

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE PER LA FORMAZIONE “RICCARDO MASSA”

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL’EDUCAZIONE



ELABORATO FINALE

**INTERVENTI EDUCATIVI PER UNA PROSPETTIVA INCLUSIVA DELLA
SALUTE MENTALE A CURA DI UN’ASSOCIAZIONE DEL BRESCIANO**

RELATORE:
PROF. ALESSANDRO PETER FERRANTE

CORRELATRICE
DOTT.SSA MARIA BENEDETTA GAMBACORTI-PASSERINI

STUDENTE:
VISCONTI GRETA
MATRICOLA N. **842745**

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
Cap. 1: L'esclusione del malato mentale tra istituzioni manicomiali e pregiudizi.....	5
1.1 L'istituzione manicomiale: luogo di non cura.....	5
1.2 Processi di pregiudizio e stigma in ambito della salute mentale.....	9
Cap. 2: Abbattere le mura: oltre il manicomio.....	14
2.1 Movimenti antipsichiatrici e Legge 180/78.....	14
2.2 Dove siamo arrivati oggi: l'approccio recovery e il ruolo dell'educatore professionale tra prevenzione e riabilitazione.....	18
Cap. 3: Per una cittadinanza consapevole: prospettive inclusive a partire dal coinvolgimento del territorio.....	23
3.1 Il viaggio del cambiamento.....	23
3.2 Prevenzione nelle scuole e azioni anti-stigma.....	26
3.3 Condividere esperienze - Costruire sapienze!.....	29
CONCLUSIONE.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33
RINGRAZIAMENTI.....	35

INTRODUZIONE

La presente tesi si pone l'obiettivo di analizzare gli interventi educativi volti a introdurre e costruire una visione complessa della salute mentale e una prospettiva di tipo inclusivo, facendo riferimento, in particolare, ad un'associazione del territorio di Brescia.

Ho scelto questo argomento poiché la salute mentale è da sempre un tema per il quale nutro fortissimo interesse; mi sono infatti imbattuta troppo spesso in situazioni in cui quest'ultima veniva sottovalutata; pertanto, ho voluto indagare il fenomeno a partire da un'analisi storica per arrivare a interventi educativi che portino a una maggiore consapevolezza e a una sensibilizzazione collettiva della stessa.

La domanda di ricerca è proprio questa: “che cosa si può fare affinché ci sia un approccio diverso nei confronti della salute mentale?”. Come si vedrà alla fine di questo percorso, l'Associazione “Il Chiaro del Bosco O.N.L.U.S.” ha proposto, sin dagli albori, progetti volti a rispondere bene a questa domanda.

Nel primo capitolo sarà approfondita l'esclusione del malato mentale con precipuo riferimento all'istituzione manicomiale. In seguito, si analizzeranno i processi di pregiudizio e stigma nell'ambito della salute mentale, che portano spesso ad escludere la persona e a farla sentire “diversa”, se non addirittura sbagliata.

Ancora oggi le malattie mentali sono associate ad un forte stigma e ad episodi di discriminazione; questo provoca paura che può causare isolamento e un rifiuto nel chiedere l'aiuto necessario.

Nel secondo capitolo si approfondiranno i movimenti antipsichiatrici i quali, insieme al clima culturale e politico dell'epoca, hanno contribuito all'emanazione della Legge 180/78 che ha riformato l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica, proponendo un superamento della classica logica manicomiale.

Tema conclusivo del capitolo sarà l'approccio *recovery* e una riflessione sull'inserimento della figura dell'educatore professionale nei servizi di salute mentale.

Nel terzo capitolo si analizzeranno gli interventi attuati dall'Associazione "Il Chiaro del Bosco" ponendo l'attenzione sia sull'approccio *recovery*, utilizzando come strumento privilegiato la Recovery Star, sia sulla prevenzione e promozione della salute mentale nelle scuole. In ultima istanza verranno presentati concorsi di scrittura aperti a utenti e familiari, che avranno la possibilità di esperire e condividere il loro vissuto.

Verrà, infine, messo in evidenza il lavoro di coinvolgimento del territorio, affinché l'aiuto e il cambiamento possano diventare reali e concreti.

CAPITOLO 1

L'ESCLUSIONE DEL MALATO MENTALE TRA ISTITUZIONI MANICOMIALI E PREGIUDIZI

Parlando di malattia mentale, l'immaginario diffuso che colpisce le nostre menti riguarda l'istituzione manicomiale e le violente pratiche di "cura" diffuse, applicate ai *pazzi, folli, matti*, coloro che perdono il senno, parole ancora oggi utilizzate nel lessico quotidiano. Nel mondo occidentale vi è sempre stato, e vi è tutt'ora, un forte pregiudizio nei confronti dei diversi. La figura del folle, l'esperienza della follia e il modo in cui le società, le istituzioni, la scienza le hanno definite e trattate nel corso dei secoli, sono un esempio paradigmatico di come la società ha imparato a includere ed escludere i diversi (Palmieri C., 2021). I processi di inclusione ed esclusione non sono intrinseci all'essere umano, ma vengono appresi attraverso l'educazione «diffusa» (Palmieri C., 2021 in Tramma 2009, 2019). Questi meccanismi traggono forza da «pratiche, abitudini, modalità di percepire, leggere, trattare le differenze [...] assicurando un certo modo di vivere, di pensare, di agire» (Palmieri, 2021, p. 31).

L'esclusione sociale, infatti, si può definire come «un insieme di [...] pratiche discorsive e processi sociomateriali che produce delle *separazioni* fisiche e simboliche e delle *gerarchie* di valore tra soggetti» (Ferrante, 2021, p. 25). L'istituzione manicomiale è per eccellenza la rappresentazione di processi di emarginazione caratterizzata da un deliberato innalzamento di barriere, che ci hanno lasciato una forte eredità di pregiudizio e stigma nei confronti della malattia mentale.

1.1 L'istituzione manicomiale, luogo di non cura

L'istituzione manicomiale nasce a partire da una concezione di follia differente rispetto ai secoli precedenti. Nel mondo classico, l'origine della follia è divina, «era l'intervento di un dio che induceva uomini e donne a compiere gesti o pronunciare parole folli» (Gambacorti-Passerini, 2019, p.17). La cura era affidata agli stregoni o ai maghi, che attraverso pozioni di erbe, applicazioni di panni freddi o caldi sul capo, rituali religiosi, tentavano di allievare le sofferenze. Con l'avvento del Medioevo, caratterizzato da una forte visione religiosa, si ha un mutamento nel modo di intendere la follia, che viene investita da significati di colpa; era compito della figura religiosa intervenire sul peccato, origine della follia. Durante i secoli centrali del Medioevo e agli albori del Rinascimento, la follia conservava ancora un carattere «affascinante» (Gambacorti-Passerini, 2019, p.18). Ne è un esempio l'opera

La nave dei folli di Bosch: nel dipinto è possibile osservare l'ambivalenza della rappresentazione del folle tra inclusione ed esclusione, egli vive in una zona di passaggio tra una città e l'altra. Il folle è il «Passeggero per eccellenza, cioè il prigioniero del Passaggio» (Foucault, [2011], 2020, p. 71), in una transizione senza fine e senza fini.

Affidare il folle ai marinai significa evitare certamente che si aggiri senza meta sotto le mura della città, assicurarsi che andrà lontano, renderlo prigioniero della sua stessa partenza. Ma a tutto questo l'acqua aggiunge la massa oscura dei suoi valori particolari; essa porta via, ma fa ancor più: essa purifica; e inoltre la navigazione abbandona l'uomo all'incertezza della sorte; là ognuno è affidato al suo destino, ogni imbarco è potenzialmente l'ultimo. [...] Questa navigazione del pazzo è nello stesso tempo la separazione rigorosa e l'assoluto Passaggio. (*Ivi* p. 70)

Dal tardo Medioevo alla Rivoluzione industriale vi è un ulteriore cambiamento della concezione della follia, percepita come un elemento di fastidio da riconoscere e allontanare. Si rendeva necessaria l'istituzione di luoghi per rinchiudere chiunque avesse un comportamento ritenuto non consono alla morale sociale: soggetti che turbavano l'ordine pubblico, ma anche tutti coloro che erano impossibilitati a lavorare e perciò non in grado di contribuire allo sviluppo della Rivoluzione industriale. Ha inizio il periodo del «Grande Internamento» che ripristina l'eredità di separazione tipica dell'Europa Medievale per tutelarsi dalle epidemie di lebbra e peste. L'usanza dell'internamento è volta a separare ogni persona “diversa” dalla società, al fine di proteggere quest'ultima, facendo in modo che gli emarginati venissero puniti e corretti. I folli, i ribelli, i mendicanti disoccupati e tutti coloro che rappresentavano una minaccia per l'ordine morale della società dovevano essere separati e rieducati.

«Se, [...] già nel Tardo Medioevo la lebbra scompare, l'abitudine a escludere non scompare. Il posto dei lebbrosi verrà preso da coloro che, per una certa sensibilità sociale, non è più tollerabile lasciare a piede libero: i mendicanti, gli orfani, i delinquenti, le prostitute, i libertini, quello che ora identificheremmo come disabili e, infine, i folli» (Palmieri, [2020] 2021, p. 66).

Nasce in Francia nel 1656 l'Hôpital général, descritto da Foucault in *Storia della follia nell'età classica* come «una struttura semi-giuridica, una specie di entità amministrativa che, accanto ai poteri già costituiti, e al di fuori dei tribunali, decide, giudica ed esegue» (Foucault, [2011] 2020, p.118-119). La struttura non ha alcuna finalità terapeutica, «Se all' l'Hôpital général c'è un medico, ciò non è dovuto al fatto che si ha coscienza di rinchiudere dei malati, ma al fatto che si teme la malattia per coloro che sono già internati» (*Ivi*, p. 204). Intorno alla fine del 1700, si costituiscono dei movimenti sociali contro il Grande Internamento senza distinzioni. Si creano le condizioni affinché il malato mentale venga separato dagli altri

internati per ricevere cure appropriate. Prende vita così l'istituzione manicomiale e la disciplina psichiatrica. Si deve a Philippe Pinel, medico francese che nel 1793 prese servizio presso l'istituto di internamento di Bicêtre a Parigi, il riconoscimento della malattia mentale con conseguente distinzione degli internati e l'apparente liberazione dei folli.

