

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata - FISPPA
Corso di Studio in Scienze dell'Educazione e della Formazione
Curricolo Educazione Sociale e Animazione Culturale

Relazione finale

Dai manicomi alle comunità residenziali.
La figura dell'educatore professionale socio-pedagogico
nel campo della salute mentale.

Relatore

Prof.ssa Raffaella Tore

Correlatore

Prof.ssa Elisabetta Miotti

Laureanda
Marianna Campagnolo
Matricola 1170515

Anno Accademico 2021-2022

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1 - La cura della malattia mentale: dal Medioevo a oggi.....	3
1.1.: La follia come problema sociale	3
1.2.: La Rivoluzione del Novecento.....	7
1.3.: Basaglia e le riforme sulla salute mentale in Italia	11
1.4.: I servizi di salute mentale oggi.....	15
1.5.: Il Covid-19 e gli effetti della pandemia sulla salute mentale	16
Capitolo 2: L'educatore professionale socio-pedagogico	19
2.1.: Il lungo cammino legislativo	19
2.2.: La Legge n. 205 del 27 dicembre 2017: il riconoscimento ufficiale degli educatori professionali socio-pedagogici	20
2.3.: Una professione poco conosciuta.....	27
2.4.: L'educatore professionale socio-pedagogico in salute mentale	31
Capitolo 3: Esperienza di tirocinio.....	37
3.1.: Presentazione della struttura	37
3.2.: Resoconto dell'esperienza.....	38
Conclusioni	41
Bibliografia e Sitografia.....	47

Introduzione

Questo lavoro offre una panoramica sulla salute mentale, prima chiamata malattia mentale, se non addirittura pazzia o follia, e di come sia cambiata la considerazione e la cura delle persone affette da questi disturbi nel corso del tempo.

Per “salute mentale” oggi intendiamo uno stato di benessere vissuto dall’individuo nelle relazioni, nel lavoro, nella vita privata. È un tema tornato alla ribalta dopo anni di silenzio a causa della pandemia Covid-19, che ha sconvolto, e continua a sconvolgere, le nostre vite. Questo virus ha obbligato i governi a trovare delle soluzioni per arginare l’epidemia e le modalità per farlo sono state il distanziamento sociale e l’isolamento che hanno portato con sé un peggioramento della salute mentale di tutta la popolazione, dimostrato da un aumento degli stati depressivi, di ansia, di attacchi di panico, di disturbi dell’umore. È questo il momento in cui dovremmo capire che la salute mentale è un tema che ci riguarda tutti, e che è importante riconoscere tempestivamente i segnali e intervenire, senza temere di essere giudicati come “deboli” perché chiediamo aiuto in un momento di difficoltà. Questi pregiudizi derivano da una storia pregressa che ha visto la salute mentale attraversare diversi passaggi, che ho cercato di riepilogare.

Nell’antichità, infatti, i malati di mente venivano classificati come indemoniati e considerati una minaccia per l’ordine del Paese, per questo venivano allontanati dalle comunità. Nel Medioevo furono oggetto di superstizioni e condanne a morte. Con la Rivoluzione industriale aumentarono gli internamenti e i trattamenti disumani in quanto queste persone non erano utili alla società del progresso. Con il Positivismo e gli sviluppi della scienza, finalmente si comprese la necessità di un trattamento più umano, ma è nel corso del ‘900 con Franco Basaglia e la sua équipe che la salute mentale acquista dignità, sia dal punto di vista medico, sia nella collettività. Le persone, infatti, comprendono le difficoltà vissute da questi malati e iniziano a capire che non è più tempo di girarsi dall’altra parte, ma che questi hanno bisogno di integrarsi nella società e hanno il diritto di vivere la propria vita, che è degna di essere vissuta, proprio come ogni altra.

Nonostante questi passi avanti verso il riconoscimento di questa condizione, la malattia mentale ancora oggi soffre di uno stigma che difficilmente riesce a togliersi. Le

persone ancora oggi considerano questi malati incapaci di avere un'occupazione lavorativa e così facendo vengono allontanati dalla società, perdendo autostima nelle loro capacità.

