienza educativa qualora essa venga valorizzata al suo interno con trasporto, passione, investimento di senso e valore; il suo linguaggio deve essere compreso e interpretato secondo i segni che conducono ad un significato, ma non solo. All'interno dei linguaggi dell'arte è sempre presente una dimensione simbolica caratterizzata da ambiguità, poiché sempre aperta alla risignificazione, basti guardare allo sviluppo di approcci educativi/riabilitativi che hanno come elemento fondante l'arte nella sua accezione più ampia: l'arteterapia, la danzaterapia, la cromoterapia, ecc.

Il simbolo è investito da almeno un aspetto di soggettività perché viene continuamente ri-creato e rapportato al proprio mondo interiore, donando importanza alla percezione del soggetto più che all'oggetto in sé. Si vede quindi come l'arte è sì modalità d'espressione, ma anche richiamo ad un valore simbolico che, sia chi la pratica, sia chi osserva quella altrui, è in grado di raggiungere e utilizzare per fornire diverse interpretazioni a ciò che accade, attraverso un processo mentale, creativo e intersoggettivo. Il processo simbolico che si avvia attraverso l'arte, ma non solo, è un processo caratteristico dell'essere umano che gli permette di trasferire significati ed emozioni dal mondo esterno al mondo interno e viceversa, sviluppando così riflessioni e sentimenti.



Ma perché questo accada è necessario che la dimensione simbolica, emotiva e sensibile venga continuamente stimolata attraverso l'incontro con quanto di diverso c'è intorno all'uomo, i saperi, i modi di comunicare, le culture altre: occorre continuare a farne esperienza senza appiattirsi attorno ad un sapere arbitrario e chiuso. La domanda, retorica, che si pone è quindi questa: perché se tali dimensioni dell'esistenza umana sono stimulate in ognuno, o da noi stessi o dal contesto di appartenenza naturale, i servizi educativi al quale il bambino, l'adolescente, l'adulto o l'anziano approda non dovrebbero fare lo stesso, anzi, in quanto abitati da professionisti, con una strutturazione maggiore?

Non coltivando la dimensione estetica dell'esistenza il rischio è quello di cadere nell'altro universo simbolico che caratterizza il nostro tempo, che è quello del consumo e del bisogno di tutto senza essere mai gratificati. Un universo in cui il desiderio non è più tale ma diventa necessità e dove l'alienazione data da chi viene identificato come potente, dalla pubblicità o da ciò che crea dipendenza si alimenta dell'animo della persona. Le emozioni che possono emergere nell'esperienza educativa andrebbero educate, e quindi nominate e riconosciute, in modo che possano diventare un valore personale e collettivo. Questo può avvenire grazie alla proposta del Bello, in qualunque modo esso si concretizzi, attraverso l'arte, la musica o la narrazione, perché in questo modo la storia e l'interpretazione di altri si apre al confronto con la storia e l'interpretazione del soggetto, in una costruzione sempre nuova di simboli e significati che appartengono al soggetto in un legame, per così dire, poetico. Educare l'emozione non vuole dire operare una scelta, reprimerne o valorizzarne una piuttosto che un'altra: si intende invece la capacità di riconoscerle, nominarle, accoglierle e trasformarle in una condizione esistenziale più ampia e matura, meno istantanea, che è quella dei sentimenti. L'approccio filosofico e pedagogico di riferimento al quale più volte si è accennato è quello fenomenologico, che considera la relazione tra il soggetto e l'altro fondamento per la costruzione di ogni tipo di conoscenza. I concetti e gli atti psichici vengono ricondotti ad un qualcosa di esterno al quale intenzionalmente essi si riferiscono; secondo Husserl, infatti, la coscienza è sempre coscienza di..., ha sempre quindi un oggetto di pensiero. L'idea dell'Altro è fondamentale in fenomenologia, ma questa può avere almeno tre significati diversi, in cui l'uno non esclude l'altro necessariamente. Si può considerare l'altro come co-protagonista di un incontro, al quale ci si approccia con curiosità e che diventa oggetto di attrazione, passione o amore, oppure come estraneo, nemico dal quale ci si deve difendere e proteggere; infine, l'altro può essere ancora un estraneo, impossibile però da conoscere e avvicinare, una figura misteriosa che tale è destinata a rimanere. L'approccio sensibile che porta il soggetto a percepire un'opera d'arte come tale, qualsiasi essa sia, fornisce nel contempo la possibilità di stare dentro quello che sta accadendo e di osservarla, a volte anche quasi fino a perdersi dentro. Percepire l'altro diventa una competenza che non può non essere inglobata nell'esperienza educativa, innanzitutto perché essa stessa è un incontro in cui i significati vengono condivisi e rielaborati. Se l'incontro con l'altro si limita a semplice apparenza, non coinvolgendo emotivamente il soggetto, si capisce che l'esperienza educativa fatica a produrre apprendimenti, o rischia di non produrli affatto, perdendo così il suo carattere principale: l'educativo stesso.

Tornando a porre il focus sulla riabilitazione psichiatrica si può affermare che all'interno dei servizi psichiatrici quanto sopra descritto è ancora poco presente.

Dalla riforma culturale e legislativa nata con F. Basaglia, molta strada è stata percorsa, soprattutto per quanto riguarda il re-inserimento all'interno del territorio della persona con patologia psichiatrica. Questo è avvenuto grazie a strutture come i CPS, i Centri Diurni e le Comunità Terapeutiche, che hanno fatto sì che la configurazione manicomiale venisse superata, rinnovando le basi dell'assistenza psichiatrica. Tuttavia

questo non è stato un processo immediato, ma lungo e complesso. Il tempo impiegato è stato molto, ma non abbastanza per un cambiamento radicale della cultura del cittadino, che tende a considerare ancora il paziente psichiatrico come soggetto pericoloso, ma anche dell'operatore, il quale può considerare la malattia come qualcosa da nascondere, da compensare unicamente attraverso i farmaci o le attività all'interno di strutture ancora una volta, chiuse.

La psichiatria, nell'ambito della cura, si divide in numerosi modelli medici che, tuttavia, rimangono inconciliabili tra loro poiché ognuno rivendica i successi di una strategia terapeutica piuttosto che di un'altra, senza riconoscere il valore di ciascuna. Il concetto di cura spesso ruota unicamente intorno alla terapia farmacologica necessaria senza valutare che la presa in carico globale del paziente psichiatrico associa ad essa altre attività di carattere sociale, riabilitativo, risocializzanti, ecc. Se, infine, si considerano le politiche sociali e la gestione dei fondi destinati alla sanità e ai servizi riabilitativi ed educativi, si capisce quanto sia difficoltoso impegnarsi in attività considerate straordinarie, assumendole come pratica ordinaria del proprio lavoro.

Tuttavia vorrei riprendere quanto detto riguardo alla convinzione che debba accadere una rivoluzione culturale in grado di assumere come unica finalità il miglioramento dello stato di benessere della persona, che non può prescindere dai diritti di libertà e uguaglianza di cui è portatrice. Nella pratica quotidiana di un servizio dedicato alla salute mentale questo non può non concretizzarsi, dal punto di vista dell'educatore, nel restituire il diritto di cittadinanza alla persona rendendola partecipe del suo percorso di cura. Il professionista, allora, dovrebbe essere in grado di percorrere la dura strada che porta verso il reinserimento della persona nel suo contesto, partendo dalla conoscenza della sua storia personale, patologia compresa, con uno sguardo rivolto al presente e al futuro, in un'ottica evolutiva. La sua osservazione, la relazione instaurata con lui e il lavoro multidisciplinare con gli altri professionisti permettono di creare un quadro della persona in cui l'educatore si dovrebbe inserire, lavorando nei vari ambiti della riabilitazione quali la gestione di sé e degli spazi, le relazioni, l'identità e la propria autostima, le abilità sociali e l'utilizzo delle risorse ambientali. In questo modo è possibile che una rete sociale adeguata venga costruita intorno alla persona, che sia allo stesso tempo spinta e luogo di reintegrazione. La psichiatria e la sua storia dovrebbero muovere gli Educatori Professionali verso la creazione di setting all'interno dei quali sia possibile vivere situazioni normalizzanti, dove la persona, non più identificata con la propria patologia, si riconosce ed è riconosciuta in quanto individuo cittadino libero di fare esperienze della vita quotidiana.

*“Negli ultimi anni, con lo sviluppo dei servizi territoriali, si è creata una nuova tipologia di utenza caratterizzata da problematiche differenti da quelle dei vecchi degenti cronici istituzionalizzati, si tratta di problematiche personali, relazionali e sintomatiche ancora attive, mutevoli, attuali, connesse a reali problemi di disoccupazione, di alienazione dalla famiglia e dalla società; la soluzione a questo tipo di problematiche non va più ricercata in attività troppo semplicistiche, come fare ceramiche o comporre cestini di vimini poiché il «nuovo cronico» sarà certamente più motivato ad affrontare le problematiche 89 personali, a sperimentare strategie sociali realmente efficaci che siano in grado di condurlo all'integrazione sociale, [...] alla normale quotidianità.”*<sup>51</sup>

È allora fondamentale che le forme di bellezza citate in precedenza entrino a far parte del lavoro educativo, poiché il valore che assume per l'altro quanto si sta svolgendo è

<sup>51</sup> Crescentini A., De Felice F., Tonzar C., *L'educatore e la riabilitazione psichiatrica. L'integrazione professionale nelle Comunità terapeutiche*, Carocci Faber, Roma, 2004

enorme e non può essere affidato al caso o ad una routine che non è in grado di presentare alcun elemento di novità. Di seguito si riportano due esempi di progetti riabilitativi ed educativi: il primo effettuato presso il CPS di zona 4 e il secondo presso il CPS di Gorgonzola.