Si tratta della celebre scena di Pinel che a Bicêtre, in quello che non era ancora propriamente un manicomio, libera i pazzi furiosi dalle catene che li tenevano imprigionati alla parete delle loro celle; e questi pazzi furiosi, così definiti per via del timore che, se lasciati liberi, potessero dare sfogo alla loro rabbia distruttiva, non appena sciolti dai lacci che li tenevano prigionieri, esprimono la loro riconoscenza a Pinel, incamminandosi così, proprio grazie a tale liberazione, sulla via della guarigione. È questa, dunque, quella che viene considerata la scena iniziale, fondatrice, della psichiatria. (Foucault, [2004] 20019, p. 29)

Foucault riporta la definizione di Pinel sulla terapeutica della follia, che è «l'arte di soggiogare e domare, per così dire, l'alienato, ponendolo in una condizione di stretta dipendenza da un uomo che, per le sue qualità fisiche e morali, sia in grado di esercitare su di lui un imperio irresistibile e di mutare il concatenamento vizioso delle sue idee» (*Ivi* p. 20). L'autore ci fa notare l'asimmetria di potere tra medico e paziente. Il medico viene descritto con un fisico con una morfologia ben definita da ampiezza dei muscoli ed estensione del petto, e proprio grazie a questa presenza è possibile mantenere un'asimmetria di potere, sin dal primo contatto. Accanto al medico vi sono i sorveglianti, figure senza competenze sanitarie, che trasmettono gli accadimenti ai loro superiori; così come gli inservienti, che assistono quotidianamente «dal basso» il malato per poi riferire le informazioni ai sorveglianti (Foucault, [2004], 2019). Il sociologo Goffman definisce il manicomio un'istituzione totale.

Ogni istituzione si impadronisce di parte del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono, offrendo in cambio un particolare tipo di mondo: il che significa che tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante [...]. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell'istituzione: porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste o brughiere (Goffman, [1961] 2010, p. 33-34).

È in atto una «microfisica del potere» possibile grazie all'azione di un dispositivo disciplinare. In particolare, Riccardo Massa definisce il dispositivo come « un'unità di pratiche che strutturano spazi, scandiscono tempi, predispongono riti, manipolano corpi, scelgono linguaggi, utilizzano oggetti e determinano, in questa strutturazione microfisica, un'esperienza che incide e produce effetti in chi la vive» (Palma, 2016, pag. 86).

Il potere è contraddistinto dall'espugnazione totale del corpo, dei gesti, del tempo, del comportamento (Foucault, [2004] 2019), con carattere di continuità e permanenza. Inoltre, i degenti sono esposti allo sguardo di qualcuno, costantemente osservati. Strumento fondamentale per l'esercizio del potere è la scrittura, grazie alla quale è possibile annotare, registrare gli avvenimenti e garantirne l'accessibilità futura. L'internato che arriva presso l'istituzione va incontro a un processo di «spoliazione» (Goffman, [1961] 2010) di ciò che possiede a partire dai suoi oggetti, vestiti, fino al proprio nome, riduzione totale del sé. Si va così verso un progressivo assoggettamento, che passa dalla presa sul corpo alla presa sull'anima, sui desideri, sulle volontà e sui diritti del malato mentale. Come ci ricorda Basaglia «l'emarginazione è l'attesa della morte fisica ma è la morte come eliminazione di un uomo che non ha più voce: la persona che entra in manicomio o in galera è morta» (Basaglia et al., 2008, p.54-55). Grazie a foto, archivi e cartelle cliniche abbiamo la testimonianza di ciò che avveniva all'interno delle mura dei manicomii.

«Il reparto era tutto chiuso come un cubo: c'erano muri, che in seguito ho fatto demolire, e porte di ferro, che sono state sostituite con porte a vetri. Dalla sala d'ingresso attuale si passava a un piccolo corridoio che portava alle stanzine delle pazienti. Le varie parti erano chiuse, vale a dire che da una stanza all'altra si passava solo aprendo le porte con le chiavi: in ogni locale c'era un'infermiera con le chiavi pronte, un certo numero di persone stava in una sala con l'infermiera, poi porta chiusa, altra sala con infermiera e chiavi. Un cortile recintato con alte mura era l'unica possibilità per poter stare all'aria. All'interno c'erano le stanze (le celle) a due letti, in alcuni casi, come per Teresa, per una persona sola, quando era ritenuta particolarmente pericolosa. Dunque arrivavi e ti trovavi la porta chiusa con lo spioncino. Si possono ancora vedere le impronte delle unghie, all'interno, delle persone che erano slegate e tentavano di uscire, di aprire. Teresa era ritenuta la persona più pericolosa nel reparto delle pericolose. Era considerata «il mostro di Imola». [...] Arrivato davanti alla porta, potevi guardare solo dallo spioncino: di Teresa dallo spioncino vedevi solo gli occhi e i capelli, perché aveva la maschera (denominata museruola nella cartella, all'annotazione del 17/4/71), poi aveva la camicia di forza toracica che la teneva fissa al letto e cinture di contenimento alle gambe e ai polsi, per cui era come una mummia. La maschera per impedirle di sputare la copriva la bocca e quasi tutto il viso, come quando i banditi fanno le rapine. Nel caso di Teresa, la maschera era fissata con delle cinture di cuoio al letto. Quindi io vedevo solo gli occhi di Teresa. Ho cominciato a slegarla, ho cominciato da una mano. [...] Una delle prime difficoltà sta nel rendersi conto che gli stessi degenti

finiscono con il rifiutare essi stessi di essere slegati. Ad esempio, nel caso di Teresa, le slegavano una mano e mentre l'infermiera tentava di darle da mangiare lei le graffiava il viso; a quel punto la rilegavano e la picchiavano. Così molte di loro che sono state legate non hanno più denti, sia a causa dell'elettroshock, sia perché le alimentavano con la sonda. Mi hanno raccontato le infermiere che se le degenti rifiutano di aprire la bocca, venivano forzate e nell'«operazione» partiva anche qualche dente. [...] Teresa fu ricoverata a ventuno anni, dopo la nascita di questa figlia, durante il puerperio. Una donna attraversa dopo il parto un periodo difficile in cui può star male e deve essere curata, perché c'è un cambiamento di situazione ormonica, fisica, psicologica. Lei era una contadina povera: faceva la casalinga e lavorava nei campi; era in un periodo di debolezza fisica e con problemi psicologici normali in una donna, e probabilmente non riusciva a lavorare come prima. A quel punto avranno chiamato un medico. Magari era sufficiente un semplice periodo di riposo, ma il medico ricorse allo psichiatra. L'hanno presa e mandata al manicomio. Un primo ricovero a Bologna, dove è stata sottoposta a elettroshock e insulino-terapia, e il secondo a Imola, dove si trova ormai da trentatré anni» (Antonucci, [1989] 2020, p. 45-48).

Come la storia di Teresa, purtroppo ce ne sono molte altre. Ciò che accomuna i degenti dell'istituzione manicomiale è la perdita di diritti civili, la libertà di poter scegliere, la repressione totale: annientando la diversità, ogni forma di «protesta» veniva vista come un sintomo della malattia, e per questo motivo l'internato subiva i trattamenti. Le terapie si alternavano tra clinoterapia, ovvero il riposo coercitivo a letto; idroterapia a fini sedativi, bagni tra i 35-37 gradi di ventiquattr'ore continuative con borsa del ghiaccio sulla testa; somministrazione di sostanze sedative tra cui la morfina; sonde per alimentazione forzata; l'ergoterapia, per riportare l'internato alla logica del lavoro, della produttività e della retribuzione, chiaramente minima (Babini, 2009), lobotomia ed elettroshock. Il manicomio, dunque, come ci riporta Castelfranchi, ricercatore dell'Istituto di psicologia del CNR è «il simbolo drammatico, la concretizzazione del rigetto, della paura, e quindi delle forme di esclusione che la società mette sistematicamente in atto intorno alla malattia mentale e alla follia. Ma è anche l'espressione storica di un meccanismo sociale che è sempre rimasto presente in noi» (Castelfranchi, 1999, p. 86-88). I manicomi, come noto e come approfondito nel secondo capitolo, verranno chiusi grazie alla Legge Basaglia. Ci si chiede che cosa rimane oggi di questa eredità storica e se la reale partita contro il manicomio fatta da meccanismi di esclusione del malato mentale sia stata veramente vinta.

1.2 Processi di pregiudizio e stigma in ambito della salute mentale

Scrive Antonucci:

«La realtà manicomiale, che si può toccare con mano perché è fatta di pareti e di costrizione fisica, è ben poca cosa di fronte alla diffusione del concetto stesso di manicomialità, che si fonda esclusivamente sul pregiudizio psichiatrico. A poco serve attaccare l'istituto del manicomio se non si sferra un attacco radicale al giudizio psichiatrico che ne è alla base, mostrandone l'insussistenza scientifica. Finché non sarà abolito il giudizio psichiatrico, la realtà della segregazione continuerà a svilupparsi dentro e fuori le mura dei manicomi» (Antonucci, [1989], 2020, p. 123).

Egli prosegue con un'analisi di origine e significato di alcune parole comunemente usate nel linguaggio quotidiano: matto, pazzo, folle. Le prime due hanno un'origine incerta e questo le rende ancora più utilizzabili nella loro indeterminazione; «matto» sta a significare «bizzarro e difficile da trattare», colui che ha perso l'uso della ragione; «pazzo» viene utilizzata per definire colui che si comporta in modo insensato. Il termine «folle», invece, deriva dal latino e aveva il significato originario di «mantice, sacco di cuoio, pallone», ovvero «testa vuota» e viene utilizzata per indicare tutte quei comportamenti che si discostano dalle abitudini usuali e dal concetto di norma (Antonucci, [1989], 2020). Avremo così il matto, il pazzo, il folle, che rientrano nella categoria dei cosiddetti anormali. La cultura occidentale si basa su una logica binaria, figlia di una logica di separazione, che non tollera le sfumature e tende a categorizzare le caratteristiche polarizzandole: il bene e il male, il bianco e il nero, il sano e il malato (Palmieri, 2021). Questo implica che l'anormale è sempre tale, a partire dai cosiddetti «normali», categoria convenzionale determinata culturalmente, socialmente, economicamente e storicamente. La normalità si basa su un costrutto antropologico, su comportamenti, pensieri, scelte che la società attuale ha selezionato come «idonei». Ne consegue che tutte le persone che si discostano dalla norma, diventando così gli anormali, i diversi, spesso vengano separati e marginalizzati, a partire da pregiudizi, barriere psicologiche difficili da abbattere. Lo psicologo e sociologo Serge Moscovici, basandosi su un paradigma antipositivista che non considera la realtà come univoca e oggettiva, ma come percepita in base ai nostri filtri interpretativi, introduce il concetto di «rappresentazioni sociali». Esse sono frutto di credenze socialmente condivise in base a discorsi ed esperienze pregresse che dominano i nostri pensieri riguardanti persone e oggetti contemplati, in modo automatico (Palmieri, 2021). Le rappresentazioni sociali «consentono di attribuire nome e di dare una collocazione al non familiare nel

mondo conosciuto, oltre che di creare immagini, idee e concetti che assumono uno statuto di indiscussa oggettività» (Palmieri, 2021, p. 37 in Moscovici 1989, p. 47).