Tra le figure professionali che possono lavorare concretamente in questa realtà ho voluto approfondire quella dell'educatore professionale socio-pedagogico, il quale recentemente ha avuto un riconoscimento a livello legislativo, che servirà per far valere le sue conoscenze e competenze all'interno dell'équipe composta da diversi professionisti. L'educatore, infatti, ha il compito di accompagnare la persona nella realizzazione delle proprie capacità, comprendendo i limiti e le possibilità date dalla condizione. All'interno della salute mentale, l'educatore può aiutare la persona a raggiungere delle piccole autonomie nella vita quotidiana e questo permette agli utenti di sentirsi un po' alla volta indipendenti e capaci, anche partecipando alla vita di comunità. Ho avuto modo di toccare con mano questo ambito di intervento durante il periodo di tirocinio svolto presso la comunità alloggio Casa Amami di San Martino di Lupari. È stato a partire da questa esperienza che ho deciso di approfondire il tema della salute mentale, in quanto mi ha permesso di riflettere su quanto l'integrazione di queste persone sia fondamentale sia per loro, per vivere al meglio la loro vita, sia per il resto della società, per comprendere che tutti ne facciamo parte e che ognuno può dare il suo contributo.

Capitolo 1 - La cura della malattia mentale: dal Medioevo a oggi

1.1.: La follia come problema sociale

Nell'età antica le persone malate di mente venivano considerate possedute dagli spiriti del male e come rimedio si utilizzavano preghiere, incantesimi, magia, stregoneria, ma anche purganti da decotti di erbe al fine di esorcizzare il maligno. Potevano anche essere impiegati altri rimedi, come la flagellazione, la privazione di cibo, sanguinamenti (Cunico, 2002, pag. 20).

All'interno della società occidentale il primo che rigettò la demonologia riguardo alla malattia mentale fu il medico Ippocrate, nel V secolo a.C., il quale riteneva che i disturbi mentali fossero dei fenomeni naturali, causati da disturbi dell'equilibrio dei liquidi corporei. In quel periodo, il malato veniva trattato umanamente: era sottoposto a diversi trattamenti, sia rilassanti come massaggi e bagni calmanti, ma anche salassi, purganti e limitazioni meccaniche. Come riporta Cunico (2002) riprendendo Atkinson et al. (1999), non esistevano istituti per la cura di questi disturbi, ma i medici erano attenti alla cura di queste persone e intervennero con misure di ordine psicologico e ambientale. Al tempo, la follia era considerata, come la povertà, qualcosa di sacro e la comunità aveva il compito di aiutare questi soggetti (*ibidem*).

Sempre citando Atkinson et al. (1999), Cunico (2002) scrive che nel Medioevo si ritornò a credere alle superstizioni e alle convinzioni demoniache: i soggetti più disturbati venivano curati con tortura, digiuni, percosse per punire il demonio. I processi di stregoneria del quindicesimo, sedicesimo e diciassettesimo secolo condannarono a morte migliaia di persone, tra cui, si suppone, ci fossero anche malati mentali.

Come riferisce Foucault (1961), nell'età classica la follia comincia ad essere avvertita come minaccia: la collettività doveva allontanare queste persone perché risultavano essere un problema sociale e per tale motivo i pazzi, i menomati, i folli venivano rinchiusi nei lebbrosari, strutture lontane dal centro delle città che fino a qualche secolo prima avevano ospitato gli appestati: è l'epoca del Grande Internamento (pag. 17). In questo periodo, la follia e la povertà erano viste come un simbolo di disordine morale, quindi pericolose per la vita sociale e per tale motivo dovevano essere allontanate. Con la Riforma di Lutero del 1500, infatti, si eleggeva la figura dell'uomo

eletto e operoso e veniva condannata la diversità: il folle, considerato diverso, veniva escluso dalla società. Questa tematica si può ritrovare anche nel dipinto di Bosch "La nave dei folli" di fine 1400, dove si mostra come i pazzi venissero allontanati dalle città e condotti su navi: approdavano in nuove terre, senza avere una patria che li reclamasse.

Questo accadeva perché nel passato, non avendo una conoscenza scientifica dell'uomo, tutto quello che era sconosciuto veniva considerato all'interno di una sfera religiosa: la pazzia non veniva reputata una malattia sulla quale sarebbe dovuto intervenire il medico, ma era interpretata come il segno della presenza di forze demoniache per le quali serviva l'aiuto dello stregone, della fattucchiera, del prete, di rituali collettivi. Tutto questo serviva per affrontare lo stato di incertezza nel quale viveva l'uomo e per allontanare le sue paure (Franca Ongaro Basaglia, 1991, pag. 18).

Nel corso del XVII secolo lo Stato venne incaricato della cura dei cittadini ritenuti diversi e si utilizzavano ospedali per segregarli. Ad esempio, l'Hopital General, fondato nel 1656 a Parigi, somigliava più a un carcere che a un ospedale perché era gestito da polizia e istituzioni della giustizia. Fino al Rinascimento, sarà il mondo giudiziario e poliziesco a occuparsi dei folli, in quanto la follia era considerata un problema della società e quindi doveva occuparsene l'organo addetto al mantenimento dell'ordine sociale (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 24). Gli internamenti avvenivano sulla base dei decreti degli amministratori di giustizia e dell'ordine pubblico; le cure mediche all'interno delle strutture servivano per curare le persone malate o per prevenire le malattie negli internati, ma non perché i folli venissero considerati malati: il sapere medico non era considerato competente sulla follia e fino al 1700 nessuna disciplina racchiudeva all'interno delle sue competenze lo studio e il trattamento della pazzia (Ivi, pag. 26).