***Expansio Animi Ad Magna*** (l'espansione dello spirito): è un progetto che nasce dall'idea di proporre il Bello all'interno dell'esperienza educativa. Al suo interno convivono diverse anime: quella pedagogica, in primis, che muove le fila del lavoro. Quella artistica, a mio parere collegata inevitabilmente ad un'anima estetica e, infine, quella riabilitativa, che vede la persona in quanto tale, partecipe del suo percorso di cura della malattia mentale. Il progetto è rivolto a tre cittadini – utenti del Centro Psico Sociale; gli operatori li conoscono grazie al lavoro quotidiano e a progetti passati, ma non solo. Conoscono i loro interessi, le loro passioni, le loro capacità, alcune esigenze e la voglia di mettersi in gioco. E con queste basi ci si muove per una prima progettazione nel settembre 2014. L'idea è quella di coinvolgere attivamente le persone partendo da ciò che a loro piace e che li fa star bene: l'arte e la cultura. Nel passato le persone coinvolte hanno co-condotto visite a luoghi di valore artistico della città. All'interno del progetto *Il Sabato del Villaggio*, che prevede un ciclo di incontri-visite a siti di rilevanza artistica, rivolti a coloro che frequentano il CPS, i tre protagonisti hanno avuto la possibilità di sperimentarsi. Inoltre, in collaborazione con il Fondo Ambiente Italiano, operatori e cittadini-utenti sono diventati guide volontarie FAI in occasione delle Giornate di Primavera 2014 e 2015 e la FAI Marathon 2014.

*Expansio Animi ad Magna* prende forma con la proposta di un ciclo di tre incontri all'interno dei quali i protagonisti del progetto condurranno visite guidate aperte alla cittadinanza. I tre incontri si sono sviluppati tra gennaio 2015 e giugno 2015: due di questi presso luoghi di Milano poco conosciuti al pubblico ma di grande valore, quali la Certosa di Garegnano, con all'interno un ciclo di affreschi di Daniele Crespi e Simone Paterzano, e la Casa di Riposo per Musicisti Giuseppe Verdi, costruita dal Maestro, con all'interno la cripta nella quale esso riposa. Il terzo incontro ha previsto, invece, un percorso storico, antropologico e culturale in cui raccontare la Grande Guerra, in occasione del centenario del suo inizio, attraverso le vie che la richiamano all'interno della zona 4 a Milano. L'iniziativa ha avuto il patrocinio del Municipio 4.

*Expansio Animi ad Magna* ha dato voce allo studio, alla preparazione e alle passioni delle persone coinvolte ed in particolare dei tre cittadini – utenti coinvolti. All'interno dell'esperienza educativa si è valorizzata la persona e le sue passioni, non solo attraverso un lavoro duale operatore – utente, ma portando all'esterno del circuito psichiatrico quanto la persona è in grado di offrire, proprio perché soggetto completo e non unicamente paziente psichiatrico.

I beneficiari sono stati 3 cittadini – utenti uomini tra i 40 e i 55 anni già coinvolti in attività di gruppo e in carico agli operatori che partecipano al progetto.

Le finalità e gli obiettivi del progetto erano: valorizzare la persona fuori dal percorso e dalla storia della malattia psichiatrica, restituendole un valore per le sue capacità. Migliorare, allo stesso tempo, la qualità della vita, attraverso percorsi ad hoc in grado di dare significato all'aspetto emotivo e spirituale del soggetto, favorendo una continua tensione verso una condizione di benessere personale e sociale. Nello specifico *Expansio Animi ad Magna* persegue i seguenti obiettivi: permettere alla persona di portare avanti i propri interessi in modo adeguato e regolare, valorizzare le capacità della persona, promuovere la dimensione artistica e culturale all'interno dell'esperienza educativa, ridurre/evitare l'appiattimento al quotidiano e il rischio di disagio psichico,

rendere la persona partecipe del proprio percorso di cura, ridurre lo stigma e il pregiudizio che ruotano intorno alla salute mentale.

Lo strumento di (auto)valutazione che è stato utilizzato è il *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* nella sua versione breve, così come stabilito dal protocollo internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

### ***Le Città Visibili***

Il modello educativo, riabilitativo e antropologico di riferimento è quello biopsicosociale che pensa la persona nella sua specificità e unicità, mettendo al centro l'essere umano in quanto tale e non la patologia da cui è affetto. La persona, se considerata in quanto essere umano portatore di desideri e bisogni, ha la possibilità di valorizzare se stessa, incrementando il senso di autostima, autodeterminazione e libertà di scelta che spesso il disagio mentale occulta.

La giovane età dei protagonisti del progetto permette di attivare percorsi sul territorio in un'ottica di cittadinanza attiva che diventa fulcro fondamentale anche dei singoli percorsi riabilitativi: conoscere il territorio, sapere cosa esso offre, partecipare alle diverse iniziative e attivarsi nell'organizzazione del proprio tempo sono aspetti che caratterizzano il progetto e trasformano le Città, facendole diventare più Visibili agli occhi di chi vive in una dimensione di solitudine e di sofferenza. Tema comune al gruppo è quello della propensione verso la Bellezza, nel senso più ampio del termine, con il fine di innalzare lo spirito e qualificare positivamente la propria esistenza. Il progetto ha previsto l'organizzazione e la creazione di occasioni di svago, divertimento, sport, arricchimento culturale e momenti di socializzazione nel territorio di appartenenza o circostante.

Le proposte offerte sono state:

- uscite a cadenza settimanale, prevalentemente la sera o nei fine settimana, poiché momenti più delicati e caratterizzati da solitudine nella vita di un giovane. L'intento è di mostrare loro in che modo impegnare e strutturare il loro tempo attraverso proposte che genericamente sono considerate piacevoli e interessanti dai loro coetanei (aperitivi, bowling, serate nei locali ecc..). Tali momenti sono tesi a favorire l'emancipazione dal nucleo familiare e creare spazi di condivisione con i pari;
- cene a cadenza bimensile preparate dal gruppo utilizzando la cucina del Centro Diurno allo scopo di incrementare l'autonomia nello svolgere attività quotidiane come cucinare e pulire gli spazi;
- eventi di solidarietà al progetto *Le Città Visibili*, strutturate e organizzate sul territorio con i giovani, allo scopo di responsabilizzarli, facendo concretamente dipendere anche da loro la futura realizzazione del progetto; un viaggio estivo organizzato dal gruppo.

La finalità generale del progetto era quella attivare un gruppo di pari che, sostenendosi a vicenda, potesse permettere a ciascuno di sperimentarsi nella relazione con gli altri attraverso la condivisione di esperienze sul territorio qualitativamente alte, che vadano a rispondere a quelli che sono i desideri; rendersi protagonista attivo del proprio percorso terapeutico e di vita.

Gli obiettivi erano: favorire il reinserimento nel territorio di appartenenza sentendosi attivamente partecipi; sviluppare il grado di benessere percepito riducendo il senso di solitudine e deprivazione; incrementare le capacità socio – relazionali *peer to peer*; favorire percorsi di sostegno vicinanza tra pari; promuovere l'*empowerment* personale e

sociale; sensibilizzare la cittadinanza riguardo al tema della salute mentale, in un'ottica di accettazione e avvicinamento all'altro.

Il progetto ha avuto inizio nel settembre 2017 ed è proseguito fino a dicembre 2018.

La valutazione dell'andamento del progetto è svolta con cadenza semestrale dalle educatrici professionali referenti.

All'interno del progetto settimanalmente è svolto un confronto e una valutazione sia tra le educatrici, sia all'interno dell'équipe del Progetto Innovativo, rispetto ai singoli percorsi riabilitativi dei cittadini-utenti.

Una riflessione specifica riguarda gli adolescenti e i giovani, perché i dati di innumerevoli ricerche mostrano come le insorgenze di patologie psichiatriche siano sempre più precoci e la grande incidenza che la malattia psichiatrica ha sulla fascia d'età 19-35 anni. Questo aumento è dovuto anche ai rivolgimenti istituzionali degli ultimi quindici anni che, mettendo al centro del servizio pubblico la prevenzione, hanno portato a scoprire che molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva. La psichiatria oggi si trova a lavorare non più solo con pazienti adulti, abituati alla frequentazione di strutture psichiatriche e compromessi anche dalla mala sanità del periodo precedente all'avvento della legge 180, ma anche con ragazzi e giovani adulti, muniti dell'energia, dei dubbi e delle domande esistenziali tipici di un momento di crescita, resi ancora più complessi dalla patologia psichiatrica. È quindi necessario comprendere quale sia l'impatto che le malattie psichiatriche hanno su questa fascia di popolazione e, soprattutto, quali siano i percorsi educativi e riabilitativi predisposti per loro. Tuttavia per delineare una prassi educativa e riabilitativa efficace bisogna comprendere le caratteristiche dei giovani adulti e il contesto in cui vivono, poiché questa nuova fase evolutiva non è stata ancora studiata e descritta in maniera approfondita.

Oggi l'insicurezza da parte degli adulti e l'indefinitezza della "società liquida", come definita da Bauman, che sollecita le persone ad essere per costituzione mutevoli e dai confini continuamente ridisegnabili, hanno portato ad un prolungamento dell'adolescenza e a rendere sempre più sfuocata l'età adulta, che non presenta più come prima delle caratteristiche distinte. Anche la qualità della vita in famiglia, generalmente accettabile e non animata da conflitti insanabili o dalla mancanza di libertà e di affetto, frena il passaggio all'età adulta come realizzazione di sé e come mantenimento dell'autonomia lavorativa e affettiva.

Al di là delle definizioni che la qualificano, è importante considerare che questa fase è nata all'interno di un contesto in cui è diventato sempre più difficile conquistare l'autonomia, non solo relativamente alle condizioni concrete - economiche e abitative - ma anche in termini affettivi, rispetto alla famiglia d'origine, che influenza inevitabilmente l'adolescente nel procrastinare la sua condizione. Infatti la famiglia contemporanea non è conflittuale e normativa ma affettiva, arrivando spesso a sostituirsi ai figli smussando tutti gli angoli che la vita presenta loro. Questo porta i figli a non sperimentare quote di frustrazione e di tensione tali da creare una separazione dal nucleo familiare e spronare il giovane il proprio percorso di vita in autonomia. Dal punto di vista del giovane adulto, quindi, spesso *"la maturità non consiste più nell'acquisire delle qualità: consiste, sostanzialmente, nel perderle"*<sup>52</sup>, perché assumere un ruolo adulto implica effettuare delle scelte e, quindi, rinunciare a qualcosa. In quest'ottica il passaggio ad un'età adulta ha perso quelle caratteristiche di orgoglio che comportava l'assumersi responsabilità di fronte ai propri cari e ai membri della società. L'assunzione di un ruolo spaventa i giovani adulti che, finché non si cimentano possono vivere al

---

<sup>52</sup> Moretti, F., *Il romanzo di formazione*, Einaudi, Torino, 1999

riparo dagli errori e dalle frustrazioni. D'altronde *“se ogni pienezza comporta corrottibilità e ogni agire alienazione, solo il sublime niente è incorruttibile, al riparo dal ridicolo e dalla retorica, inattaccabile dalla temporalità, immunizzato dalla frustrazione e da quel continuo girare a vuoto”*<sup>53</sup>. Il giovane adulto è inserito in un mondo in cui “tutto è possibile”, dove può attingere a infinite possibilità ed avere, potenzialmente, infinite vite ed identità. Nella società in cui siamo *“abitanti di uno spazio e un tempo stirato, mobile, smaterializzato, in cui è sovrano, come forse mai prima, il principio dell'eterogenesi dei fini”*<sup>54</sup>, in un tempo in cui si ha la più grande possibilità di scelta mai avuta da un individuo, il giovane adulto non è ancora in grado di scegliere, anzi, è sommerso da tutte le possibili scelte: poter fare tutto equivale spesso a non poter fare nulla.