Quando ci troviamo dinnanzi a una situazione nuova, la mente umana cerca di ridurre le complessità dell'ambiente categorizzando le informazioni in base a schemi cognitivi già esistenti: «(le informazioni) compatibili saranno inserite nello schema, che ne risulterà così rafforzato. Quelle incompatibili, a meno che non diventino troppo numerose o salienti, saranno invece ignorate» (Voci, Pagotto, 2010, p. 8). Gli schemi cognitivi, rispondendo a un principio di «economia cognitiva» tenderanno quindi ad autoconfermarsi ed autoalimentarsi. Il problema non si rivela tanto nella presenza di pre-categorie concettuali, ma nella scarsa consapevolezza di esse e nella rigidità dogmatica che acquisiscono. In questo modo, quella che è una costruzione sociale influenzata dalle percezioni e valutazioni soggettive, diviene una realtà «oggettiva» e in quanto tale, difficilmente viene messa in discussione.

Il pregiudizio è un giudizio «prima del tempo», prematuro, prima di una conoscenza diretta della persona, dell'ambiente, della situazione.

«Il costruito psicosociale etichettato come pregiudizio, [...] si riferisce ad un giudizio prevalentemente negativo. Tale sentimento di antipatia è fondato su una generalizzazione falsa e inflessibile. Infatti, il pregiudizio comporta un processo di generalizzazione in cui una valutazione negativa viene applicata in modo indifferenziato a intere categorie sociali e a tutti gli individui che ne fanno parte. Tale processo è falso e inflessibile. Falso perché è molto improbabile che tutti i membri di un gruppo condividano le stesse caratteristiche [...]. La generalizzazione è anche inflessibile, perché ignora volutamente le reali caratteristiche dei singoli, anche quando esse sono chiaramente visibili. Questa inflessibilità è uno dei motivi fondamentali per cui il pregiudizio è così difficile da combattere: non essendo sensibile a informazioni disconfermanti, è altamente resistente al cambiamento» (Voci, Pagotto, 2010, p. 3-4).

In salute mentale è emergente il problema legato alla concretizzazione del pregiudizio che porta alla stigmatizzazione di coloro che soffrono di una patologia psichica. Barbara Bianchi e Antonio Lasalvia, in un articolo pubblicato sulla rivista «Gli Argonauti», definiscono lo stigma come «l'insieme di atteggiamenti, credenze, pensieri e comportamenti negativi che influenzano l'individuo o in più generale l'opinione pubblica e che inducono paura, rifiuto, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori verso le persone con problemi di salute mentale (Pinto-Foltz & Logsdon, 2009)» (Bianchi, Lasalvia, 2018, p. 65).

Gli stessi autori riportano il resoconto di un intervento di gruppo («Famosi Estrosi») su pazienti psichiatrici che sono stati invitati a condividere quali pregiudizi, nel corso della loro vita, sono stati utilizzati nei loro confronti:

Paola, *essere ritenuta incapace di lavorare*;

Massimo, *suscitare paura o diffidenza negli altri* (“quando accadono omicidi, c’è sempre l’espressione – disturbi psichiatrici -; ma quelli che non sono mai stati in psichiatria e uccidono lo stesso? A volte usavano la psichiatria come scorciatoia”);

Ivano, *suscitare compassione, pena, essere considerato un fallito, essere tenuto a distanza, isolato* (“a volte le voci mi dicono – Hai avuto quello che meriti -; anche la gente lo dice, a volte”);

Patrizia, *essere tenuta a distanza e rifiutata* (“mi ha fatto dispiacere quando sono stata ricoverata in comunità e poi non sono più uscita insieme a un’altra mamma perché lei non ha più voluto”);

Renzo, *sentirsi giudicato* (“il pregiudizio è come un voto, si può dare un voto dall’uno al dieci”);

Andrea, *suscitare diffidenza, che poi diviene reciproca*;

Lorella, *sentirsi schernita, essere ritenuta bizzarra, suscitare antipatia*;

Nazzareno, *essere considerato incapace di stabilire relazioni amorose* (“alla fine si rischia di diventare davvero incapaci”)

Questo «marchio invisibile» porta ricadute sulle relazioni, sull’inclusione nella comunità di appartenenza e soprattutto su come una persona vede se stessa, incidendo in modo forte su identità e autostima. Lo stigma pubblico diviene così **stigma interiorizzato** «attraverso il processo mediante il quale una persona con problemi di salute mentale finisce per accettare o ritenere comunque vera la valutazione negativa della società [...] e la incorpora nel proprio sistema di valori personali e nel senso di sé» (Bianchi, Lasalvia, 2018, p. 65).

Le conseguenze dello stigma interiorizzato sono il senso di colpa e vergogna, che portano all’isolamento sociale e alla mancata richiesta precoce di aiuto, importante per una prognosi favorevole e per evitare peggioramenti della situazione. Colui che soffre, spesso si ritrova a gestire in autonomia il proprio disagio, adottando strategie disfunzionali come l’abuso di alcol o droghe, autolesionismo, ecc. La richiesta di aiuto è influenzata dalla paura del giudizio degli altri, definita «stigma anticipatorio», che «comprende una serie di stati d’animo ed atteggiamenti nel paziente caratterizzati da difficoltà ad ammettere a se stessi di avere un problema psicologico, vergogna legata a tale consapevolezza, paura di essere tenuti a distanza dagli altri, scarsa fiducia nell’efficacia delle terapie psichiatriche» (Lasalvia, Tansella, 2008, p.5). I processi di stigmatizzazione e auto stigmatizzazione portano dunque all’esclusione sociale della persona, aumentando sentimenti di solitudine e sfiducia, riducendo le possibilità di interazione sociale all’interno della comunità. I pregiudizi più comuni

sono legati all'imprevedibilità e alla pericolosità verso se stessi e verso gli altri. C'è da ricordare inoltre, che anche la figura dello psichiatra è investita da forti pregiudizi, tra cui l'idea che si occupi solo dei malati gravi e cronici, creando un forte rifiuto che porta il diretto interessato a pensare «ma io non sono pazzo!». È possibile affermare che le barriere fisiche dei manicomi siano state abbattute, ma non quelle psicologiche, che grazie a pratiche discorsive e alla disinformazione collettiva, vengono portate avanti, reiterando comportamenti escludenti. Come operatori sociali, a distanza di più di quarant'anni dalla chiusura dei manicomi, non possiamo non osservare quanto nonostante i muri fisici delle istituzioni siano stati distrutti, restino ancora da abbattere le sbarre mentali della società. La salute mentale è infatti una «faccenda di dominio pubblico», qualcosa su cui tutti i cittadini dovrebbero interrogarsi, a partire dalla relazione personale con la diversità: «l'intolleranza nasce dal fatto che alla generalità delle opinioni si attribuisce il carattere di norma obbligatoria per tutti [...]. È preferibile parlare di generalità e non di normalità degli atteggiamenti» (Antonucci, [1989] 2020, p. 125).

CAPITOLO 2

ABBATTERE LE MURA: OLTRE IL MANICOMIO

Dal 900 in avanti ci sono stati cambiamenti che hanno caratterizzato il modo di intendere la malattia mentale. L'Italia, in questo processo, è stata fondamentale per il rinnovamento del concetto di follia, arrivando col passare degli anni alla concezione di malattia e salute mentale a cui siamo abituati oggi. I protagonisti che hanno abitato questo cambiamento sono diversi, a partire dalle nuove correnti di pensiero che hanno profondamente influenzato il clima culturale dell'epoca, rifiutando un modello positivista.

Basaglia, medico psichiatra del nord Italia, è colui che ha dato il nome alla legge del 1978 ed ha lavorato sul pensare una maniera diversa per la cura della malattia mentale.

Occorre ricordare che accanto a tutte le trasformazioni, non vi è mai solo un gruppo di ricerca: poiché ci sia davvero un cambiamento è necessario un lavoro e una condivisione che si muove in maniera trasversale, non solo sul “problema” ma anche sul contesto territoriale.

Bloccate le nuove ammissioni in manicomio, è stato necessario implementare i servizi, che non portassero a ricoveri senza fine, usuali all'interno del manicomio. Questo ha indirizzato verso l'idea che non c'è solo la follia in senso estremo, ma chiunque, nella vulnerabilità dell'esistenza umana, può attraversare delle fasi che mettano a rischio la salute mentale.

2.1 Movimenti antipsichiatrici e Legge 180/78

Come visto nel precedente capitolo, ogni modalità di cura e quindi ogni comportamento messo in atto dagli operatori per la gestione della follia, è profondamente influenzato dal modo, storicamente e culturalmente determinato, di pensare e interpretare la stessa. Verranno brevemente presentati alcuni contributi di studiosi, per comprendere il clima culturale in cui saranno gettate le basi di quello che passerà alla storia come il movimento antipsichiatrico. A partire da Freud, si svilupperanno degli approcci innovativi rispetto alla psichiatria positivista che tentava di cogliere variabili misurabili e oggettive attraverso alterazioni del sistema nervoso grazie all'autopsia (Gambacorti Passerini, 2019). Freud sosteneva che la «la malattia deriva da un trauma [...] che disturba l'esistenza e 'causa' la sua alienazione» (Galimberti 1987, p. 184 in Gambacorti Passerini, 2019, p. 38). I sintomi, dunque, non sono univoci e oggettivi, ma vanno considerati e interpretati, a partire dalla conoscenza della storia di vita unica della persona. Inizia a divenire centrale il legame tra il paziente e lo psichiatra (Gambacorti Passerini, 2019).