Verso la fine del 1700, ci fu un importante aumento dei poveri, causato anche dalla rivoluzione industriale, in quanto le terre coltivabili diminuirono. Questo fatto portò con sé un aumento delle persone che venivano considerate internabili, in quanto, in precedenza, chi aveva difficoltà poteva contare sul lavoro nei campi, mentre con lo sviluppo delle fabbriche, queste persone non riuscivano a trovare un'occupazione in quanto non potevano mantenere gli stessi ritmi degli altri lavoratori e non avevano

competenze adeguate. Nell'ottica del profitto, queste persone intralciavano il guadagno e pertanto venivano allontanate e internate (Ongaro Basaglia, 1991, pag. 24). Ci furono anche movimenti sociali che manifestarono contro questa segregazione senza distinzioni.

Tra le figure più importanti di quel periodo spicca quella di Philippe Pinel (1745-1826), che fu direttore prima dell'asilo di Bicêtre e successivamente del complesso psichiatrico della Salpêtrière. Considerato il fondatore della psichiatria moderna, egli intendeva "liberare i pazzi dalle catene": tentò l'esperimento di curare i pazienti in camere pulite e luminose, con metodi gentili e terapeutici, in quanto non considerava nessuna persona inguaribile, e, nonostante lo scetticismo di molti, ebbe successo. Secondo Pinel, la malattia mentale era causata dalle passioni, che, se portate all'estremo, potevano condurre l'uomo verso la pazzia. La follia era percepita come "disordine del cuore"; il luogo di origine della malattia mentale era la mente e, sempre secondo lui, non c'erano connessioni con eventuali alterazioni strutturali del cervello. Pinel, infatti, considerava la malattia mentale una malattia esclusivamente psicologica, separata dalla malattia fisica, la cui origine era la dimensione passionale e morale, pertanto serviva un trattamento morale (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 31). Secondo Pinel, infatti, il trattamento terapeutico doveva basarsi sulla conoscenza della persona, della biografia, dei sintomi e della salute del paziente. Questo modo di intervenire con i malati derivava anche dallo studio del lavoro svolto da Pussin, prima dell'arrivo di Pinel a Bicêtre. Jean Baptiste Pussin (1745-1811) era originario di una famiglia di conciatori: quando si ammalò, venne ricoverato all'Hotel de Dieu, dove venne considerato incurabile e quindi trasferito all'ospedale di Bicêtre, dove in realtà guarirà. Nel 1780 venne assunto come lavoratore e successivamente come sorvegliante dei pazienti psichiatrici incurabili, i quali venivano divisi in varie categorie e trattati in modi disumani. Pussin organizzava i servizi all'interno dell'ospedale e tentava di migliorare le condizioni igieniche dei pazienti, la qualità dell'alimentazione e aumentare le visite dei familiari. Allo stesso tempo, annotava una serie di dati che gli permettevano di vedere come le condizioni dei pazienti miglioravano al migliorare del trattamento a loro riservato. Egli cercò di limitare i metodi di contenzione e volle dare dignità al malato affidando loro un

lavoro da svolgere: era uno dei primi esperimenti della cosiddetta ergoterapia (Cotichelli G., *Alle origini della ricerca infermieristica: Jean Baptiste Pussin, un antesignano nella Francia della Rivoluzione*).

Secondo Pinel, per distinguere i pazzi dalle altre forme di devianza era necessario riconoscerli come malati e collocarli in un altro istituto dove potessero essere curati. Questa separazione dalle altre forme di sragione portò a considerare la follia una malattia mentale e si definì la necessità di avere una struttura specializzata, con personale medico che si occupasse di questi malati: nacquero quindi i manicomi e la psichiatria, come sapere medico che considerava la follia una malattia mentale. In questi anni, le strutture che ospitavano i folli cominciarono ad avere una funzione terapeutica; come riporta Gambacorti-Passerini (2019) citando Shorter (2000), i manicomi non servivano solo per tenere i pazzi lontani dalla società, ma avrebbero potuto migliorare le condizioni del paziente (p. 27).

Un'altra figura che è necessario citare è quella di Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), allievo di Pinel, che portò avanti la teoria che l'alienazione mentale fosse una vera e propria malattia, che doveva essere curata con un trattamento morale. Dalle sue considerazioni prenderà spunto la legge francese sugli alienati del 1839.