Il giovane adulto, infine, è poco stimolato a lasciare la casa dei genitori per il prolungamento della scolarità con il conseguente ritardato ingresso nel mondo del lavoro. I dati demografici stessi riportano una modificazione delle canoniche categorie di 'giovane', 'adulto', 'anziano', poiché rivelatesi ufficialmente insufficienti alla luce dei mutamenti intercorsi negli ultimi decenni e del cospicuo aumento dell'età media della popolazione, come emerge dall'articolo Un esempio di quanto detto sono le indagini operate dall'Istituto IARD, che nel 1984 ha iniziato a proporre in Italia delle indagini con lo scopo di fotografare la realtà della condizione giovanile. Nel corso del tempo le categorie di età prese in esame dalle indagini si sono dovute adattare alle trasformazioni delle condizioni sociali. Se infatti nei rapporti degli anni Ottanta le rilevazioni si basavano su un campione di giovani tra i quindici e i ventiquattro anni, già un decennio dopo il limite superiore d'età arrivava a ventinove anni, mentre nel 2000, per rendere i risultati ottenuti significativi a livello statistico, tale numero si è esteso a trentaquattro anni.

Le caratteristiche di instabilità e ricerca di identità sopra descritte possono aggravare le condizioni di un ragazzo che si trovi ad affrontare questa fase della vita gravato da una patologia psichiatrica.

Dai dati ISTAT riguardanti *“Ospedalizzazione per disturbi psichici rispetto al luogo di residenza”* del 2015 emerge che *“su 231.770 ricoveri avvenuti nell'anno in Italia, 39.468 (17%) sono di persone fino ai 17 anni, 14.059 (6%) di persone tra i 18 e i 24 anni, 60.189 (26 %) di persone tra i 25 e i 44 anni”*<sup>55</sup>.

I dati, sia italiani che internazionali, indicano la durata media della patologia non trattata in un arco di tempo di circa dieci anni. Infatti molti soggetti in giovane età, e spesso anche i familiari, non chiedono aiuto e affrontano i propri sintomi nel gruppo dei pari, lontano dallo sguardo dell'adulto. Nelle occasioni in cui un adolescente o un giovane adulto decide di rivolgersi a uno specialista, è frequente che la famiglia non faccia riferimento a servizi clinici territoriali, preferendo un approccio più “soft”, a livello psicologico o neurologico: questa scelta rende complesso effettuare una valutazione diagnostica che separi i sintomi che nascono da una crisi evolutiva adolescenziale da quelli precoci di un disturbo psichico.

Lo scarso accesso ai servizi di salute mentale, che finiscono per intercettare quasi esclusivamente soggetti già in condizioni di moderata gravità sintomatologica, impedisce un lavoro precoce sul disagio psichico. Inoltre, anche quando un giovane intraprende un trattamento nel servizio territoriale i tassi di *drop-out* sono nell'ordine del 70% (dati inerenti l'anno 2014).

Tali criticità hanno molteplici cause, alcune intrinseche al soggetto in giovane età, altre invece dovute all'organizzazione dei servizi psichiatrici: attualmente infatti ci sono pochi

<sup>53</sup> Giudici, G. (1982). “Introduzione”. In Flaubert, G. (1869), *L'educazione sentimentale*. Tr., it. Adelphi, Milano, 1976

<sup>54</sup> Bauman Z, Mauro E., *Babel*, Editore Laterza, Roma-Bari, 2017

<sup>55</sup> [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_OSPDISTPSICHRES](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_OSPDISTPSICHRES)

servizi clinici che si occupano specificatamente del disagio adolescenziale e, ancor più, di quello dei giovani adulti.

La mancata tempestività nel trattare queste patologie, però, porta a *“conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza”*<sup>56</sup>. Viceversa *“l’esperienza clinica e la ricerca attuali indicano invece che un atteggiamento più attivo e un’offerta più tempestiva e mirata di trattamenti consentono di “invertire la rotta” (Meneghelli e Bislenghi, 2003), di ritardare o moderare le conseguenze della malattia, di avviare un processo di miglioramento o di guarigione più rapido e più stabile e di garantire una più appagante qualità della vita. (Loebel et al., 1992; Hafner et al., 1995; McGlashan & Johannessen, 1996; Larsen et al., 2000; McGorry, 2000; Schaffner & McGorry, 2001; Larsen et al., 2001)”*<sup>57</sup>

L’adolescenza e la prima età adulta sono le fasi del ciclo di vita maggiormente vulnerabili allo sviluppo di problemi psicologici, di difficoltà emotive e di psicopatologia di più elevata gravità. Questi problemi possono avere un grande impatto sul modo in cui i giovani percepiscono loro stessi e sui loro comportamenti e possono interferire con le loro relazioni interpersonali, la loro vita sociale e familiare, il loro impegno scolastico, il loro benessere generale e la loro qualità di vita. Inoltre oggi *“dominano le follie sintetiche, follie chimiche indotte da cannabis, cocaina, ketamina, anfetamine, LSD”*<sup>58</sup>, che complicano ulteriormente il trattamento della patologia.

Nel corso della mia esperienza lavorativa ho avuto modo di incontrare innumerevoli adolescenti e giovani adulti per i corridoi dei servizi psichiatrici. Ho visto ragazzi per i quali dover affrontare una condizione patologica sullo sfondo di un’incertezza generazionale ha rappresentato, e rappresenta, una grande fatica. Questi giovani adulti si trovano disorientati dalla patologia, rifuggendo dalla consapevolezza della loro esistenza o faticando a riconoscerla, e, al contempo, sono persi tra i desideri contrastanti di autonomia, autoaffermazione, adultità e quelli di protezione, aiuto, accoglienza e comprensione. Le loro esistenze mi sono 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 sono emersi forti sentimenti di autosvalutazione e inefficacia, talvolta celati da spavalderia nel delineare possibili futuri con tratti netti e luminosi che, però, si perdono nelle menti dei ragazzi, incapaci di tratteggiare queste linee giorno per giorno con pazienza. La malattia, poi, si presenta con discontinuità e, come un’onda, si infrange sulle fondamenta che ciascun giovane adulto sta ponendo, mettendo alla prova la loro solidità e, il più delle volte, infrangendola. Spesso, infatti, ho osservato miglioramenti repentini nei giovani adulti e ho visto ergersi in pochi mesi grattacieli, fatti però di carta che, alla prima ondata, si sono sgretolati.

Sono state pertanto delineate linee guida per il SSN e stanziati fondi che permettano di strutturare interventi rivolti ai giovani. Infatti tali percorsi predisposti per i giovani *“richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio”*. Tali linee guida sono necessarie poiché il sistema psichiatrico si trova in una fase evolutiva in cui i progetti rivolti ai giovani sono ancora troppo frammentati. Gli utenti giovani sono

<sup>56</sup> Piano di Azioni Nazionali per la Salute Mentale, elaborato dal Gruppo interregionale salute mentale (GISM) della Commissione Salute e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 24 gennaio 2013

<sup>57</sup> Cocchi A., *Intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi d’esordio*, Centro Scientifico Editore, Hoepli, 2004

<sup>58</sup> Cipriano P., *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera editrice, Monocalzi (AV), 2013

di per sé molto discontinui - stanno comprendendo la malattia, alternano momenti di frequenza assidua a momenti di totale assenza dal servizio, riportano difficoltà a collocarsi nel “qui e ora” orientati da una progettualità futura, approcciano la vita quotidiana in maniera disorganizzata, dimostrano una mancanza di autonomia e incapacità decisionale – e gli operatori, compresi i più solerti, hanno molti pazienti in carico e poco tempo a disposizione da dedicare ad una progettazione mirata e al confronto con gli altri colleghi.

Un velo si frappone tra questi giovani adulti e gli operatori, costituito da differenze generazionali, rappresentazioni, moti empatici e transferali. Un velo adagiato anche sugli occhi dei ragazzi affetti da patologia psichiatrica, che vedono una realtà distorta davanti a loro e, alla luce di ciò, leggono anche la loro dimensione interiore.

La sempre maggiore presenza di giovani all'interno del servizio psichiatrico rappresenta quindi una nuova sfida, che comporta l'impegno di strutturare nuovi servizi rivolti ai giovani e ai giovani adulti e di delineare una metodologia riabilitativa ed educativa *ad hoc* che tenga conto non solo degli aspetti patologici, ma anche delle difficoltà e specificità dettate dalla fase di crescita in cui gli utenti si trovano. Servizi che, attenendosi ai dati menzionati nelle righe precedenti, devono essere strutturati in modo tale da spronare i giovani alla loro frequentazione e da rappresentare per i loro genitori un punto di riferimento a cui rivolgersi, in modo tale da diminuire l'elevato tasso di *drop-out* e dare avvio al lavoro precoce sul disagio psichico.