A Jaspers «si deve un'esplicitazione chiara della distinzione tra spiegazione – ovvero la conoscenza di un fenomeno 'dal di fuori' [...] – e comprensione – ovvero la conoscenza di un fenomeno 'dal di dentro'» (Gambacorti Passerini, 2019, p. 40). La sua visione mette in luce come ogni fenomeno possa essere spiegato oggettivamente, espropriandolo di ogni attribuzione di significato o come un'esperienza esistenziale, prendendo in considerazione tutto quello che la natura umana comporta (peculiarità, stati d'animo, senso, esperienze). Sullo stesso filone di ragionamento, si trova anche Binswanger, influenzato profondamente da Heidegger. Binswanger introduce la filosofia fenomenologica in ambito psichiatrico, sostenendo che la malattia mentale fosse «l'esito di un processo di formazione esistenziale» (*Ivi* p. 43). Questo implica «un processo di costruzione di una visione del mondo che non avviene in assenza di logica» (*Ibid* p. 43). Ogni persona dà un'attribuzione di significato alle esperienze della propria vita secondo cui viene costruito un sistema interno di pensiero. La malattia mentale, radicandosi negli eventi di vita può quindi riguardare tutti quanti. Questa concezione porta a intendere la malattia e la salute mentale (in modo analogo a quella fisica) come un *continuum* su cui ci si muove per tutto l'arco della vita; nessuno è escluso in quanto, ogni persona, dal momento in cui nasce, andrà incontro a cambiamenti, perdite, lutti, solitudini etc. La relazione terapeutica rimane quindi lo strumento prediletto per riuscire a cogliere la visione del mondo del paziente. A partire da queste correnti, si inizia a pensare a colui che soffre di disagio psichico come una persona da rispettare, restituendo la dignità che nei secoli era stata persa.

Il movimento antipsichiatrico è basato sull'idea che la psichiatria fosse «un apparato repressivo, al servizio del potere capitalistico» (*Ivi* p. 45); pertanto mette in luce tutte le contraddizioni sociali, politiche, economiche che hanno portato a rappresentare la malattia mentale come qualcosa da allontanare per il benessere della società. Il clima politico di quegli anni era favorevole a una presa di coscienza del problema, il quale stava diventando un problema collettivo, riguardante la società; «chiunque poteva constatare che la totalità dei ricoveri aveva un'origine economica e sociale. In manicomio non c'erano i ricchi ma i ceti meno privilegiati, cioè gli operai, i contadini e il sottoproletariato, persone nelle quali era facile specchiarsi per chi veniva dalle montagne e dalle fabbriche» (Antonucci, [1989], 2020, p. 26). Lo smantellamento dei manicomi si è basato sulla «lotta contro l'istituzionalizzazione sia interna che esterna» (Basaglia, 2017, p. 274), verso una duplice azione che prevedeva un ripensamento dell'ambiente interno a partire dai malati, infermieri, medici; e degli interventi sul territorio volti al coinvolgimento dei cittadini. L'intenzione, nel coinvolgimento della popolazione, era di richiamare l'attenzione del

pubblico restituendo un volto umano, debellando la segregazione e dare la possibilità di ‘mischiarci’ con i ‘normali’. Inoltre, sono stati inviati i primi malati dell’Ospedale Psichiatrico, che necessitavano di cure, in Ospedale Civile. Questo ha fatto sì che il paziente vivesse il proprio ricovero proprio come tutti gli altri, senza essere circondato da attrezzature specifiche, adatte ad un malato psichiatrico (Basaglia, 2017). L’assetto interno degli operatori iniziò a modificarsi, «del resto se tutta l’organizzazione interna, incominciando dal vertice del complesso ospedaliero, risulta istituzionalizzata, essa non può che produrre che istituzionalizzazione» (Ivi, p. 279). Quali sono stati dunque i passi concreti che hanno permesso l’apertura dei cancelli del manicomio? Basaglia nel suo testo “*Scritti 1953-1980*” ci descrive l’arduo lavoro compiuto in quegli anni, attraverso alcune tappe:

1. Introduzione dei farmaci, novità che ha reso possibile l’eliminazione delle contenzioni fisiche;
2. Tentativo di rieducazione teorica e umana del personale;
3. Riannodamento dei legami con l’esterno, che ha portato a un progressivo interesse dei familiari verso i degenti. Venivano così preparate le dimissioni;
4. Abbattimento delle barriere fisiche attuato materialmente dagli stessi malati con conseguente apertura delle porte.

Lo schema operativo degli psichiatri come Basaglia e Antonucci permette di porre l’attenzione al tema dell’inclusione sociale: le azioni non sono dedicate solo ed esclusivamente al paziente come portatore di disagio psichico, ma si estendono a tutta la popolazione di riferimento. Sostiene Antonucci «Il nostro metodo era la discussione dettagliata e approfondita delle questioni, non solo con la persona interessata (dal pericolo dell’internamento), ma con tutti quelli che erano o potevano essere implicati nella situazione: i familiari, i datori di lavoro, i sindaci, i sindacati, i medici generici e quanti avevano rapporti importanti con la persona di cui ci occupavamo» (Antonucci, [1989] 2020, p. 21). Si gettano le basi per quello che oggi viene chiamato ‘lavoro di rete’. Azione di cura fondamentale, che ad oggi appare scontata, è la restituzione della possibilità di espressione e comunicazione del paziente, nonché del suo diritto di parola. In questo modo è possibile la messa tra parentesi della malattia che «voleva dire che non si tentava di interpretare i significati ma si tentava di vivere la comunicazione e si creavano le condizioni perché questo potesse avvenire» (Basaglia F. et al., 2008, p. 18). Ristabilendo questa reciprocità si dà importanza a quello che è «il sapere degli internati» (Ivi, p. 59) che non ha solo importanza in quanto ‘conoscenza teorica’, ma diviene una base per la trasformazione, a partire da piccole cose come l’appropriazione degli spazi (Basaglia, 2008). Non solo.

«Si dà anche diritto di cittadinanza al dissenso e alla protesta. Aprire un manicomio e far parlare la persona che soffre è anche accettare il suo messaggio di protesta. [...] Quando uno dice: “Spacco un vetro!” e tu rispondi: “Benissimo, spacchiamolo insieme”, viene a cadere l’aggressività contro di te perché le tue parole iniziano un dialogo non più tecnico ma veramente politico. In quel momento infatti, la sua protesta, insieme alla tua, da situazione personale diventa collettiva e si allarga. Il problema della sofferenza psichica comincia non durante l’internamento, ma proprio a questo punto quando si affronta insieme il problema della dissidenza. È in questo momento che puoi incominciare a decodificare il problema della malattia mentale, lo metti nei suoi giusti termini e puoi affrontare la sofferenza di chi ti sta dinanzi in un rapporto, non più di potere, ma di sapere reciproco che trasforma. Dando cittadinanza alla sua protesta, permetti il confronto di due saperi» (Basaglia F. et al, 2008, p. 66-67).

È proprio sull’aggressività individuale che gli psichiatri hanno cercato un aggancio col paziente per l’istaurarsi di un’autentica relazione, al fine di spezzare le catene e la logica di assoggettamento del manicomio. Potendo manifestare l’aggressività, l’internato inizia a scoprire i propri diritti e non si presenta più come un essere docile, intimidito dall’autorità e dall’accettazione della propria inferiorità, in un luogo di ‘colonizzazione’ istituzionale. Basaglia, 2017). Una delle azioni introdotte per il reinserimento nella società è stata la restituzione al degente del potere contrattuale. Infatti, «un paziente che va in un bar e chiede un aperitivo e paga per averlo esercita un potere contrattuale che gli dà la possibilità di entrare in rapporto con l’altro, si sappia o meno che era internato da vent’anni in manicomio» (Basaglia F. et al, 2008, p. 21). Il lavoro, l’ergoterapia, si differenzia rispetto al manicomio, in cui aveva solo il significato di riempire le giornate. Si cerca di mettere il paziente nelle condizioni di confermare il proprio valore personale affermando la capacità di valore di scambio economico, grazie alla rivendicazione della retribuzione (Basaglia, 2017). L’esperienza del manicomio di Gorizia, a cui era a capo Basaglia, è stata incisiva anche sul piano legislativo, istituzionale e organizzativo (Gambacorti Passerini, 2019). Nell’anno 1978 è stata emanata la Legge 180, nota come «Legge Basaglia» che ha imposto l’abolizione dei manicomi e l’istituzione di presidi psichiatrici sul territorio. Nello stesso anno è stata approvata la Legge 833, che ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale che comprendeva anche dei reparti dedicati alla salute mentale. La legge regola in modo chiaro il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio).

«Per eseguire un TSO servono due medici, di cui almeno uno appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, tenuti a motivare la richiesta del ricovero che deve essere valutata dal sindaco, in quanto massima autorità sanitaria, il quale emette un’ordinanza. La polizia locale, proprio a tutela di un corretto svolgimento delle procedure, accompagna il paziente fino all’ingresso dell’ospedale. A maggior tutela dei diritti della persona e come atto finale, il giudice tutelare deve convalidare il provvedimento del sindaco. La durata del trattamento è variabile ma non infinita» (Amici T. et al, 2019, p. 107).

I servizi territoriali a tutela della salute mentale, costituiti grazie alla Legge Basaglia sono i seguenti:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): reparto ospedaliero in cui vengono gestite le acuzie;
- Centro di Salute Mentale (CSM), collocato sul territorio, aperto almeno 12 ore al giorno per sei giorni settimanali;
- Strutture residenziali diffuse sul territorio, come le comunità;
- Strutture semi-residenziali come Centri Diurni o Day Hospital;
- Centro Psico-Sociale (CPS), servizi ambulatoriali sul territorio.

Gli operatori a servizio della tutela della salute mentale sono diversi: lo psichiatra non è più colui che detiene il potere, come succedeva nell'istituzione manicomiale, ma è una figura professionale che opera accanto a psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, pedagogisti, educatori professionali. Tutte queste figure svolgono quello che viene chiamato 'lavoro d'equipe' con lo scopo di prendere in carico l'utente in modo globale. Il gruppo di lavoro dovrebbe divenire una «professionalità collettiva» (Gambacorti Passerini, 2019, p. 65) in grado di cooperare per rispondere ai bisogni della persona, mettendo in campo i diversi saperi. Affinché questo avvenga, è necessario un reciproco riconoscimento delle diverse professionalità, non sempre presente. Nell'ambito della salute mentale, vi è il rischio di considerare il sapere medico, se non come l'unico possibile, come il più rilevante, a discapito di una professionalità che prende in considerazione la storia di formazione della persona.