È quindi con l'Illuminismo che la malattia mentale acquisisce dignità scientifica e assistenziale. Questo cambio di sguardi portò il manicomio ad avere una funzione maggiormente indirizzata alla cura della malattia mentale, per tale motivo non veniva più considerato un luogo di reclusione, ma di "trattamento morale" e reintegrazione sociale. I malati mentali vengono considerati dei soggetti da riportare all'interno della società.

Nel frattempo, anche in altre parti dell'Europa, si tentavano esperimenti per cambiare l'approccio alla malattia mentale; ad esempio William Tuke (1732-1822), alla fine del '700, fondò un istituto chiamato "Il rifugio" dove non esistevano né costrizioni né catene e i malati vivevano liberamente in questa comunità che li proteggeva. Più tardi, nel 1830 John Connolly (1794-1866) dimostrò che con un trattamento più umano, morale, la malattia si manifestava in modo meno clamoroso: i pazienti dovevano imparare a vivere con gli altri e rispettarsi. Nessuno continuò l'esempio di Connolly e

Tuke, ma queste erano importanti testimonianze del fatto che i malati se non trattati con violenza, difficilmente erano violenti (Ongaro Basaglia, 1991, pag. 30).

Le idee di Pinel, quelle secondo le quali la malattia mentale aveva origine morale e non fisica, vennero portate avanti dalla corrente identificata con il termine “romantiche”; gli psichiatri romantici consideravano l’anima come sede della follia e per curarla serviva una sorta di rieducazione morale. Ma in quel periodo, le politiche sociali provocarono un massiccio internamento delle persone considerate folli e l’idea del trattamento morale ideata da Pinel e portata avanti dai romantici non poteva essere messa in pratica perché il numero di persone non consentiva di attuare un trattamento morale (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 35).

Nella seconda metà dell’800 si affermò il positivismo e l’ideale di progresso scientifico: anche la psichiatria cercò di costituirsi come scienza costruita su un modello sperimentale. Essa sviluppò una rigorosa disciplina scientifica, che serviva per perfezionare la comprensione dei sintomi psichici e classificare le malattie mentali con indagini sistematiche. Tra i vari studiosi ricordiamo Emil Kraepelin (1856-1926), il quale riteneva che “la causa delle malattie mentali era individuata, per la maggior parte dei casi, in alterazioni cerebrali, non note nella totalità delle loro manifestazioni. Tali malattie si rendevano evidenti attraverso la manifestazione di sintomi messi in atto dal malato” (Ivi, pag. 36). Kraepelin escludeva dal suo studio le variabili soggettive, legate alla storia del paziente, e questo sarà un grande cambiamento all’interno del ‘900, periodo durante il quale ci furono nuove direzioni di ricerca e nuove modalità di approccio alla malattia.

1.2.: La Rivoluzione del Novecento

All’inizio del ‘900, a causa della malnutrizione, molti paesi dovettero affrontare l’epidemia di pellagra, che poteva generare anche stati deliranti o maniacali. I poveri, che non potevano permettersi le cure, venivano messi nei manicomi, dove tentavano di dimenticare la loro miseria. La psichiatria quindi si trovava ad avere a che fare con i pazzi poveri, in quanto quelli più ricchi venivano curati in casa (Ongaro Basaglia, 1991, pag. 25).

Solo grazie agli studi di Sigmund Freud (1856-1939) e allo studio dell'inconscio si arriverà a definire che la malattia mentale ha cause psicologiche, in particolare traumi infantili. Per lo psicanalista austriaco, per comprendere la malattia mentale e individuare delle vie percorribili per la sua guarigione o remissione, era fondamentale la relazione tra paziente e medico, in quanto venivano analizzati sogni, lapsus, atti mancati, pensieri inconfessabili del paziente, necessari alla comprensione di pulsioni e passioni che potrebbero aver causato la malattia mentale.

Questo pensiero era in opposizione rispetto alla psichiatria positivista che concentrava lo studio della malattia su variabili oggettivabili e misurabili e soprattutto in quegli anni, nei manicomi, nessuno si interessava della relazione tra paziente e malato perché il pazzo doveva essere solamente contenuto, non compreso.

Un altro contributo importante fu quello di Karl Jaspers (1991), come riporta Gambacorti-Passerini (2019): egli riteneva che in psichiatria fosse fondamentale un rapporto circolare tra teoria e prassi: il sapere serviva a scopi terapeutici e la pratica diventava strumento di conoscenza (pag. 40).

All'interno dello stesso filone di pensiero, ritroviamo anche lo psichiatra Ludwig Binswanger (1881-1966): per lui la relazione e la comunicazione con il paziente dovevano facilitare l'accesso alla sua visione del mondo e valorizzare la sua storia esistenziale (Ivi, pag. 43).