Gli educatori, innanzitutto, dovrebbero osservare e ascoltare, prendere posizione e agire guidati da una progettualità futura e da una concreta intenzionalità, per offrire ai giovani adulti il tempo e lo spazio per rialzarsi. Dedicare loro tempo ed energie che comunichino cura, interesse e schiudano un orizzonte di possibilità interessante ed emozionante, guidati non solo da uno sguardo riabilitativo, volto a riparare ciò che si è rotto, ma anche uno sguardo educativo, volto ad insegnare qualcosa di nuovo e a mostrare gli strumenti con cui apprendere in autonomia. Questo lavoro deve essere impostato e proposto nel rapporto uno ad uno con il paziente, attraverso colloqui negli spazi del servizio psichiatrico e incontri sul territorio, che gli permettano di fidarsi e affidarsi. Solo dopo aver creato un legame di fiducia l'educatore può divenire lo strumento attraverso il quale il giovane può rientrare in contatto con la vita e il mondo esterno, perché tale legame gli permette di assumersi un rischio con la consapevolezza di essere tutelato. Per la nostra cultura gli operatori che lavorano in psichiatria *“rappresentano i tutori del mondo dei ragionevoli (la maggioranza), mentre i malati di mente, o designati tali, sono assimilabili a un gruppo minoritario, quello degli sragionevoli”*<sup>59</sup>, mentre il termine psichiatria dovrebbe indicare altro. A partire dalla sua etimologia - il termine *iatrèia* significa prendersi cura e *psiché* significa anima – chi lavora in psichiatria dovrebbe prendersi cura dell'anima, e questo non può avvenire solo con farmaci e luoghi chiusi, ma con il dialogo, l'ascolto e la comprensione. Come disse Basaglia nelle famose conferenze Brasiliane *la libertà è terapeutica* e la libertà non è priva di rischi.

Ho visto e vissuto una psichiatria spesso governata dalla paura, occupata a chiedersi *“E se scappa? E se muore? Se fa male a qualcuno?”*, guidata 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 educatori si sentono responsabili della vita del paziente, ma si dimenticano che deresponsabilizzando totalmente l'utente grazie al costante controllo 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

---

<sup>59</sup> Ibidem



con i giovani adulti, ma ritengo altresì che questi ultimi, 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*.

A partire dal lavoro individuale è quindi necessario strutturare un lavoro rivolto al gruppo, che si esprima sul territorio, chiamando in causa i giovani adulti, chiedendo loro di esporsi, di cimentarsi, di delineare il loro percorso e di sbagliare nella consapevolezza di essere sostenuti. Utilizzo il termine “necessario” perché gli adolescenti e i giovani adulti, una volta intrapreso il percorso di individuazione e consapevolezza della patologia, sono spaventati dalla realtà che li circonda e non sono in grado di affrontare il mondo esterno in autonomia. È pertanto necessario che gli educatori li accompagnino e sostengano in tali situazioni, affrontandole con loro e fornendo un modello di comportamento efficace. I progetti *ad hoc* rivolti ai giovani adulti dovrebbero tener conto della fase di crisi che questi stanno attraversando, a prescindere dalla patologia, poiché la consapevolezza di dover fronteggiare comportamenti discontinui renderebbe i percorsi più flessibili e ne aumenterebbe l'efficacia. Allo stesso modo devono tenere conto della fase evolutiva che i ragazzi stanno vivendo e offrire percorsi con caratteristiche che non hanno a che fare con la psichiatria ma con l'essere nel mondo: proposte concrete, che li ingaggino e responsabilizzino; esperienze che suscitino desiderio, orgoglio; percorsi ricchi di affetto, costanza, un po' di follia e di rischio da parte degli operatori; progetti caratterizzati da attenzione e amore. In sintesi tali progetti dovrebbero proporre ai giovani 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. Concretamente questo si realizza: organizzando uscite settimanali in luoghi di aggregazione, di pregio artistico e culturale, non certo proponendo laboratori di intrattenimento in ospedale; strutturando progetti annuali che abbiano un obiettivo percepito dai partecipanti come importante, un viaggio, per esempio a New York, come accaduto nel progetto proposto dal CPS di Zona 4 o in Maremma Toscana, come accaduto nel progetto proposto dall'équipe educativa dei progetti innovativi della UOP 34 - ASST Melegnano e Martesana – nel settembre 2018. Questo è inoltre funzionale anche a diminuire gli alti tassi di *drop out* poiché i giovani si recano volentieri alle attività se sono proposte in luoghi belli e interessanti, dove imparare, reimparare, confrontarsi con l'esterno e farlo il più possibile spronati dal desiderio, dal divertimento, dalla curiosità che la malattia e l'isolamento che questa comporta occultano.

Ritengo che una prassi educativa e riabilitativa con queste caratteristiche possa creare percorsi che liberino offrendo un appoggio, 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. e io penso che questo sia ciò che accade nei servizi psichiatrici, dove gli operatori cercano di proteggere il più possibile i giovani adulti, guidati spesso più dalla preoccupazione e dall'affetto, piuttosto che da un'idea progettuale.

Ovviamente tutto ciò penso debba essere declinato nel “qui e ora”, assumendosi la responsabilità di prendere decisioni al posto dei ragazzi più fragili che realmente potrebbero nuocere a s'è stessi e agli altri, ma senza dimenticarmi che come afferma Bertolè “*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”.*

Vedo, quindi, possibilità stagliarsi all'orizzonte che possono concretizzarsi nel lavoro con i giovani e i giovani adulti e penso che noi educatori dobbiamo ricominciare a crederci, solo così potremo trasmettere il desiderio di progettualità che rende una vita ricca e movimentata.

## VI CAPITOLO

### *LA FOLLIA DEL VIVERE: CHE FARE ?*

In ogni società la persona normale è chi segue le regole sociali, chi si conforma e adotta un atteggiamento ritenuto idoneo relativamente ai codici di comportamento che il sistema sociale offre e prescrive, dunque si conforma alle regole dominanti. Ogni individuo si costruisce un ruolo e un'immagine di sé che non devono uscire da certi limiti e devono essere funzionali ai valori sociali dominanti. Siamo continuamente esortati ad essere normali in quanto la normalità, secondo il modello proposto da questo contesto sociale, è un modello a cui è giusto conformarsi. Facendo riferimento al concetto di follia, è normale chi è esente da disturbi di pertinenza della psichiatria.

Il termine follia è un termine generico che non ha un significato preciso e né scientifico. Essa è il modo di manifestarsi che appare irrazionale e imprevedibile ed è intesa in modo complementare rispetto alla normalità, essendo tutto ciò che è sbagliato, irragionevole, imprevedibile, fuori schema. Il "non essere matto" significa essere ragionevole ovvero non fare in ogni momento ciò che si vorrebbe, non dire tutto ciò che si ha in mente. La follia è l'opposizione al conformismo e alle idee dominanti. E' la definizione che si attribuisce a certe violazioni del vivere sociale ed ha a che fare con le trasformazioni culturali, sociali e antropologiche delle società che fanno prevalere la razionalità come strumento principe di conoscenza e valore di misura esso stesso. La follia considerata come forma di devianza fa riferimento ad alcune norme ritenute giuste e moralmente condivise in opposizione al codice etico e alle convinzioni dominanti. La violazione di queste, e non la sua osservanza, comporta però anche un giudizio morale da cui consegue indesiderabilità sociale. Ciò che è considerato deviante varia nel tempo e nelle culture e così come le norme sono convenzionali anche un comportamento è deviante sulla base della volontà e del potere della classe dominante che tende ad imporre all'intera società i modelli di comportamento che sono accettabili e quelli che sono invece interdetti. Credo sia necessario porre l'accento sulla **relatività** sociale e sulla categoria del confine quando si attraversa il territorio della follia: alcune società approvano comportamenti e atteggiamenti di tolleranza nei confronti delle persone svantaggiate dal punto di vista sociale o improduttive dal punto di vista industriale. Il mondo è pieno di confini e questi possono essere politici, come per le nazioni, o naturali come ad esempio le catene montuose, o concreti e artificiali come i muri, o addirittura confini della ragione ovvero i limiti mentali e psicologici che ogni individuo si costruisce in maniera più o meno consapevole. L'essere umano sin da quando ha iniziato a popolare il mondo ha sempre cercato di varcare i confini, sia per scoprire nuove terre, sia per allargare il proprio dominio o per fare nuove scoperte e apportare sempre più innovazioni.

Scoprire la propria fragilità può essere certamente una risorsa ma deve essere separata sia dal concetto di debolezza che dal concetto di vulnerabilità. Nel desiderio di vivere si incontrano, contemporaneamente, la fragilità massima e allo stesso tempo la persistenza massima. Molti ricercatori, scienziati e filosofi sostengono che l'essere umano sia un agente razionale, un essere sempre capace, in quanto agente, di "dire", di "fare" e di assumersi la "responsabilità" delle sue azioni e delle conseguenze che ne derivano. La persona non è la "somma" di "competenze" più o meno sviluppate che non prendono in considerazione la sua fragilità, le sue debolezze e le sue ferite. Io credo (e in questa riflessione sono in compagnia di autori che prima e meglio di me hanno tematizzato questo argomento) che una possibile via di uscita, se pur

provvisoria, sia restituire alle ferite la loro vera dimensione ossia trasformandole nel nostro punto di forza trasformandole in ciò che permette alla fiducia reciproca di manifestarsi e di creare un legame con l'altro da sé. Con questo voglio dire che se il concetto di fragilità può avere implicazioni di varia natura deve essere in senso veramente critico e non per il suo rapporto con la finitezza.

Per alcuni vivere oggi significa accettare, di giorno in giorno, che spesso si viene manipolati e posti al servizio di qualcuno e o di qualcosa e infine, abbandonati al proprio destino. Di fronte a questa obsolescenza programmata, che è il nostro destino, la potenza del nulla non è un'idea metafisica incomprensibile ma qualcosa di molto semplice: se per la realtà la mia vita non vale niente la paura scompare. Siamo in grado di perforare la realtà, di sovvertire il dominio dei pronomi e il gioco della vita. Ogni volta che ci liberiamo delle fabbriche dell'impotenza, ogni volta che abbiamo il coraggio di attraversare un vicolo cieco, prendiamo questo potere nelle nostre mani. Credo non si possa "politicizzare" il malessere sociale se non si è appreso il proprio. Se vogliamo "ferire" questa realtà che talvolta ci appare ingiusta e miserabile siamo noi stessi a dover sperimentare qualche tipo di danno o di dolore. Questa critica rompe completamente con un certo modello platonico secondo cui non c'è bisogno di cercare la verità fuori, perché la verità sta nel corpo ferito che resiste alle catene che lo costringono. Per questa ragione la verità non appartiene ai leader o agli esperti ma abita invece il corpo di un'anomalia che persiste. La verità abita nel corpo di tutti quelli che si assumono come un'anomalia, perché non vogliono pagare il prezzo della normalità. Pochi sono in grado di mettere al centro del dibattito la necessità di una vera trasformazione. Di fronte alla verità della tecnologia sostitutiva, della possibilità di promuovere incontri reali e imperfetti e dell'industria che distrugge il mondo io oppongo quella del corpo "imperfetto" e di una relazione "imperfetta" che resiste o la vita dell'anomalia. Il filosofo catalano Santiago López Petit, sostiene che *"...la verità è un processo, uno spostamento che deve portare a una nuova costellazione di corpi-cose-parole in cui l'espressione "voler vivere" si congiunge efficacemente"*.<sup>60</sup> Ognuno di noi è un'unità in costante mobilitazione e il lavoro consiste nel processo costruttivo della propria vita, diventare un noi – io e te - ci evita di cadere nel buco. La figura dell'anomalia e della "vita rotta", proprio perché si rompe, è in grado di uscire da questa prigione a cielo aperto.