2.2 Dove siamo arrivati oggi: l'approccio recovery e il ruolo dell'educatore professionale tra prevenzione e riabilitazione

Il lavoro di Basaglia, che ha permesso la restituzione di diritti e dignità a coloro che soffrono di disagio psichico, risulta essere un processo complesso tutt'oggi in azione. A partire dagli anni '60, nel mondo anglosassone si è diffuso un movimento di insoddisfazione da parte dei destinatari dei servizi riguardo i trattamenti. I problemi evidenziati riguardavano l'accessibilità ai servizi, la bassa personalizzazione delle cure, la debolezza di azioni concrete come il supporto sociale e lavorativo (Brambilla, Palmieri, 2010). Tutto questo ha portato a una maggiore attenzione verso la soggettività e allo sviluppo di un nuovo approccio definito *recovery*. È possibile tradurre questa parola in 'guarigione', che non riguarda esclusivamente la sintomatologia della malattia, ma prende in considerazione la globalità della persona, ponendo l'attenzione sulla qualità della vita, della famiglia, del territorio. Maone e D'Avanzo definiscono il processo di

recovery come «un processo autenticamente personale, [...] caratterizzato da un impegno attivo del paziente nel tentativo di recuperare potenzialità e aspettative di realizzazione di sé che la malattia, la disabilità o lo stigma sociale avevano compromesso in modo apparentemente irreversibile» (Gambacorti Passerini, 2019, p. 57). Possiamo parlare di guarigione soggettiva e guarigione sociale, dove per dimensione soggettiva si fa riferimento all'autonomia, alla padronanza del proprio ambiente di riferimento, all'instaurarsi di relazioni positive, all'aver uno scopo di vita; il tutto a partire dalla consapevolezza e accettazione di ciò che si è. La guarigione è anche sociale in quanto ogni processo avviene sempre in un contesto e in presenza di altre persone; «*Recovery* significa avere e sentire di avere un ruolo sociale, un ruolo che sia scelto dalla persona e che abbia un buon rimando dal contesto: avere successo e soddisfazione in quel ruolo, percepire una *self-efficacy*» (Brambilla, Palmieri, 2010, p. 57). Il costrutto di *recovery* è strettamente legato a dimensioni «implicitamente educative» (ivi, p. 106) in quanto la pedagogia prende in considerazione la storia di formazione del soggetto, considerando anche la malattia mentale. Il disagio è una condizione dell'esistenza umana ineliminabile, cambia la modalità attraverso cui si interpreta e si decide di affrontarlo, «Si impara da una cultura radicata in pratiche e abitudini particolari e filtrata da affetti profondi. È così che si diventa malati, ma anche sani. Ma se tutto ciò si è imparato, con fatica si può imparare altro» (Gambacorti Passerini, 2019, p. 82). Proprio in questo punto si inserisce il lavoro educativo, cercando di predisporre delle esperienze trasformative, che possano portare l'utente verso un nuovo modo di vedere se stesso e verso una consapevolezza che porti col tempo a un cambiamento.

Troveremo così un lavoro volto al “fare con” l'utente, a partire dalle faccende quotidiane come rifare il letto o cucinare. Ciò che educa è la modalità proposta dall'operatore per far fronte alle piccole difficoltà percepite come sovrastanti da chi le vive (Gambacorti Passerini, Palmieri, 2019). Andare con gli ospiti di una comunità a fare la spesa, ad esempio, nonostante sembri un'azione banale, fa sì che si scelga insieme il menù e in base a ciò, si proceda con l'acquisto degli alimenti. Questo porta a una presa di responsabilità, seppur inizialmente parziale e supportata, verso il recupero delle proprie potenzialità e a una maggiore autonomia, accogliendo la sfida quotidiana e le implicazioni che ne conseguono (scegliere cosa si vuole mangiare e organizzarlo in un menù settimanale, alzarsi dal letto, recarsi al supermercato, effettuare il pagamento, tornare a casa, sistemare la spesa).

Importante è non sostituirsi all'utente: questo porterebbe a una svalutazione dell'altro e a delle forme di assistenzialismo che di educativo hanno ben poco. A caratterizzare l'operato degli educatori è la costante attività critico-riflessiva che accompagna le azioni quotidiane: ogni esperienza, infatti, viene vissuta in un determinato spazio-tempo che non può essere lasciato al caso,

ma deve essere pensato intenzionalmente a seconda delle peculiarità del soggetto destinatario, avendo cura di «apparecchiare l'esperienza» (Brambilla & Palmieri 2010 in Gambacorti-Passerini, Cristina Palmieri, 2019, p. 148) e proponendo degli obiettivi sfidanti ma raggiungibili allo stesso tempo. Spesso si assiste a una prevalenza del sapere medico, complice anche il progresso scientifico, con conseguente riduzione della persona alla sua malattia e cure basate esclusivamente sui farmaci. Come ci insegna l'approccio *recovery* «Guarire è aiutare la persona a convivere con gli aspetti più limitanti della propria malattia, senza rinunciare a progettare una vita al di là di essi» (Operatori del Consorzio Cascina Clarabella, 2018, p. 92). Le trasformazioni sociali hanno portato a una complessità dei bisogni, a cui è difficile rispondere in modo standardizzato, «fino a vent'anni fa le persone che transitavano qui dentro avevano problemi di salute mentale molto gravi, e i problemi che portavano erano più basilari, più semplici: erano una casa, un lavoro, un reddito... oggi abbiamo a che fare con gli stessi problemi ma a questi se ne sono aggiunti migliaia di altri più complessi» (Thomé, 2018, 87). Curare il sintomo non significa curare la persona. Lo psichiatra Materzanini, direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Brescia, scrive: «l'approccio biologico ritiene che bastino gocce e pastiglie per alleviare la sofferenza psichica, ma è una tesi contraddetta dalle evidenze scientifiche [...] che evidenziano come tre siano i fattori in grado di modificare il decorso della malattia e produrre salute mentale: la casa, il lavoro, la rete sociale» (Materzanini, 2016, p. 44). Questi tre fattori sono alla base della gerarchia dei bisogni di ogni persona, determinanti che assumono un ruolo di protezione. Seguendo l'approccio *recovery*, progettare degli interventi educativi avendo la cura e il coraggio di trattenere con sé una tensione desiderante che si muova tra vincoli e possibilità, significa portare una persona a vivere una vita degna di essere vissuta (nonostante i sintomi) e far sì che la disabilità non diventi un handicap. L'handicap infatti è una condizione di svantaggio generata dalla società, che può essere modificata, lavorando consapevolmente verso la scelta di un'ottica inclusiva della comunità di appartenenza. In questa direzione si muovono gli appartamenti di semi-autonomia di residenzialità leggera, che offrono l'opportunità di sperimentarsi in «un momento di passaggio nel proprio percorso di vita e di crescita in cui potersi confrontare, in particolare modo con la dimensione dell'abitare e dell'autonomia personale» (Brambilla et al, 2010, p. 134), mantenendo l'affiancamento e il sostegno dell'educatore che supervisiona il buon andamento del progetto. Accanto al lavoro di rete, necessario per la realizzazione dei piani educativi individualizzati, vi è il lavoro d'equipe tra operatori, spesso coordinato da un pedagogo. L'equipe è uno strumento fondamentale per l'educatore: permette la condivisione di pensieri, difficoltà e il mantenimento di uno sguardo osservativo, critico sia riguardo l'utenza, sia riguardo se stesso. Infatti, lavorare in salute mentale comporta il confronto perenne con i fattori

e determinanti sociali che provocano sofferenza, ai quali anche gli operatori possono essere esposti. Importante è il riconoscimento di ‘sintomi’ di burnout legati alla professione. È necessaria una forte consapevolezza dell’operatore, che è chiamato a una presenza autentica ed empatica nel suo agire quotidiano; «la soggettività dell’operatore è il primo strumento di lavoro. Bisogna avere cura e cogliere gli eventuali segnali di stanchezza. Ad esempio, quando la quotidianità ci appare come un tempo ripetitivo, questo è un campanello d’allarme che segnala una stanchezza del nostro sguardo» (Operatori del Consorzio Cascina Clarabella, 2018, p. 93). A sostegno degli operatori, si svolge a cadenza mensile la supervisione psicologica, momento dedicato al confronto e all’espressione di riflessioni e difficoltà sia nel lavoro con gli utenti, sia nella collaborazione tra colleghi.

Il lavoro educativo non è rivolto solo ed esclusivamente a chi soffre di disturbi mentali, in quanto la pedagogia si pone di fronte al disagio come un’esperienza che tutti possono sperimentare nella vita. Affinché una persona che soffre di disagio psichico possa sentirsi “in grado” di compiere determinate azioni, occorre una forte sensibilizzazione rivolta ai cittadini, ad esempio sul proprietario del bar presso cui l’utente si reca e «far vedere, giorno dopo giorno, nei contatti con i contesti che i cosiddetti utenti frequentano, che è possibil fidarsi di loro, riconoscere loro responsabilità o rifiutare richieste sulla base di situazioni concrete, e non solo di paure o pregiudizi comunque presenti» (Brambilla & Palmieri 2010; Malti & Noam 2009 in Gambacorti Passerini, 2019, p. 102). Per far sì che il lavoro educativo vada a buon fine, occorre una forte connessione con la comunità di appartenenza e con soggetti esterni ai servizi. Si tratta di generare delle condizioni affinché venditori, datori di lavoro, insegnanti, famiglie, possano relazionarsi con gli utenti a partire dalla consapevolezza del rapporto che intrattengono con le diversità (Gambacorti Passerini, 2019). La pedagogia può fornire contributi in ottica di prevenzione e promozione della salute mentale. Questo è importante, ancor di più, nella società contemporanea in cui ci troviamo, caratterizzata da forti incertezze, precarietà lavorativa, vulnerabilità dei rapporti, solitudine, una «vita liquida» come la definisce Bauman (Bauman, 2008). Vi è un aumento di persone che occupano la cosiddetta «zona grigia», una sostanziale fetta di popolazione in forte condizione di instabilità, difficile da individuare in quanto non si trova in una fase di disagio tale da attivare una serie di risorse, ma con un elevato grado di fattori di rischio che possono portare da un momento all’altro a un rapido declino. In questo scenario, intervenire sulla prevenzione risulta imperativo.

«È [...] possibile lavorare, sia in via teorica che in via educativa e didattica, su quanto può costituire un elemento positivo teso a prevenire il verificarsi [...] di processi autodistruttivi, intessuti di sensi di morte. L’aspetto preventivo dovrebbe riguardare la capacità di attraversare affetti ineliminabili e ambivalenti,

come la tristezza o il dolore, senza appiattirli in una dimensione soltanto negativa» (Galanti 2007, p. 12 in Gambacorti, Passerini, 2019, p. 83).