Tutti questi studiosi fanno riferimento alla psichiatria fenomenologica che prevedeva che il medico dovesse avvicinarsi al malato e ascoltarlo al fine di cogliere la sua esperienza del mondo: l'oggetto di studio non era più il cervello, ma la soggettività, la vita interiore dei pazienti, al fine di dare un senso e comprendere le azioni deliranti. Queste correnti di pensiero saranno fondamentali per l'evoluzione dei movimenti antipsichiatrici del '900.

In Italia la prima legge in materia di salute mentale è stata la legge n. 36 del 14 febbraio 1904 presentata da Giolitti e denominata "*Legge sui manicomi e sugli alienati. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura.*"; tale legge istituiva l'ospedale psichiatrico. Questa legge si ispirava a quella francese del 1838 ed era considerata innovativa e all'avanguardia: venne copiata da molti paesi europei. In realtà la legge

aveva solo intenti custodialistici, non curativi: non trattava l'assistenza ai malati mentali, ma era un semplice provvedimento di polizia, che prevedeva il ricovero obbligatorio solo per i "matti pericolosi"; gli psichiatri la criticavano perché poteva generare abusi in quanto troppo generica e rendeva l'ospedale un carcere. All'interno dell'ospedale c'erano varie sezioni dove le persone venivano internate; il ricovero era previsto solo dietro ordinanza dell'autorità di polizia (o magistrato) previa certificazione medica. La persona perdeva i diritti civili e veniva iscritta nel casellario giudiziario (l'annotazione restava segnata nella fedina penale per tutta la vita e questo causava una sorta di stigma) (Cunico, 2002, pag. 21).

In questo periodo storico, si arrivò a discutere anche sul rispetto per i diritti umani dei pazienti psichiatrici e per la dignità dei malati, aspetti che finora non erano stati affrontati. Si formò anche un movimento di pensiero, l'antipsichiatria, il quale riteneva che la malattia mentale fosse un costrutto generato dalla società capitalista che aveva come scopo quello di eliminare gli individui che contraddicevano i valori del sistema socioeconomico dominante. L'antipsichiatria criticava duramente la società che voleva allontanare i malati, rinchiudendoli in "istituzioni totali", per tutelare chi non era affetto da disagio psichico.

Relativamente a questo tema, è necessario citare l'opera e il pensiero di Erving Goffman (1922-1982): il sociologo riflette sulle somiglianze tra il carcere, i campi di concentramento, le istituzioni psichiatriche, religiose o militari e le definisce "istituzioni totali". Questo termine rappresenta un luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato, dove i soggetti vengono spogliati della loro identità e non instaurano relazioni interpersonali. Le strutture sono caratterizzate da porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce o corsi d'acqua, possibilmente lontano dalle città. In questi luoghi le persone svolgono ogni aspetto della loro vita sotto un'unica autorità e sono obbligati a fare le medesime cose. I ritmi della giornata sono prestabiliti e chi vive a lungo in queste strutture subisce un processo di disculturazione, di perdita del sé (Goffman, 1961). Questa sarà una delle opere che influenzerà maggiormente la

rivoluzione avviata da Basaglia, il quale ribadirà come il manicomio fosse un'istituzione totale che annientava l'individuo e non dava una possibilità di cura.

Come dicevamo, l'antipsichiatria denunciava la psichiatria come un apparato repressivo al servizio del potere capitalistico. Gambacorti-Passerini (2019), riprendendo David Cooper (1979), la definisce come "un movimento politico di resistenza alla violenza psichiatrica" (pag. 45). L'istituzione manicomiale veniva vista come uno strumento di repressione e dagli anni '50 in alcune parti dell'Europa si realizzavano delle strutture alternative dove si tentavano delle esperienze di gestione della psichiatria non totalmente istituzionalizzata, come day hospital, alcuni reparti open door e comunità terapeutiche in cui pazienti e operatori gestivano la quotidianità tramite assemblee comunitarie. Infatti, in quegli anni si svilupparono anche le teorie della Psichiatria Sociale, che studia come il contesto sociale e i fattori culturali possano influire sull'esordio, decorso ed esito della malattia.

Inoltre fu introdotto l'uso dei neurolettici: era la prima volta che si utilizzavano farmaci per la cura della malattia mentale. Alcuni ritenevano che l'uso di queste medicine aiutasse il malato a vivere in maniera più tranquilla, in quanto era sedato, ma, come riporta Franca Ongaro Basaglia (1991), questi farmaci servivano più che altro per sedare il paziente e renderlo ancora più passivo, non si cercava di creare un rapporto con lui. Queste sostanze imprigionavano il malato dentro al manicomio, dove gli veniva tolto tutto, non poteva avere progetti, scopi: questo sì che causava la vera pazzia nelle persone internate (pag. 30).