Ho trovato molto interessante la riflessione del filosofo catalano il quale sostiene che la vita in sé non esiste ma esiste il voler vivere, così come non esiste il potere ma le relazioni di potere, come non esiste la libertà senza i processi di liberazione. Secondo questo approccio vivere consiste nel coniugare l'espressione voler vivere e, allo stesso tempo, definire la vita. Imparare a stare in equilibrio durante le oscillazioni della vita (amici, amori, famigliari, ecc.) consente di non dimenticare, anche quando si soffre, che il futuro non è mai chiuso e che si può sempre operare affinché lo spazio delle possibilità si espanda.

La fiducia non dà mai garanzie. Se ve ne fossero, se io fossi certo che la persona a cui concedo la mia fiducia fosse sempre all'altezza delle mie aspettative, tutto sarebbe già stabilito in anticipo. Ma per quanto riguarda la relazione con l'altro da me non controllo niente; conservo appena la possibilità di non crollare totalmente se vengo tradito. In questo caso la fiducia mostra il suo vero volto perché di fronte alle reazioni imprevedibili degli altri bisogna potersi appoggiare su di sé. La fiducia nei confronti negli altri, che rimane sempre una fiducia complessa e difficile, presuppone allo stesso tempo una scommessa, un dono forse senza ritorno e la capacità di far fronte al tradimento. Ma è anche grazie a questo gioco di specchi tra la fiducia in se stessi e quella nei confronti

<sup>60</sup> López Petit S., *Figli della notte. La sfida del voler vivere*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2016

degli altri che il desiderio individuale costruisce il suo sentiero e ci consente di diventare i soggetti della nostra esistenza. Ogni volta che si parla dell'altro da sé siamo confrontati con qualcosa che ci disturba. L'altro in quanto altro da me turba e destabilizza anche perché mi obbliga a confrontarmi con la differenza, non solo quella degli altri ma anche la mia stessa differenza/alterità.

Non credo sia un caso che io nel corso degli anni abbia riservato un'attenzione particolare alla vulnerabilità e alla fragilità (pazienti, fratelli e sorelle, mia madre, alcuni amici, ecc.) della condizione umana provando a prendermene cura.

Imparare a convivere con l'alterità che ci portiamo dentro non è facile per nessuno perché essa è sempre sinonimo di estraneità lo *unheimlich* (il perturbante) freudiano, quel qualcosa che è altro rispetto a quello che vorremmo essere, a quello che ci si chiede di essere.

La fiducia genera relazioni forti in cui la dipendenza e la fragilità si mescolano sempre alla possibilità di una trasformazione del sé e alla scoperta di un altro rapporto con il mondo.

Ma essa permette anche di stabilire un altro rapporto con il tempo, specie con il futuro, dando alle persone la possibilità di credere che lo spazio delle possibilità sia sempre aperto. A differenza della paura che induce ciascuno a rinserrarsi dentro un universo chiuso in cui niente è più possibile, la fiducia autorizza ad uscire dalla paralisi e ad aggirare gli ostacoli. Fiducia e tradimento sono, ciascuna a modo suo, manifestazioni di umanità; l'essere umano ha bisogno di fiducia ma non riesce mai a sottrarsi durevolmente alle sue debolezze.

Qualche tempo fa, mentre correggevo la tesi di una mia studentessa, mi sono imbattuto in questa citazione "...la teoria che non pone essa stessa i fini ultimi dell'agire si riduce a lubrificante di un agire irriflesso che attinge i suoi fini da qualche altra parte"<sup>61</sup>. L'ho letta due volte per comprenderne appieno il significato o per attribuirgliene uno che potesse rendermi comprensibile la dotta citazione.

Stare meglio può coincidere con la liberazione dal male ma credo che per colmare la sensazione di vuoto sia necessario l'incontro con l'altro da me con i suoi vasti orizzonti come quelli dei grandi paesaggi che ci circondano. Qualche giorno fa nell'introduzione di un libro di poesie ho letto questa citazione di Leon Bloy "*soffrire passa, ma avere sofferto non passa mai*". Il dolore per essere compreso, accettato e "digerito" necessita di una consolazione immensa e profonda che è possibile trovare nelle persone che ci amano. Non c'è nulla che ci sfami e disseti come un gesto umano, reale e concreto e che può essere quasi divino, specie quando l'abbraccio del *Padre Nostro* ci appare troppo lontano. La scoperta dell'umano in noi attraverso l'amore non è che un senso condiviso di stordimento e smarrimento davanti al futuro, un atto magico che si compie insieme, e contro le vere belve dei pregiudizi e delle paure.

L'incontro con l'altro da sé diventa lo spazio in cui si abita la distanza, la quale "fa" la relazione e contemporaneamente consegna ciascuno alla propria identità. Abituamente intendere così il relazionarsi significa anche prevedere di mettere in atto certe risposte comportamentali che si sono organizzate nel tempo intorno ad esperienze passate ed hanno dato origine a veri "abiti" comportamentali. Anche le parole (il linguaggio) hanno avuto la stessa storia relazionale: infatti le parole sono altrettante rappresentazioni di possibilità relazionali. (è il nome a derivare dalla relazione e non viceversa. Tuttavia il nome "dimentica" la specifica esperienza che gli ha dato origine per codificarla in una sorta di universalità). Il significato di qualcosa per qualcuno è quindi l'insieme dei comportamenti che può mettere in atto in determinate circostanze (esperite come

---

<sup>61</sup> Mantegazza R., *I buchi neri dell'educazione*, Elèuthera, Milano, 2006

"esterne" e "interne") e nelle quali si riconosce l'occasione per dare certe risposte comportamentali pensate come possibili.

In quest'epoca di "follia" tecnologica dove gli incontri reali sono stati sostituiti grandemente dal virtuale dove tutto sembra essere possibile, dalla rincorsa ad un'immagine pubblica sempre più sganciata dalla realtà quotidiana, dall'impoverimento delle relazioni umane l'arte e la sua bellezza sembrano essere (almeno per me) uno dei pochi antidoti contro l'abbruttimento e la follia patologica. Fortunatamente negli anfratti delle società e delle relazioni riescono comunque a insinuarsi elementi innovativi che scardinano il pensiero comune. I protagonisti di tale movimento inconsapevole sono tutti coloro che provano a vivere le loro esistenze "al di fuori delle regole precostituite": outsiders, vagabondi delle periferie metropolitane ed esistenziali, persone che hanno sperimentato il dolore di una malattia psichiatrica e la fatica della risalita, ecc.. Queste persone, che vivono tra di noi, ci stimolano a distoglierci dall'assuefazione ad una vita uniforme, superficiale e banale aiutandoci ad intravedere una rinascita e un risveglio carico di stupore e meraviglia per il mondo multiplo che ci circonda e di cui spesso non ci accorgiamo neppure, perché troppo rivolti agli schermi (televisivi, del tablet, del cellulare, ecc.). Le relazioni umane sono in rincorsa contro il tempo dove le persone sono diventate *whatsapp* e dove la ricerca della bellezza sembra essersi fermata ai puri e meri canoni estetici. Per intraprendere un cambiamento e lasciarsi toccare dalla meraviglia dell'incontro con l'altro da sé bisogna prospettarsi e sperimentarsi in una vita più ampia e piena. Bisogna provare a partecipare ad un sistema di cose buone e belle: dalla natura, al paesaggio, ai monumenti della storia e a quelli delle arti, allo splendore (e alla fatica) delle relazioni con l'altro da sé. Essere protagonisti della propria storia e del proprio tempo può offrire una sensazione di pienezza e felicità. Ma per approdare a questo benessere e piacere bisogna intendere, e accettare, che la conoscenza è un gioco che appassiona e che stimola un godimento appagante, che risulta leggero (e non superficiale), sorprendente ed emozionante e che prevede, come pause di riflessione, momenti di svago, di convivialità e talvolta di un silenzio che parla al nostro cuore, alla nostra mente e al nostro spirito. Se riuscissimo ad imboccare queste strade potremmo tentare di uscire da vite anguste e allargare progressivamente l'esperienza fino ad attraversare territori dell'esistenza inesplorati. Così vivendo potremo arricchire e sviluppare la nostra personalità.

Forse per (ri)dare senso alle nostre esistenze, e al nostro tempo dovremmo riappropriarci del gusto indispensabile per la scoperta. Ogni persona può riuscire in questa impresa purché la conoscenza sia unita alla piacevolezza e alla gioia facendo i conti con le proprie fragilità: la fiducia ci espone al rischio del tradimento ma se non si accetta di correre questo rischio si resta murati nei ruoli dello spettatore e dell'antagonista. Vivere sul serio la propria vita è molto più di questo. Sono sempre più convinto che le teorie non possano spiegare il dispiegarsi delle relazioni umane (nonostante gli sforzi degli psicoanalisti, dei filosofi, dei pedagogisti, e degli educatori) anche se talvolta alcuni sforzi teorici mi sembrano una traccia di possibile punto di partenza per avviare un processo riflessivo che non è mai chiuso quando parliamo degli esseri umani. Il problema è che quando parliamo di relazioni umane di semplice non c'è assolutamente nulla e per poterne scrivere e parlare si dovrebbe avere molto coraggio e la consapevolezza della complessità che tale argomento porta con sé. Credo, però, che valga la pena di essere raccontato e scritto ciò che le relazioni sono nel quotidiano e nella realtà concreta. La relazione con l'altro da sé non conosce né crediti né debiti: non c'è incontro senza la consapevolezza che l'altro esiste al di là e comunque noi. Una relazione filiale, affettiva, sentimentale, amicale, ecc., è fatta di un andirivieni continuo tra realtà e immaginazione, tra certezza e incertezza. Nel dispiegarsi di una relazione le recriminazioni non servono mai, perché ci impediscono di capire che per incontrare

l'altro da sé si deve accettare il rischio di non rassegnarsi all'ovvio. Come diceva Paul Ricoeur *"La vita è un racconto in cerca di un narratore"*<sup>62</sup> Il senso smarrito della vita e del sé: l'irrintracciabile ragione della vita, i modi in cui si è disperatamente alla ricerca del momentaneo, dell'irrazionale uso di stimoli (sesso, droghe, ecc.) che il "buon senso" condanna e "cura". La catastrofe di una mente che si impegna in dialoghi con fantasmi e demoni, in assenza di essere umani da cui essere amati, protetti, contenuti e invitati a riprendere e riavviare sentimenti abbandonati o assenti, legami affettivi smarriti, ferite mai sufficientemente sanate che invitano alla speranza e alla ripresa di un cammino nel mondo.