L'azione di promozione e prevenzione della salute mentale si muove verso la predisposizione e condivisione di alcuni momenti, volti a scalfire la paura e i pregiudizi che abitano il senso comune e che spingono verso una protezione difensiva nei confronti della diversità. La diffusione di una corretta informazione è un fattore di protezione, che permette il riconoscimento di sintomi e il coraggio di avanzare una richiesta d'aiuto precoce, senza dimenticare l'importanza di azioni anti-stigma. Di grande rilievo è la conoscenza dei servizi presenti sul territorio. Non è raro, infatti, incontrare persone consapevoli di un malessere che non sanno a chi indirizzare la domanda perché non sono a conoscenza, ad esempio, dei Centri Psico Sociali o Consultori, che attivano percorsi di supporto psicologico gratuitamente. La prevenzione e promozione della salute mentale va dunque "a braccetto" con l'informazione. Genitori, insegnanti, allenatori sportivi, dovrebbero essere capaci di cogliere alcuni segnali d'allarme come cambiamenti repentini del tono dell'umore, tendenza all'isolamento, perdita di interesse verso attività specifiche, modifiche del ritmo sonno-veglia o dell'appetito etc.

Si auspica che le azioni di sensibilizzazione restituiscano un'immagine di malattia mentale come un'esperienza di vita che può toccare tutti quanti, consentendo a chi la sta attraversando di viverla senza doversi preoccupare del giudizio stigmatizzante delle altre persone da un lato, e permettendo la partecipazione quotidiana alle attività comunitarie, volte all'inclusione sociale, a partire dalla valorizzazione della diversità.

CAPITOLO 3

PER UNA CITTADINANZA CONSAPEVOLE: PROSPETTIVE INCLUSIVE A PARTIRE DAL COINVOLGIMENTO DEL TERRITORIO

In questo capitolo verranno analizzate alcune tra le numerose proposte dell'Associazione "Il Chiaro del Bosco O.N.L.U.S.", sita nel territorio bresciano. L'Associazione è formata da persone di età e provenienza diversa che sono interessate a conoscere, approfondire, discutere e promuovere il tema della salute mentale in contesti differenti. La visione proposta dall'Associazione pone il focus sulla salute mentale come occasione di incontro e collaborazione creativa tra persone e risorse della comunità. Gli obiettivi che "Il Chiaro del Bosco" intende raggiungere attraverso le azioni sono i seguenti:

- Favorire una mentalità nuova nei confronti della salute mentale attraverso azioni di promozione rivolte agli utenti e al contesto;
- Diffondere una cultura di partecipazione degli utenti e dei familiari al percorso di cura;
- Garantire l'aggancio con diverse realtà territoriali per una presa in carico globale;
- Valorizzare le reti formali e informali per un sostegno dei percorsi di cura, avendo attenzione di sottolineare l'importanza del territorio come veicolo e facilitatore di inclusione sociale;
- Promuovere il concetto di *Recovery* nella pratica della cura della salute mentale.

L'Associazione opera a partire da un'analisi dei bisogni, definendo obiettivi da raggiungere, strategie operative concrete (costituzione del gruppo di coordinamento, proposte di interventi, laboratori...) e il confronto tra i risultati attesi e quelli ottenuti. Di fondamentale importanza sono i questionari proposti al termine delle attività, al fine di indagare come i destinatari dell'intervento hanno vissuto il progetto/l'esperienza, quali sono stati i punti di forza e di debolezza. Di seguito verranno analizzati alcuni progetti messi in atto dall'Associazione nei suoi anni di attività.

3.1 Il viaggio del cambiamento

L'Associazione "Il Chiaro del Bosco" propone corsi di formazione agli operatori per l'applicazione del metodo *recovery*, approccio innovativo di cui si è parlato nel capitolo precedente.

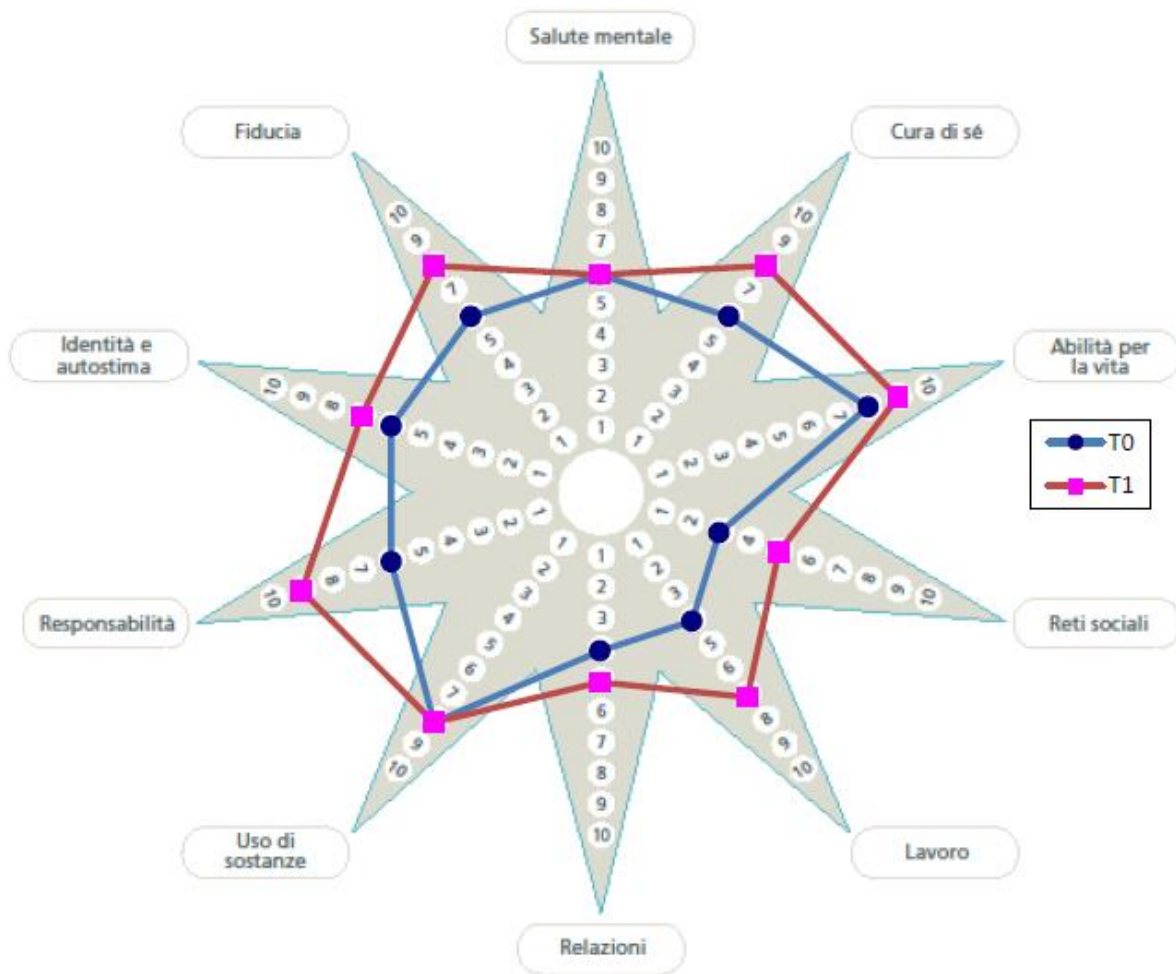
La Mental Health Recovery Star è uno strumento elaborato nel 2011 da *Triangle Consulting Social Enterprise Ltd* grazie alla ricerca-azione di operatori e utenti londinesi di servizi diffe-

renti. Nel 2013, grazie a un accordo tra la Triangle Consulting e “Il Chiaro del Bosco”, l’Associazione ha ottenuto la licenza di utilizzo per l’Italia. L’utilizzo della Mental Health Recovery Star può avvenire unicamente da parte di operatori formati dall’Associazione.

Partendo dal presupposto che *recovery* non significa l’assenza di sintomi o guarigione totale, ma fare in modo che la vita possa essere vissuta al meglio delle proprie possibilità, la Recovery Star è uno strumento che può aiutare le persone a percorrere la via del cambiamento.

La Recovery Star è una “mappa”, una fotografia del momento attuale, che prende in considerazione dieci aree della vita

1. **Gestione della propria salute mentale:** apprendere come prendersi cura di se stessi, come gestire i sintomi affinché si possa condurre una vita soddisfacente;
2. **Cura di sé:** apprendere come prendersi cura della propria salute fisica, come gestire lo stress quotidiano e come mantenersi in uno stato di benessere;
3. **Abilità per la vita quotidiana:** fa riferimento alle azioni per vivere in modo indipendente, come cucinare, lavarsi i vestiti, avere cura della propria casa, pagare l’affitto, gestire i propri soldi;
4. **Reti sociali:** comprende l’essere inserito nella comunità di appartenenza. Fare volontariato, avere rapporti con i vicini, frequentare un corso, un’associazione, andare a scuola, in parrocchia o frequentare amici sono esempi di inserimento nel tessuto sociale;
5. **Lavoro:** sapere che lavoro si desidera svolgere in base alle proprie inclinazioni, ottenere la qualifica adatta, trovare un lavoro e mantenerlo nel tempo;
6. **Relazioni personali:** fa riferimento alle relazioni significative come quelle familiari, amicizie strette, rapporti affettivi;
7. **Dipendenze:** comportamenti legati all’abuso di sostanze o forme di dipendenze come il gioco d’azzardo, shopping, cibo ecc. Prende in considerazione la consapevolezza e l’impegno al fine di ridurre i danni causati dalle dipendenze;
8. **Responsabilità:** in relazione al posto in cui si vive, ai rapporti interpersonali, nei confronti della legge;
9. **Identità e autostima:** riguarda la percezione di se stessi, i punti di forza e debolezza, il sentirsi capaci di portare a termine un compito;
10. **Fiducia e speranza:** percezione che si ha nei confronti di se stessi, delle altre persone e della vita. Avere la consapevolezza che si possono affrontare (anche con fatica) gli aspetti “negativi” dell’esistenza, avendo l’appoggio delle persone accanto.