Negli anni '60 il manicomio cercò di essere trasformato in Ospedale Specializzato in Psichiatria: il ricovero poteva essere volontario o coatto, ma questo non veniva più segnalato nel casellario giudiziario, come avveniva invece in passato. Questo cambiamento segna la separazione tra la malattia psichiatrica e la pericolosità sociale (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 47).

Si volevano migliorare gli standard qualitativi di vita e di assistenza all'interno delle strutture, tramite le figure di un direttore, un igienista, uno psicologo, un primario, aiuti, infermieri, assistenti sanitari e sociali. Si iniziava a utilizzare pratiche come il colloquio, la psicoterapia, la socioterapia, anche grazie all'aiuto degli psicofarmaci che servivano

per rendere il paziente più tranquillo, al fine di migliorare il benessere e la qualità di vita. Continuavano ad essere usati anche strumenti di contenzione e terapie somatiche. Equipe di professionisti cominciavano a formarsi: mettevano insieme le loro conoscenze per curare anche i minori con problemi psichiatrici (medici, psicologi, pedagogisti, assistenti sociali). In particolare, tra la Seconda guerra mondiale e gli anni '70 si sviluppò una rete di servizi territoriale con univa i professionisti della cura della malattia mentale (i Servizi di Igiene Mentale).

1.3.: Basaglia e le riforme sulla salute mentale in Italia

In questo clima di cambiamenti, emerge la figura di Franco Basaglia (1924-1980): lo psichiatra veneziano non tollerava l'istituzione manicomiale come era pensata in Italia a quel tempo. Egli voleva migliorare la modalità di cura e dare maggior dignità ai pazienti, ma in Italia non trovava sostenitori; era l'unico che voleva chiudere i manicomi, in quanto questi luoghi venivano ritenuti utili perché creavano lavoro e perché tenevano lontano, sia dalla famiglia di origine, sia dalla società, i malati che venivano considerati pericolosi. Basaglia, invece, anche a seguito degli studi delle opere di Foucault e Goffman, viaggerà in Europa dove conoscerà alcune esperienze alternative al manicomio. In Scozia rimase colpito dal modello proposto da Maxwell Jones (1907-1990), esponente della psicologia sociale; egli prevedeva una comunità terapeutica in cui si dava grande importanza all'interazione dialogica tra i pazienti. Basaglia quindi voleva trasformare l'istituzione manicomiale: quando divenne direttore dell'ospedale di Gorizia, decise con la propria équipe di organizzare assemblee tra i pazienti e il personale, voleva che l'istituto non fosse separato dal mondo esterno e per questo motivo si organizzavano laboratori, attività ricreative, per avvicinare i pazienti al resto della comunità. Basaglia si proponeva di far fare ai pazienti delle semplici attività affinché riprendessero fiducia in sé e negli altri. Basaglia inoltre voleva che l'intera comunità si rendesse conto delle situazioni di disagio che vivevano i pazienti ricoverati nei manicomi e riteneva che fosse fondamentale che la società fosse pronta ad accogliere i malati nel momento in cui queste istituzioni sarebbero state chiuse. Per questo motivo iniziò a scrivere libri (come "*L'istituzione negata*"), realizzare

documentari (tra i quali ricordiamo *"I giardini di Abele"*, in cui Basaglia afferma che nel manicomio vengono ricoverati i malati poveri, in quanto i ricchi non sono pazzi, perché "chi non ha, non è". Viene usato il nome Abele per intendere una sorta di fratello scomodo, che viene tenuto distante, come i malati mentali che venivano allontanati dalla società), reportage fotografici (*"Morire di classe"*), pièce teatrali (Marco Cavallo e la sfilata di quattrocento pazienti per le vie di Trieste): sfruttò qualsiasi mezzo di comunicazione per rendere pubblica la questione dei manicomi e ci riuscì. Fino al '68 il movimento portato avanti da Basaglia riguardava intellettuali, psichiatri, qualche politico, mentre dopo il '68 la battaglia venne portata avanti anche da studenti, operai, giornalisti e giovani laureati.