Grazie alle continuità è possibile percepire un'esistenza prevedibile e stabile della realtà e delle identità; riconoscere ciò che esiste di sempre uguale nell'essenza delle cose permette alle persone un certo ordine rispetto alle conoscenze che acquisisce. Tuttavia, questa continuità è pensabile solo entro un tempo universale e idealizzato, che neppure corrisponde alla durata della vita di un uomo, ma la oltrepassa, andando ad unirsi all'idea che egli ha di eternità.

Cos'è allora il cambiamento? Cosa si trasforma quando ci pensiamo formati? Bergson spiega che mutiamo sempre: insieme agli istanti la coscienza ed i suoi stati si modificano di volta in volta ampliati dalle esperienze nel tempo. Il tempo così inteso corrisponde agli infiniti gesti imprevedibili dell'altro, ma anche del sé e del mondo, corrisponde all'apertura verso la discontinuità, verso il possibile. Il tempo diventa un fenomeno inventivo, elaborazione creativa di ciò che potrebbe essere, elaborazione costante del nuovo.

La mutevolezza che analizza Bergson sta anche nel cambiamento identitario permesso dal tempo. Per la coscienza è impossibile attraversare due volte l'identico stato d'animo, poiché è diversa l'identità sulla quale agisce lo stato stesso: mutiamo continuamente in funzione del succedersi di esperienze particolari. In ogni esperienza soggettiva è presente la possibilità di discontinuità; essa si configura come occasione trasformativa offerta dal tempo vissuto, come opportunità nuova dispiegata in ogni istante presente. I significati del tempo e dell'esperienza soggettiva prendono il carattere mutevole in un'apertura verso il possibile rappresentato dalla discontinuità ininterrotta. Movimenti discontinui caratterizzano gli istanti generati dall'esperienza, ma proiettano anche il soggetto nell'imprevedibilità futura; sta dunque nell'esperienza e nel grado di consapevolezza soggettiva il valore del tempo vissuto, un tempo unico poiché carico di significati privati. Il tempo vissuto nell'esperienza del singolo corrisponde all'idea che egli ha di ogni accadere, corrisponde cioè al significato stesso che l'uomo trova nelle esperienze. La ricchezza potenziale di ogni accadere non può essere lasciata al caso e necessita di un'impalcatura. In riferimento alla descrizione di un "tempo percepito" la condizione affettiva del soggetto sembra poter determinare una particolare esperienza del tempo trascorso, in quanto la situazione soggettiva, oltre a connotare emotivamente e quindi qualitativamente il vissuto, concorre alla creazione di un particolare sentimento del tempo nella sua totalità.

Come si costruisce una struttura comune che mantenga lo sguardo sulla specificità temporale del soggetto? Il desiderio crea e ricrea il tempo, i modi di viverlo secondo significati in trasformazione, conduce verso altro, accompagna e supera l'attività del presente. Esso è dunque un moto interno al singolo, strettamente connesso alle dimensioni temporali e trasformative. Condividere il tempo del desiderio significa andare verso la stessa direzione, tendere ad obiettivi simili, ma anche strutturare un tempo presente nella sincronia. Poiché il desiderio, così come il ricordo e la speranza sono

---

<sup>62</sup> Ricoeur P., *Filosofia e linguaggio*, Guerini e Associati, Milano, 1994

dimensioni temporali che proiettano qualcosa di futuro o passato nel presente condiviso.

A chiusura di questo capitolo cito due studiosi, il filosofo M. Buber e il terapeuta C. Rogers, che hanno affrontato il concetto di io, tu e noi. La loro riflessione parte dal riconoscimento dell'altro come persona "uguale" e ugualmente valida, alla reciprocità del cambiamento che avviene nello svolgersi della relazione, dal rifiuto della diagnosi come etichetta che interferisce nell'autenticità della relazione con la persona per come è, alla priorità fondante della relazione stessa, all'"incontro" che porta al cambiamento. Ciò che Rogers ribadisce più volte è che l'incontro tra uguali, la reciprocità del riconoscimento e del cambiamento non sono costanti della relazione terapeutica (io aggiungo non solo) ma sono presenti solo in alcuni "cruciali" momenti di percezione reciproca e sono proprio questi i momenti in cui avviene il cambiamento, non come conseguenza del desiderio del terapeuta di aiutare l'altra persona, ma come un prodotto indiretto dell'incontro che ha luogo nella relazione. La domanda che Rogers rivolge a Buber riguarda la natura umana e si riferisce al concetto di "tendenza attualizzante", alla sua convinzione che ogni organismo tende a procedere nel senso della maturazione, è diretto ad autorealizzarsi e si arriva a qualcosa che è intrinsecamente costruttivo, qualcosa in cui si può avere fiducia. Nel dialogo tra Rogers e Buber è possibile ritrovare tutti i punti fondanti la relazione tra le persone, tra un Io e un Tu che reciprocamente si incontrano e si riconoscono come uguali. Rogers sostiene che essere autentici non è affatto facile, che i momenti in cui l'autenticità di una persona incontra quella di un'altra sono molto rari, eppure sono questi eventi che danno significato al vivere umano.

Accettare l'altra persona per quello che è ne favorisce la crescita, l'espansione, permette la comunicazione più autentica, ma i sentimenti che si sperimentano in ogni momento sono in continua trasformazione e così è per la relazione e la comunicazione che vengono vissute momento per momento.

Gli incontri reali, dove vengono condivise l'accettazione profonda e la congruenza, possono trasformarsi a causa dell'emergere di sentimenti di insoddisfazione, di desiderio di modificare l'altra persona o anche di spavento per quello che si sta sperimentando e che viene vissuto come minaccioso. L'accettazione è, prima di tutto, verso se stessi: accettarsi come persone imperfette è il primo passo verso il cambiamento e verso l'autenticità delle relazioni. Permettersi di essere ciò che si è, di conoscere ed accettare i propri limiti di resistenza e di tolleranza, di sapere quando si desidera plasmare o manipolare un'altra persona, di vivere come propri e reali gli atteggiamenti di noia o di rifiuto allo stesso modo di quelli di cordialità, interesse, gentilezza, accettazione, permette alla relazione con l'altra persona di svilupparsi, modificarsi, essere autentica.

Buber è un filosofo e la sua definizione di relazione è conosciuta proprio come "filosofia della relazione" oltretutto come "filosofia dialogica", rientra a pieno titolo nella filosofia esistenziale. Per lui il senso fondamentale dell'esistenza umana è da rintracciarsi nel principio dialogico, cioè nella capacità di stare in relazione totale con la natura, con gli altri uomini e con le entità spirituali, ponendosi in un rapporto Io-Tu. Il soggetto autentico si definisce come persona che nella relazione Io-Tu prende coscienza di sé come soggettività. Solo nell'incontro con l'"altro" la persona può entrare nella sua realtà autentica e superare la solitudine e l'isolamento; è nella relazione che l'individuo isolato diventa persona, diventa "io" per un "tu" o "tu" per un "io". La relazione è un evento, non ha durata, avviene nell'attimo, ma è un'esperienza vitale che può dar vita ad una nuova comprensione della persona e della comunità come sistema di relazioni interpersonali connesse con un centro.



Nel 2008 Nelson Mandela durante un'intervista spiegò l'espressione ubuntu con le seguenti parole

*"In Africa con il concetto di ubuntu si intende il senso profondo dell'essere umani che si realizza solo attraverso l'umanità degli altri; se concluderemo qualcosa al mondo sarà grazie al lavoro e alla realizzazione degli altri".* L'espressione ubuntu in lingua bantu indica benevolenza verso il prossimo. È una regola di vita basata sulla compassione e il rispetto dell'altro. Appellandosi a questa espressione si è soliti dire *Umuntungumuntungabantu*, "io sono ciò che sono in virtù di ciò che tutti siamo". L'ubuntu esorta a sostenersi e aiutarsi reciprocamente, a prendere coscienza non solo dei propri diritti ma anche dei propri doveri, poiché è una spinta ideale verso l'umanità intera e verso un desiderio di pace.

Secondo alcuni il concetto di ubuntu si può tradurre (non senza perdita di parte del significato) con umanità, nel senso di qualità umana. Cercando di tradurre la parola, bisogna infine tenere presente che nel senso di ubuntu trova spazio anche la dimensione religiosa di un legame tra tutti gli esseri umani. Secondo altri il concetto ha anche una sua rilevanza religiosa nel senso che la persona deve diventare tale comportandosi con il resto dell'umanità in modo conforme al rispetto degli antenati e in loro venerazione.