(immagine tratta dal sito [Archivio – Mental Health Recovery Star™ – Il Chiaro del Bosco ONLUS](#))

Ognuno di questi dieci aspetti si muove su una «Scala del Cambiamento» che considera 5 step:

- **Il blocco:** non riuscire a parlare della situazione, iniziare a sviluppare la consapevolezza di aver bisogno d'aiuto.
- **L'accettazione dell'aiuto:** si desidera che le cose vadano in modo diverso anche se sembra impossibile, si accetta l'aiuto.
- **Il crederci:** si pensa che la vita potrebbe essere realmente diversa, si mettono in atto nuovi piani.
- **L'apprendimento:** si sperimentano cose nuove tra prove ed errori, ci sono nuove sfide che mettono alla prova ma grazie al supporto si riescono a superare ricadute.
- **Basarsi sulle proprie forze:** le nuove modalità sono consolidate e vengono attuate spontaneamente, è utile avere un contatto in caso di bisogno d'aiuto. A fine percorso

non ci sono problemi evidenti che impediscono il percorso di vita. Si è in grado di comportarsi in modo efficace.

In questo percorso verso il cambiamento, l'operatore può solo essere un accompagnatore, una guida, verso il viaggio della realizzazione della vita del cosiddetto utente, che diventa il principale conduttore del proprio percorso in quanto esperto massimo di se stesso. Questa visione porta a un totale ribaltamento nella cura della salute mentale, che vede gli operatori al fianco della persona, ma non come i "detentori di potere" *sulla* persona stessa, come accadeva nelle istituzioni manicomiali.

3.2 Prevenzione nelle scuole e azioni anti-stigma

L'Associazione ha proposto diversi progetti per promuovere un atteggiamento positivo verso la salute mentale, diffondere informazioni sui disturbi e sensibilizzare pensieri e comportamenti dei cittadini, muovendosi verso una riduzione dello stigma associato alle persone con disagio psichico.

In particolare, il progetto «**Attenti al proprio benessere: salute mentale positiva nella Comunità**» realizzato tra maggio 2016 e giugno 2017, è iniziato a partire dalla consapevolezza che il benessere psicosociale non è una caratteristica predeterminata, ma è un vero e proprio "capitale" da accrescere e su cui si può intervenire attraverso specifiche azioni educative in grado non solo di favorire la conoscenza dei disturbi, dei fattori di rischio e protezione, ma anche di individuare delle strategie funzionali per affrontare i periodi difficili della vita, cercando di limitare comportamenti dannosi, tipici dell'età adolescenziale.

Le strategie messe in atto sono partite dalla costituzione di un gruppo di coordinamento che ha avuto il compito di coinvolgere agenzie ed enti del territorio (scuole, oratori, associazioni, centri di aggregazione giovanile).

Prima dell'inizio del progetto, è stato proposto un questionario riguardo agli atteggiamenti e credenze dei ragazzi sul tema della malattia mentale, questionario che verrà riproposto al termine delle attività. Si svolge successivamente un incontro formativo con psichiatra, psicologa e utente del Servizio in cui ci si è concentrati su fattori di rischio, protezione, tema dello stigma e del pregiudizio, i principali disturbi mentali e i servizi presenti sul territorio.

Di seguito verranno brevemente descritti alcuni dei laboratori proposti alle classi.

a) Laboratorio di musica

Il laboratorio di musica è stato articolato a partire dalla conoscenza del gruppo classe, condividendo riflessioni e idee circa i gusti musicali dei ragazzi e il rapporto personale che gli utenti

facilitatori presenti hanno con la musica. Sono stati ascoltati diversi brani musicali proposti dai ragazzi, riflettendo sulle personali motivazioni che hanno portato alla scelta di determinate canzoni. È stato individuato un tema per realizzare una canzone fatta da tutti gli scritti realizzati da ciascuno studente. Il programma LOGIC ha permesso la creazione di una base ritmica su cui includere le voci.

IL VIAGGIO

eeeeoooo con le mani vado a tempo eeeeeoooo seguendo il ritmo del mio cuore eeeeeoooo e come un gioco tra gli amici eeeeeoooo si viaggia poi per sognare

sembra in po' tutto stretto qui intorno a me sembra che tutto sia poi contro di me guardo se c'è qualcuno che come me ha bisogno poi di evadere

guarda un po' stesse facce stesse pose sembra che anche loro poi come me han bisogno vedo come me di evadere han bisogno vedo come me di evadere

eeeeoooo con le mani vado a tempo eeeeeoooo seguendo il ritmo del mio cuore eeeeeoooo e come un gioco tra gli amici eeeeeoooo si viaggia poi per sognare

sembra ora meno stretto qui intorno a me sembra ora tutto a posto qui intorno a me vedo che qualcuno poi come me ha bisogno poi di evadere

amo queste facce amiche sembra che anche loro poi come me han bisogno vedo come me di evadere han bisogno vedo come me di evadere

LA CANZONE

Disponibile al link <https://www.youtube.com/watch?v=Vo7muU83bJU>

b) Mindfulness, meditazione, attività motoria

Il laboratorio ha permesso di sperimentare pratiche di consapevolezza seduta, distesa e in movimento, al fine di portare i ragazzi a una maggiore consapevolezza delle esperienze interiori, dei propri pensieri, sensazioni corporee ed emozioni, osservando in maniera non giudicante. Proprio come delle bolle di sapone che una volta create, in forme diverse, si allontanano, allo stesso modo possiamo guardare con attenzione la mente, diventano consapevoli delle modalità automatiche di pensiero.

c) Laboratorio di scrittura emotiva: scrivere per stare bene

Scrivere permette di guardarsi sia dal di dentro, sia esternamente, vedendo gli avvenimenti sotto una luce diversa, ma non solo! Permette anche di liberare sensazioni e rileggere le proprie dinamiche interiori nel futuro. Ogni incontro è stato predisposto da stimoli tratti da diversi ambiti artistici come la musica, l'arte o il cinema e l'invito a scrivere "di sé e per sé". Alla fine del laboratorio è stata creato un unico testo collettivo.

⇒ **L'essenza della scrittura...**

⇒ **Lo Stimolo:**
*“Secondo me, l'essenza della tecnica della scrittura è che costringe le persone a sospendere ciò che stanno facendo e a riflettere sulla loro vita. È una delle poche volte in cui alle persone è consentito di vedere dove sono stati e dove stanno andando senza dover compiacere a nessuno”
(James Pennebaker)*

⇒ **Il Risultato:**
*⇒ “Questi incontri sono stati utili e mi hanno fatto scoprire cose di me che non sapevo, anche se faccio ancora fatica a esprimermi veramente e nascondo ancora alcuni miei sentimenti dietro una maschera. Mi hanno comunque aiutato a prendermi più in considerazione.”
⇒ “È stato un laboratorio molto interessante perché tutti ci siamo aperti nei confronti degli altri e ho scoperto aspetti sconosciuti dei miei compagni...”*

(Tratto dall'opuscolo «*Incontrarsi, raccontarsi, emozioni, musica, parole*» disponibile al sito [Progetto – Attenti al proprio benessere: salute mentale positiva nella comunità – Il Chiaro del Bosco ONLUS](#))

Al termine dell'esperienza, grazie all'indagine di questionari, emerge la maggiore conoscenza dei ragazzi in merito alle malattie mentali, la consapevolezza dell'esistenza di figure professionali a cui rivolgersi oltre che la consapevolezza del fatto che la malattia non sia necessariamente determinante negli episodi di violenza, come spesso i media sottolineano. Molti ragazzi sostengono di essere stati felici di aver avuto l'occasione di discutere di salute mentale, poiché questo non avviene quasi mai.

Accanto ai progetti rivolti ai ragazzi, l'Associazione “Il Chiaro del Bosco” ha attivato un progetto rivolto a insegnanti (Liceo delle Scienze Umane Fabrizio De Andrè) con l'intento di diffondere la conoscenza dei principali disturbi mentali e sulle possibili strategie di fronteggiamento. Il progetto si chiama “**Costruire il proprio benessere**”, ed è stato attivato nell'anno scolastico 2018/2019 attraverso otto incontri condotti dalla dott.ssa Caldera Maria Teresa (psicologa e psicoterapeuta) e dalla dott.ssa Micheli Sara (neuropsichiatra infantile), affiancate da

una volontaria dell'Associazione. Negli incontri si sono trattati i sintomi e le strategie di fronteggiamento di ansia e attacchi di panico, dei disturbi dell'umore, dei disturbi alimentari, dell'autolesionismo e il tema degli psicofarmaci. I risultati del progetto sono stati molto positivi. Le insegnanti si sono mostrate interessate e predisposte alla supervisione di esperti che le aiutino a gestire i casi che scolasticamente si trovano ad affrontare, sentendosi rassicurate e arricchite dallo scambio reciproco con specialisti della salute mentale.

3.3 Condividere esperienze - Costruire sapienze!

«Oltre la malattia: condividere esperienze, costruire sapienze, generare speranza» (2015) è uno tra i tanti progetti dedicati alla scrittura che sono stati realizzati dall'Associazione "Il Chiaro del Bosco" negli anni passati. Il senso delle attività proposte è legato alla metafora della bottega artigianale, in cui si crea qualcosa di originale; si sceglie di evitare la connotazione da "corso di scrittura", vi è un operatore che fa da conduttore agli incontri, stimolando un lavoro comune basato su una logica di circolarità, condivisione e co-produzione. I laboratori danno l'opportunità di trovare un tempo dedicato in cui si è legittimati a esprimere le proprie tensioni, paure, angosce, ma anche desideri, sogni e gioie, riuscendo a "fermarsi" per cogliere le sfaccettature della vita. Hanno anche una funzione "catartica": mettere nero su bianco un pensiero doloroso, una giornata faticosa, "tirare" fuori dalla testa con un gesto corporeo come scrivere, permette un minimo distacco e un abbassamento dell'intensità emotiva dalle situazioni, vedendo gli accadimenti in termini più razionali. Gli obiettivi del progetto, oltre quelli appena elencati sono volti a implementare i processi di scambio e confronto tra le istituzioni che si occupano di salute mentale oltre che creare gruppi di familiari e cittadini con funzione di supporto a famiglie che vivono la sofferenza dell'impatto della malattia su un congiunto. In ultima istanza, poter condividere gli scritti dei partecipanti attraverso pubblicazioni, è una modalità per promuovere un atteggiamento positivo nei confronti della salute mentale.