Per le sue idee radicali, Basaglia fu anche classificato tra gli esponenti dell'antipsichiatria; tale movimento, che negli ultimi anni prese una connotazione negativa, era disomogeneo; c'era infatti chi riteneva che la malattia mentale non esistesse (come ad esempio Thomas Szasz) e altri, come Basaglia e Foucault, che non rinnegavano l'esistenza della malattia, ma che ritenevano che dovesse essere curata in un altro modo rispetto a come era stato fatto in precedenza. Secondo Basaglia, era necessario che la rivoluzione partisse dall'alto perché dal basso, i malati non ne erano in grado, erano impotenti; per questo motivo gli psichiatri avrebbero dovuto rinunciare al loro potere e formare una nuova alleanza di classe con i pazienti, gli infermieri e gli inservienti e gli altri lavoratori degli ospedali psichiatrici (Forgacs D., 2014, pag. 243).

Basaglia nel '79 non si definirà un antipsichiatra, anzi, tra i tanti dibattiti, tentò anche di creare una nuova organizzazione "la Psichiatria Democratica" (Foot J., 2014, pag. 35).

Per quanto riguarda gli aspetti legislativi, nel 1968 venne realizzata una prima revisione della legge del 1904 con la legge Mariotti n. 431 del 18 marzo 1969 denominata *"Provvidenze per l'assistenza psichiatrica"*. Come scrive Cunico (2002), citando Conti (1995), grazie a questa legge venne abolita l'iscrizione del paziente al casellario giudiziario, venne introdotta la possibilità di ricovero volontario, vennero istituiti i Centri di Igiene Mentale per portare il servizio al di fuori dell'ospedale psichiatrico, governato

dalle province, in questo modo i pazienti potevano essere seguiti anche al di fuori dell'ospedale (pag. 23).

Ma Basaglia e la sua équipe volevano spostare la competenza in merito alla salute mentale a un livello più territoriale, eliminare i manicomi, in quanto ritenuti istituzioni totali che annullavano la persona, dove non esisteva una relazione di cura, dove i malati non avevano più dignità né umanità. Ma non era sufficiente fare solo questo: bisognava anche cambiare il pensiero della società al di fuori del manicomio, bisognava che la collettività fosse pronta ad accogliere questi malati nel momento in cui i manicomi sarebbero stati chiusi. Per questo motivo Basaglia cercò anche di instaurare relazioni e legami politici con chi avrebbe potuto portare avanti la sua battaglia per la chiusura dei manicomi.

Grazie anche al lavoro di Basaglia e della moglie Franca Ongaro (1928-2005), venne abolita la legge manicomiale del 1904 e con l'aiuto dell'esponente della Democrazia Cristiana, Bruno Orsini, nel 1978 venne istituita la Legge 180 che decretava la chiusura dei manicomi. Tale legge venne inglobata nella Legge 833 dello stesso anno che modificava il sistema di cura della malattia mentale e istituiva il Sistema Sanitario Nazionale: il settore psichiatrico entrava a far parte dell'assistenza sanitaria nazionale, i manicomi vennero aboliti e i presidi psichiatrici venivano gestiti dalle Unità Sanitarie Locali. Il ricovero in strutture ospedaliere era previsto per casi gravi e comunque limitato nel tempo. Ci fu anche un cambiamento della società in quanto cambiò il modo di concepire e rappresentare la malattia mentale. Inoltre, con la chiusura dei manicomi, era necessario creare nuove strutture e attuare servizi alternativi per assistere i pazienti: la Legge 180 definì la creazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura (SPDC) all'interno dell'ospedale, l'effettuazione dei TSO (Trattamenti Sanitari Obbligatori), una rete di servizi territoriali basata su una logica che puntasse alla riabilitazione degli utenti tramite tecniche psico-socio-educative grazie al lavoro in équipe di diversi professionisti. Si aprirono sportelli di consulenza e centri semiresidenziali o residenziali.

La chiusura dei manicomi, avvenuta definitivamente solo nel 2002, portò alla creazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (carceri per malati psichiatrici). Gli OPG erano delle nuove istituzioni totali: racchiudevano le caratteristiche del carcere e del

manicomio. In Italia gli OPG vennero chiusi nel 2015 e al loro posto sono state istituite nel 2012 le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), che hanno un carattere terapeutico e intendono raggiungere la riabilitazione del paziente al fine di inserirlo all'interno della società.

Per quanto riguarda l'organizzazione regionale dei servizi per la salute mentale, tramite il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" del 1994-1996 si definirono gli standard "per l'articolazione e l'organizzazione dei servizi che dovevano poi essere attuati nelle singole Legislazioni Regionali". Questo Progetto Obiettivo prevedeva l'istituzione di un Dipartimento di salute mentale su ogni azienda sanitaria, all'interno del quale erano presenti: un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura in ospedale, un Centro di salute mentale, strutture residenziali e semiresidenziali (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 53). Grazie a questa riorganizzazione dei servizi è stato possibile rispondere maggiormente sia ai bisogni degli utenti con disagi psichici sia a quelli delle famiglie di origine. Non si tratta di un singolo intervento sanitario, ma ha una funzione globale e continuativa: riguarda molte aree e intervengono diverse figure professionali che intendono raggiungere gli obiettivi istituzionali fissati.