## CONCLUSIONI

A conclusione di questo libro devo rendere conto ai lettori di un inganno o comunque di aspettative che probabilmente ho frustrato. Di manuali sulla riabilitazione psichiatrica ce ne sono moltissimi, quasi sempre scritti da psichiatri, talvolta da psicologi e quasi mai da educatori, e da tutti credo si possa imparare qualcosa di utile. La mia tenace resistenza ad UN modello di riabilitazione è che credo oggi i futuri educatori abbiano bisogno di un pensiero sul senso complessivo di quello che fanno. Molti miei colleghi educatori pongono sempre e comunque l'accento SOLO sulle paghe da fame, sul non riconoscimento effettivo del loro ruolo all'interno delle organizzazioni (sia pubbliche che private), su una fraintesa e mitica vocazione alla professione dell'educatore che dovrebbe spiegare tutto e rendere possibile trasformazioni magiche del micro e macro contesto. Io l'ho capito tardi, un po' a causa del mio background personale e un po' perché anch'io sono stato vittima della spinta vocazionale (che pure resta) che mi faceva dire che il lavoro educativo doveva essere simil gratuito e che le persone alle quali tale lavoro era indirizzato dovevano riceverlo gratuitamente. Una robusta esperienza, gli errori e i percorsi formativi intrapresi mi hanno sollecitato a rivedere alcune mie posizioni ed ho imparato a tenere in considerazione il fattore economico tra le prime priorità tutte le volte che decido di costruire un progetto (chi paga, dove cerco i soldi, a chi ne rispondo, come gestisco i fondi allocati o da cercare, ecc.), tanto più in questa fase storica dove le risorse economiche appaiono sempre più insufficienti. Lungi dal voler affrontare in questa sede un tema che ancora risulta divisivo all'interno delle *helping profession* resta il fatto che se la questione economica – per quanto riguarda su come vengono spesi i soldi (in verità sempre meno!) destinati alle attività riabilitative ed educative - non viene tenuta in adeguata considerazione qualcun altro lo farà al tuo posto determinando le tue scelte educative che potrai intraprendere. Ora che sto frequentando un Master per dirigenti di strutture socio-sanitarie e assistenziali presso l'Università Bocconi (dove ancora dopo 8 mesi sto provando a ripensarmi e ad orientarmi) molte questioni economico-finanziarie mi sono sempre più chiare e determinanti. E' probabile che forse non dovrò mai occuparmi di predisporre piani di contabilità economico-finanziaria ma sicuramente dovrò sapere, almeno per grandi linee, quali sono le voci di spesa, come e dove le imputo: tutto questo non riguarda solo me ma tutti i colleghi educatori che dovranno gestire il loro budget (piccolo o grande che sia) per realizzare i loro progetti.

Sin da adolescente ho sempre letto molti libri...è anche vero che nel paese dove sono nato non c'era molto da fare la sera.

Forse non ho mai pensato di essere tagliato per un lavoro normale (i miei continui cambi di lavoro ne sono una testimonianza). Sicuramente la mia insegnante di lettere delle scuole medie ha giocato un ruolo significativo: una donna estremamente colta e che per una qualche ragione aveva deciso di investire energie e tempo nei confronti di un adolescente povero e con una famiglia che non presupponeva un impegno serio scolastico.

Tutti gli scrittori sono prima di tutto dei lettori, ed io leggevo tutti i libri che arrivavano in casa (pochi a dir la verità). Probabilmente ero in cerca di ispirazione, perché le parole nascono da altre parole e gli scrittori da altri scrittori. Le influenze sono fondamentali e se sei fortunato un giorno la musa si degherà di baciarti, spingendoti al tavolo del computer e a rimanerci inchiodato, mescolando ciò che si è letto con la realtà e creando nuove narrazioni per altri.

Quando la scrittura è diventata una possibilità per vivere e tenere insieme i “frammenti” di me ho compreso che volevo raccontare anche le storie che mi appartenevano: i miei amici, i miei amori, le tante storie che ho ascoltato nel mio itinerario professionale, i miei studenti, la mia famiglia... Come molti scrittori, credo, quando inizio a scrivere un libro sono “ossessionato” dall’idea che quello che ho scritto sia comprensibile e che nella mente dei lettori possano nascere sempre più nuove domande e dubbi che spero lo possano condurre a continuare a leggere altri libri.

Stefano Rodotà in un’intervista a La Repubblica del 17 luglio 2011 dichiarò  
*“Per vivere – ci ha ricordato Primo Levi – occorre un’identità, ossia una dignità. La persona, dunque, non può essere mai separata dalla sua dignità. La rottura di questo nesso ci precipita nell’ indegnità, nella costruzione di “non persone”, o almeno verso forme insidiose di segregazione”.*

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.

Attraversare alcune letture dei molti testi (o di alcune pagine degli stessi) utilizzati per la stesura di questo libro è stato un evento molto interessante e coinvolgente perché esse esprimevano con parole esatte una percezione che era già viva e presente dentro di me relativamente a cose, persone e aneliti che forse non mi erano ancora del tutto chiari. Quando le ho viste scritte nero su bianco ero felice avendo trovato in quelle righe una guida, un riparo e un conforto.

Ogni giorno mi accade di verificare il misterioso e insondabile (anche se molti miei colleghi educatori si ostinano a voler individuare una sempre necessaria interpretazione. Alcuni di questi colleghi sono psicologi ...sul perché taluni di loro svolgono la nostra professione si dovrebbe aprire un’altra riflessione che esula dal tema di questo testo) intreccio che c’è tra il tempo che mi è assegnato e il tempo degli altri, la fitta trama di relazioni dentro le quali e per le quali riesco ad attribuire un significato alla mia esistenza. Per vivere appieno la mia libertà non posso, ma soprattutto non voglio, negare ciò che sono, ciò a cui aspiro e ciò che costituisce in modo variabile la mia identità. Il tema della libertà continua ad essere uno dei temi centrali della mia professione in ambito psichiatrico e la riflessione mi appare sempre stimolante e ingaggiante.

Gli essere umani hanno l’enorme possibilità di scambio 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

afferitava “...la parola rappresenta il mistero della notte dei tempi...ed è in relazione con il tempo”.<sup>63</sup>

Come osservava il filosofo Emmanuel Lévinas l'altro mi chiama inevitabilmente in causa ponendo in questione la mia stessa responsabilità, poiché il suo viso, di fronte al quale noi parliamo, diciamo, rispondiamo, entriamo sostanzialmente in relazione, significa eticamente sia l'altro sia noi ed è la misura della nostra responsabilità verso noi stessi e verso gli altri.

Il non senso e la non significazione di sé (che sottendono la mancanza di un personale pensiero critico) esprimono proprio la dequalificazione umana, annullando ogni spontaneità e libertà.

Socrate e poi Platone affermano che il pensiero è colloquio con se stessi: è il dialogo vero tra sé e sé in cui l'individuo si scinde per dar vita alla riflessione. La tematica del due-in-uno sarà una delle grandi riflessioni del novecento non solo della filosofia ma anche delle scienze umane.

Il nuovo panottico che si profila all'orizzonte con il distorto uso di internet porrà alle future generazioni (il realtà la discussione è già stata avviata) le grandi questioni che interessano tutti: la privacy, la diffusione delle *fake news*, la manipolazione del pensiero critico, l'ottundimento generalizzato e l'emersione dell'odio e del rancore.

*“Due cose riempiono l'animo di ammirazione e venerazione sempre nuova e crescente, quanto più spesso e più a lungo la riflessione si occupa di esse: il cielo stellato sopra di me, e la legge morale dentro di me”*<sup>64</sup>.

A conclusione di questa nuova avventura voglio ringraziare Marina Malgeri e Chiara Carlini con le quali ho sviluppato nel tempo un'intensa relazione: prima studentesse, poi stagiste, poi tesiste, poi amiche, poi colleghe, poi...

La loro capacità di problematizzare e di pensare in termini creativi rappresentano per me un grande stimolo. I nostri incontri ci offrono anche occasioni in cui ridere molto e non prendersi sempre troppo sul serio.

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...”*<sup>65</sup>

Il turbamento suscitato dalle parole dello scrittore friulano riesce ancora a mobilitare le coscienze. Sicuramente la mia.

<sup>63</sup> Lacan J., *Il seminario. Libro VIII. Il transfert*, Einaudi, Milano, 2008

<sup>64</sup> Kant E., *Critica della ragion pratica*, Laterza, Bari, 1997

<sup>65</sup> Pasolini P.P., *Scritti Corsari*, Garzanti, Milano, 1975

Prima dell'avvento di internet e dei social per parlare o scrivere ad un grande numero di persone bisognava averne acquisito il diritto. Ora è come se chiunque potesse salire su un palco di fronte a un pubblico potenzialmente illimitato e dire quello che vuole senza assumersene le responsabilità, essere acclamato o criticato, e tornare alla sua vita. Quello che dice potrebbe essere – e spesso lo è – una falsità, ma la maggior parte della massa, disabituata a un atteggiamento critico verso ciò che sente gli crede e contribuisce a diffonderla. Gli esempi sono sotto i nostri occhi ogni giorno. Il grande semiologo Umberto Eco questo concetto l'aveva già espresso in *La bustina di Minerva*, l'ultima pagina che curava per *L'espresso*

*...Non ce ne rendiamo conto, ma la nostra ricchezza rispetto all'analfabeta (o di chi, alfabeto, non legge) è che lui sta vivendo e vivrà solo la sua vita e noi ne abbiamo vissuto moltissime....abbiamo spasimato per il nostro amore ma anche per quello di Piramo e Tisbe, abbiamo assimilato qualcosa della saggezza di Solone, abbiamo rabbrivito per certe notti di vento a Sant'Elena e ci ripetiamo, insieme alla fiaba che ci ha raccontato la nonna, quella che aveva raccontato Sherazade...".*

A chiusura di questo testo voglio ringraziare Margherita Sberna, Guido Contessa e Maria Vittoria Sardella: ho avuto la fortuna di incontrarli sul mio cammino professionale e umano molto tempo fa...ed ho ancora la fortuna di frequentarli. La loro intelligenza, la loro capacità di problematizzare e il loro acume sono per me un grande dono.

Gli essere umani che vivono questa fase storica piena di temperie che scuotono le coscienze e mettono a dura prova l'esistenza della verità che deriva da fatti concreti, dalla scienza, dalla legge, da comportamenti che smascherano ciò che viene detto con false parole devono continuare la loro battaglia per lo sviluppo di relazioni improntate sempre più alla comprensione e alla riflessione.