Dalla valutazione dei risultati svolta a termine del progetto, emergono oltre alla soddisfazione generale, problematiche legate al coinvolgimento dei servizi sociali e dei comuni: si evidenziano difficoltà a creare sinergie tra le associazioni di promozione della salute mentale, che non sempre sono disposte a condividere progetti per scopi comuni. Come riportato nelle considerazioni finali del progetto, «è necessario continuare a stringere legami, a coinvolgere e condividere, a trasmettere la cultura della Cura attraverso azioni e proposte concrete» (Il Chiaro del Bosco ONLUS, 2015, Progetto «Oltre la malattia: condividere esperienze, costruire sapienze, generare speranza»).

L'Associazione, oltre a laboratori di scrittura emotiva, nei vari anni di attività ha proposto dei veri e propri concorsi letterari (con premi in palio dai 100 ai 300 euro) come «Narrare paesaggi di cura», «Il confine: tra muri, siepi e ponti», «Curare le parole per dare parola alla cura». Sono invitati ai concorsi persone o familiari che hanno vissuto esperienza di disagio psichico, scrivendo sottoforma di testimonianze/autobiografie, racconti, poesie. Oltre al benessere personale che la scrittura dà, le storie personali riescono a comprendere e ridare speranza a coloro che vivono attualmente una condizione di malessere. Anche in questo caso, lo scopo dell'Associazione è di provare a fare un lavoro di coinvolgimento degli enti che si occupano di salute mentale, oltre che dei familiari e delle associazioni di volontariato, confluendo in iniziative conclusive comuni. Tra le conclusioni dei concorsi di scrittura sopra citati, la Coordinatrice del progetto dott.ssa Mariella Mentasti propone una lettura dei progetti come convenienti, nel senso di *cum-venienza*, cioè raggiungere tutti quanti l'obiettivo comune di una cultura nuova, a partire dall'impegno comunitario di ogni cittadino ad abbattere lo stigma e il pregiudizio. Solo il lavoro comune può «restituire al tempo dei pazienti e delle famiglie la dignità di *kairos*, di tempo proprio e opportuno, affossando le modalità organizzative tradizionali, basate sul *cronos*, il tempo cronologico, più adatto alla tecnologia che alla libera espressione della vera umanità» (Mentasti, 2013, progetto «Narrare paesaggi di cura», Il Chiaro del Bosco Onlus).

E' possibile concludere affermando che "Il Chiaro del Bosco" propone innovazioni progettuali funzionali ad andare oltre a una visione stereotipata della malattia mentale. Sono preziosi gli interventi "fatti su misura" dell'Associazione, dedicati a differenti target (dagli studenti, alle insegnanti, agli operatori sociali, alle famiglie), con l'intento di coinvolgere più persone possibili, partendo dal presupposto che la salute mentale riguarda ogni persona.

Combattere lo stigma è dovere di ogni cittadino e deve essere pratica quotidiana di ogni operatore creare le condizioni affinché colui che soffre di disagio psichico possa vivere una vita degna di essere vissuta. Solo un lavoro di cooperazione che chiama in causa tutti quanti, seppur con ruoli differenti, potrà portare a una maggiore attenzione e consapevolezza del disagio psichico, accettando che esso possa far parte di alcune fasi dell'esistenza umana e di conseguenza fornendo il giusto supporto a coloro che ne soffrono e ai familiari, superando una volta per tutte la paura che porta a forti pregiudizi e stereotipi.

Sicuramente c'è ancora molto lavoro da fare in tal senso, ma Associazioni come quella presentata in questa tesi, danno luce e speranza ad un futuro migliore per l'intera società.

APRILE - AUTORE: ARAGOSTA BLU

Ancora qui? Ancora sparsa sul pavimento,
schiantata a terra in mille cocci
sotto la macina dell'angoscia.
Eppure è primavera: sbocciano gli iris
sulla mia camicia, e i prati brulicano
di gemme e smeraldi, rubini, topazi, e fili di perle.

Siamo pesci rossi in una boccia,
nuotiamo esausti nella melassa,
girando in tondo sui nostri problemi,
silenti schiavi di tetri fantasmi.

Talvolta, però, alziamo lo sguardo:
talvolta riusciamo, noi anime sfinite,
ad arrischiarci a oltrepassare il vetro;
ad andare a fare un giro in bici,
a respirare il verde chiaro
della stagione che arriva.

Mostrami come fai,
albero, maestro,
dimmi cosa sai
che ho dimenticato.
Anch'io voglio imparare
a stare, come te,
espandermi in silenzio
e avere il cuore in pace.

CONCLUSIONE

Alla luce di quanto esposto nel presente elaborato, si è visto come lo stigma sia un ostacolo molto grande da superare, traducendosi in azioni che portano all'esclusione o a una sola parziale integrazione della persona che soffre di disagio psichico, che rischia di trovarsi in un ambiente ostile e poco favorevole alla guarigione sia sintomatologica ma anche e soprattutto sociale, come si è visto nei precedenti capitoli.

A questo proposito risulta essere fondamentale la figura dell'educatore, che (insieme all'equipe multidisciplinare) accompagna gli utenti nello svolgimento delle faccende quotidiane e predispone intenzionalmente le migliori condizioni (a partire dagli spazi ai tempi) affinché la persona possa sperimentarsi in nuove attività e possa vedersi in modo differente, riacquisendo col tempo la speranza di una vita dignitosa.

Perché questo accada, non sono sufficienti degli interventi attuati sulla singola persona: come si è potuto esplorare grazie all'Associazione "Il Chiaro del Bosco", sono necessari interventi sul territorio e sulla comunità di riferimento, cercando di creare una collaborazione il più efficace possibile tra Associazioni, Dipartimenti di Salute Mentale, Cooperative, Centri Psico Sociali e gruppi di volontariato.

Basaglia e i suoi collaboratori hanno dato inizio a un cambiamento, mettendo in discussione la concezione di malattia mentale e le cure, disumane e alienanti, ad essa rivolte.

Ora tocca noi fare in modo che tutto questo non si ripeta, esercitando uno sguardo critico sul passato e su come i meccanismi di separazione ed esclusione dei "diversi" nella società occidentale, si siano storicamente ripetuti.

L'Associazione "Il Chiaro del Bosco" rappresenta un ottimo esempio di attenzione peculiare dedicata al tema della salute mentale. Affinché si crei un clima sensibile e inclusivo, si rende necessaria l'estensione e l'incremento di interventi di prevenzione, promozione e guarigione sociale a più cittadini possibili.

BIBLIOGRAFIA

- Antonucci G. *Il pregiudizio psichiatrico*, Elèuthera, Milano, ([1989] 2020).
- Babini Valeria P. *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna, 2009.
- Basaglia F. (*Scritti 1953-1980*), Il Saggiatore, Milano, 2017.
- Basaglia F., Basaglia Ongaro F., Pirella A., Taverna S. (2008), *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Brambilla L. e Palmieri C. (2010), *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale*, Franco Angeli, Milano.
- Ferrante A., Gambacorti-Passerini, Palmieri C. (2020), *L'educazione e i margini*, Guerini Scientifica, Milano.
- Foucault M., a cura di Galzigna M. ([2011] 2020), *Storia della follia nell'età classica*, BUR Rizzoli, Padova.
- Foucault M. ([2004] 2019), *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Universale Economica Feltrinelli, Bergamo.
- Goffman E. ([1961] 2010), *Asylumus. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
- Galanti M. A. ([2007] 2014), *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*, Carocci editore, Roma.
- Palmieri C. e Gambacorti-Passerini M.B. (2019), *Il lavoro educativo in salute mentale. Una sfida pedagogica*, Edizioni Guerini, Milano.
- Panattoni R. (2011), *Parole e immagini dal manicomio. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra otto e novecento*, Bruno Mondadori, Milano.
- Polidoro M. (2019), *Marta che aspetta l'alba*, Piemme, Torino.
- Voci A. e Pagotto L. (2010), *Il pregiudizio. Che cos'è, come si riduce*, Edizioni Laterza, Urbino.
- Cardamone G., Missio G., Giorgetto S. (1998), *Tutti in gioco*, Animazione sociale, pag. 66-75.
- Castelfranchi C. (1999), *Ascoltando i silenzi di un vecchio manicomio*, Animazione Sociale, p. 109-110
- Lasalvia A., Tansella M. (2008), *Combattere la discriminazione e lo stigma verso le persone con disturbi mentali*, Epidemiologia e Psichiatria Sociale, p. 1-9

- Lasalvia A., Bianchi B. (...), *Essere o non essere (un paziente psichiatrico): questo è il problema (quando c'è di mezzo lo stigma)*, Gli Argonauti, p. 65-77
- Materzanini Andrea (2016), *Perché non bastano gocce e pastiglie*, Animazione sociale, p. 44-52.
- Oliveira Thais Thomè Seni S. (2018), *Le sfide quotidiane di un Centro di salute mentale*, Animazione Sociale, p. 83-91.
- Operatori del Consorzio Cascina Clarabella (2018), *Essere oggi operatore della cura in salute mentale*, Animazione sociale, p. 92-96.
- Panchetti A. (2015), *Ascoltando i silenzi di un vecchio manicomio*, Animazione Sociale, p. 109-110
- Vender S., Poloni N., Gambarini S. (2005), *La stigmatizzazione nella storia e nella cultura*, Noos, p. 149-166
- Venturini E. (2008), *Va sconfitto soprattutto il bisogno di manicomio*, Animazione Sociale, p. 85-87

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare innanzitutto la Dottoressa Gambacorti, la sua immensa disponibilità e comprensione mi ha permesso di affrontare serenamente il percorso di stesura tesi.

Ringrazio il Professor Ferrante per la passione dedicata all'insegnamento di Pedagogia dell'Inclusione Sociale, che mi ha coinvolta nonostante le lezioni a distanza imposte dall'emergenza pandemica. I suoi consigli mi accompagnano quotidianamente sul campo e mi permettono una costante azione riflessiva, critica e autocritica sul mio ruolo.

Ringrazio la mia famiglia: mio padre per non aver mai smesso di credere in me, mia madre per il supporto che mi ha dato prima di ogni esame, in particolare nella difficoltosa sessione estiva del primo lockdown.

Un ringraziamento speciale va a Sara, collega di corso e amica fidata, sempre pronta a tendermi la mano e a condividere momenti importanti, belli e brutti.

Ringrazio Vittoria per avermi sempre supportata e sopportata in questi anni, trovando ogni giorno il tempo per un "semplice" come stai.

Infine, ringrazio Martina e Arianna per aver svolto al mio fianco il percorso universitario tra mille fatiche e gioie.