Io contribuisco a farlo in uno dei modi che meglio conosco e che mi piace: scrivere.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andreoli V., *I principi della nuova psichiatria. Oggi è possibile curare la mente*, Rizzoli, Milano, 2017
2. Arendt H., *Verità e politica*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004
3. Aristotele, *Metafisica*, Bompiani, Milano, 2000
4. Basaglia F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini&Castoldi, Milano, 2014
5. Bauman Z., Mazzeo R. (in collaborazione con), *Conversazioni sull'educazione*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 2011
6. Bauman Z., *Cose che abbiamo in comune*, Laterza, Bari, 2012
7. Bauman Z., *Amore liquido*, Laterza, Bari, 2018
8. Bertolini P., *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*, UTET Università, Torino, 2005
9. Birley A., *Marco Aurelio*, Rusconi, Santarcangelo di Romagna (RN), 1990
10. Boffo V., *Relazioni educative: tra comunicazione e cura*, Apogeo, Milano, 2011
11. Bonhoffer D., *Resistenza e resa. Lettere e scritti dal carcere*, San Paolo Edizioni, Milano, 2005
12. Borgna, E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli Editore, Milano, 1999
13. Borgna E., *Le passioni fragili*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano, 2017
14. Brandani W., Tomisich M., *La progettazione educativa. Il lavoro sociale nei contesti educativi*, Carocci editore, Roma, 2005
15. Deleuze G., *Differenza e ripetizione*, Il Mulino, Bologna, 1971
16. Durkheim É., *Lezioni di sociologia*, Milano, Etas 1973
17. Filodemo di Gadara, *Peri parresias, frammento 36*
18. Foucault M., *Dits et écrits*, Gallimard, Paris, 1999
19. Freud S., *Opere Volume IV°*, Bollati Boringhieri, Torino, 2010
20. Foucault M., *L'ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli, Milano, 2016
21. Foucault M., *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, Cortina Editore, Milano, 2005;
22. Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1973
23. Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano, 1979
24. Girard R., *Delle cose nascoste dalla fondazione del mondo*, Adelphi, Milano, 2010
25. Gogna G. (tesi di laurea), *Desiderium: La cura del desiderio nel lavoro educativo in psichiatria*, Università degli Studi di Milano, a. a. 2016/2017
26. Heidegger M., *Essere e tempo*, Bocca, Milano-Roma, 1953
27. Kant I., *Critica della ragion pratica*, Laterza, Bari, 1997
28. Kierkegaard S., *Sul concetto di ironia in riferimento costante a Socrate*, a cura di Dario Borso, Guerini e Associati, Milano, 1989
29. Lacan J., *Il seminario. Libro VIII. Il transfert*, Einaudi, Milano, 2008
30. Loglisci S. (tesi di laurea), *Riscoprirsi in una battuta: l'impiego dell'ironia come strumento educativo in psichiatria*, a. a. 2017/2018
31. López Petit S., *Figli della notte. La sfida del voler vivere*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2016
32. Magatti M., Giaccardi C., *Generativi di tutto il mondo unitevi! Manifesto per la società dei liberi*, Feltrinelli Editore, Milano, 2014

- 33.Maida S., Molteni L., Nuzzo A., *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*, Carocci editore, Roma, 2009
- 34.Mancuso V., *Il bisogno di pensare*, Garzanti, Milano, 2017
- 35.Maone A. (a cura di), D'Avanzo B., *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Cortina Editore, Milano, 2015
- 36.Mantegazza R., *I buchi neri dell'educazione*, Elèuthera, Milano, 2006
- 37.Martinez A. G., *Chaos monkeys: Obscene Fortune and Random Failure in Silicon Valley*, HarperCollins, USA, 2016
- 38.Mari G., *Educazione come sfida della libertà*, La Scuola, Milano, 2013
- 39.Marzano M., *Cosa fare delle nostre ferite? La fiducia e l'accettazione dell'altro*, Edizioni Centro Studi Erickson , Trento, 2012
- 40.Marzano M., *Cosa fare delle nostre ferite*, Erickson, Milano, 2012
- 41.Marzano M., *Volevo essere una farfalla*, Mondadori, Milano, 2011
- 42.Mortari L., *Aver cura della vita della mente*, La Nuova Italia, Milano, 2005
- 43.Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano, 2006
- 44.Palmieri C., *La cura educativa*, Franco Angeli Milano, 2003
- 45.Palmieri C. (a cura di), Prada G. (a cura di), *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*, Mimesis Edizioni, Milano, 2008
- 46.Palmieri C., *Un'esperienza di cui aver cura. Appunti pedagogici sul fare educazione*, Franco Angeli, Milano, 2011
- 47.Pasolini P.P., *Scritti Corsari*, Garzanti, Milano, 1975
- 48.Pinkola C. É., *Donne che corrono coi lupi*, Frassinelli, Milano 1993
- 49.Ricoeur P., *Filosofia e linguaggio*, Guerini e Associati, Milano, 1994
- 50.Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento*, RCS Libri, Milano, 1995
- 51.Sartre J.P., Fergnani F. (a cura di), Lazzari M. (a cura di), Del Bo G. (traduttore), *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 2014
- 52.Sberna M., *Il lavoro psicosociale. Comunità, Competenze, Valutazione*, Edizioni Arcipelago, Milano, 2000
- 53.Scovino C., *Matti per i diritti umani*, Edizioni Arcipelago, Molinetto di Mazzano (BS), 2014
- 54.Seneca L. A. , *La brevità della vita*, Rizzoli, Milano, 1993
- 55.Seneca L. A., *Lettere a Lucilio*, Feltrinelli, Milano, 1974
- 56.Tramma S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Carocci editore, Roma, 2015;
- 57.Tronto J. C., *I confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia, 2006
- 58.Wu T., *The attention merchants*, Alfred A. Knopf, New York, 2016

## SITOGRAFIA

1. <http://180gradi.org/2016/06/15/ron-coleman-lavorare-con-le-voci/>
2. <http://abitazioniterapeutiche.it/la-riabilitazione-in-salute-mentale/>
3. [http://anep.it/anep/allegati/file/Sezione%20Marche/seminario%202015%20recovery%20materiale/Pedrolli\\_ANEP-Marche\\_Seminario\\_Salute\\_Mentalee%20Recovery\\_12\\_dicembre\\_2015.pdf](http://anep.it/anep/allegati/file/Sezione%20Marche/seminario%202015%20recovery%20materiale/Pedrolli_ANEP-Marche_Seminario_Salute_Mentalee%20Recovery_12_dicembre_2015.pdf)
4. <http://www.michelamarzano.it/chi-sono/>
5. <http://www.outcomesstar.org.uk/using-the-star/find-your-star/mental-health/>
6. <http://www.pensieriparole.it/poesie/poesie-d-autore/poesia-13930>
7. <http://www.programmafor.it/recovery-star-2/>
8. <http://www.psychiatryonline.it/node/5164>
9. <http://www.resistenzadellinconscio.com/2012/04/il-metodo-psichiatrico.html>
10. <http://www.risfor.net/empowerment/self-empowerment-della-persona/>
11. <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>
12. [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=168&area=salute%20mentale&menu=rete](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=168&area=salute%20mentale&menu=rete)
13. <http://www.sociocounseling.it/carl-rogers-e-lapproccio-centrato-sulla-persona/>
14. [http://www.treccani.it/enciclopedia/psichiatria\\_res-cd7ac9b9-9082-11e1-9b2f-d5ce3506d72e\\_%28Dizionario-di-Medicina%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/psichiatria_res-cd7ac9b9-9082-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_%28Dizionario-di-Medicina%29/)
15. <http://www.treccani.it/vocabolario/progettare>



## FILMOGRAFIA

1. *La fossa dei serpenti* (*The Snake Pit*), Litvak A., USA, 1948
2. *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*), [Forman M.](#), USA, 1975
3. *4 pazzi in libertà*, H. Zieff, USA, 1989
4. *Un angelo alla mia tavola*, J. Campion, USA, 1990
5. *Qualcosa è cambiato*, J. Brooks, USA, 1998
6. *Ragazze interrotte* (*Girl, Interrupted*), Mangold J., USA, 1999
7. *A beautiful mind*, Howard R., USA, 2001
8. *The Hours*, Daldry S., USA, 2002
9. *Si può fare*, Manfredonia G., Italia, 2008
10. *5 giorni fuori* (*It's Kind of a Funny Story*), Fleck R., Boden A., USA, 2010
11. *C'era una volta la città dei matti*, Turco M., Italia, 2010
12. *La pecora nera*, A. Celestini, Italia, 2010
13. *Teneramente folle*, Forbes M., USA, 2014
14. *La pazza gioia*, Virzì P., Italia, 2016
15. *Birdy – Le ali della libertà*, A. Parker, USA, 1984
16. *Noi siamo infinito*, S. Chbosky, USA, 2013

Questo testo non vuole essere l'ennesimo manuale di cosa bisogna fare o peggio ancora di cosa è "giusto" fare: non si intende offrire un metodo ma spunti di riflessione e di osservazione e punti di vista su pratiche e saperi che sono stati costantemente dibattuti e sperimentati coinvolgendo il più possibile i diretti interessati: gli utenti dei servizi psichiatrici.

Nel corso del tempo mi sono reso conto di come i tanti saperi, linguaggi e politiche siano stati silenziati, in buona parte (e con buona pace!) di molti educatori professionali che lavorano in ambito psichiatrico sia esso territoriale, che semiresidenziale, che residenziale e di alcune frange delle nuove generazioni di professionisti.

Questo testo nasce anche per rompere il silenzio su una pratica che sembra orientarsi all'esclusività e all'unicità della sola cultura sanitaria proponendo tra parentesi la voglia di ragionare con più libertà e provando a disvelare le molteplici risorse e i modi di operare che concorrono alla ricostruzione di una piena cittadinanza attiva del paziente psichiatrico. Questa non è la semplice restituzione dei suoi diritti formali, ma la costruzione dei suoi diritti sostanziali ed è all'interno di tale costruzione che è affettiva, relazionale, materiale, abitativa e produttiva che risiede una possibile pratica riabilitativa.

**CARLO SCOVINO** vive e lavora a Milano. E' Co-Referente delle Attività di Riabilitazione dell'U.O. di Psichiatria n. 55 dell'AST Fatebenefratelli-Sacco di Milano. Collabora da molti anni col prof. Mencacci, past-president della Società Italiana di Psichiatria, su progetti innovativi relativi alla riabilitazione psichiatrica che hanno come focus la lotta contro lo stigma e il pregiudizio, il diritto all'uguaglianza, alla non discriminazione e all'inclusione sociale. E' laureato in Scienze della Formazione, è pedagogo e formatore per diversi enti e associazioni. Svolge da molti anni un'intensa attività di formazione e sensibilizzazione su temi di carattere sociologico, civile e socio-sanitari presso Scuole Medie Superiori, Università, all'estero (in Iraq per conto dell'Unicef), associazioni del privato sociale e del no-profit. E' docente a contratto per l'Università degli Studi di Milano. Ha pubblicato numerosi articoli sia in Italia che all'estero e su tematiche sociali e psichiatriche quali il lavoro di rete e i diritti umani. E' laureando Master EMMAS (dirigenti strutture sanitarie e socio-assistenziali) presso l'Università Bocconi.