Con il nuovo Progetto Obiettivo del 1998-2000 si forniscono standard assistenziali e linee guida d'intervento.

Negli anni successivi non sono stati realizzati nuovi Progetti Obiettivo, ma il ministero della salute ha messo a disposizione linee guida e piani d'azione per migliorare la salute mentale.

Per quanto riguarda il Veneto, nel 2008 si è tenuta la prima Conferenza Regionale per la Salute Mentale e da questa è stato elaborato il Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale (triennio 2010-12), approvato con DGR 651 del 9 marzo 2010, che è ancora in fase di avanzata attuazione.

A giugno 2021 si è tenuta la seconda Conferenza Nazionale per la salute mentale: "Per una salute mentale di comunità". In questa occasione si è ribadita l'importanza della salute mentale per l'intera collettività e il ruolo che ha lo Stato nel preservarla. Sono stati analizzati i servizi ora in funzione e quelli da attuare in futuro, anche per contrastare le conseguenze della pandemia.

1.4.: I servizi di salute mentale oggi

Quella che un tempo veniva definita follia, pazzia, devianza sociale, e che è stata chiamata anche malattia mentale, oggi viene definita “salute mentale”.

La salute mentale “è parte integrante dello stato di salute generale e si identifica in una condizione di benessere emotivo e psicologico, indispensabile per il funzionamento individuale e sociale, per prendersi cura di sé stessi adeguatamente e in maniera autonoma, stabilire relazioni interpersonali, avere un ruolo attivo nella società, saper reagire agli avvenimenti esterni e ai conflitti interiori” (Libro Bianco, 2019).

L'ISTAT, nel suo report sulla salute mentale negli anni 2015-2017, ha dato la seguente precisazione: “Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. La sua compromissione può avere un notevole impatto sul consumo di servizi sanitari ed è oggetto, più di altre patologie, di stigma sociale.” (ISTAT, 2018).

Da queste definizioni possiamo capire come la salute mentale riguardi ognuno di noi, in quanto comprende una serie di patologie, ma anche episodi sporadici, che possiamo riscontrare nei nostri comportamenti nell'arco della nostra vita.

All'interno della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), la malattia mentale viene inserita nel gruppo dei disturbi psichici e comportamentali, tra i quali ritroviamo: disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici; disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive; schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti; disturbi dell'umore (affettivi); disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi; sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici; disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; ritardo mentale; disturbi dello sviluppo psicologico; disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; disturbo mentale non specificato: tutti questi disturbi sono ben elencati al capitolo V dell'ICD-10.

Nonostante la malattia mentale sia sempre di più una questione collettiva e non di pochi, i malati sono tuttora stigmatizzati, a causa di stereotipi o luoghi comuni, in

quanto viene associato loro un pregiudizio di pericolosità sociale o inguaribilità. Questo stigma alimenta nel malato il senso di vergogna e il timore di chiedere aiuto, ritardando la diagnosi e ostacolando l'accesso alle cure. È quindi fondamentale l'intervento delle istituzioni nel potenziare gli investimenti che possano garantire, su tutto il territorio, il diritto alla cura e l'integrazione sociale delle persone affette da disturbi psichici.

In Italia la rete dei servizi per la salute mentale è gestita dal Dipartimento di salute mentale (DSM), il quale coordina i servizi messi a disposizione dei cittadini dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Il DSM è dotato dei seguenti servizi: Centri di Salute Mentale (CSM) per l'assistenza diurna; i Centri Diurni (CD) che forniscono un servizio semiresidenziale; le strutture che residenziali (terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative); i servizi ospedalieri; oltre a cliniche universitarie e case di cura private che forniscono assistenza.

Nonostante il ritardo mentale venga considerato una delle accezioni della salute mentale, non viene seguito dal Centro di Salute Mentale, infatti i CSM seguono tutti i disturbi di tipo psichiatrico, non seguono invece direttamente problemi di ritardo mentale (di cui si occupa il Servizio Disabilità al di sopra dei 18 anni e il Servizio Infanzia, Adolescenza e Famiglia con la Neuropsichiatria Infantile sotto i 18 anni), disturbi da uso di sostanze (di cui si occupa il Dipartimento per le Dipendenze) o disturbi dell'invecchiamento (di cui si occupano Neurologia e Geriatria) (fonte: <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/1449> [dicembre 2021]).

I professionisti che si occupano della salute mentale sono per la maggior parte appartenenti all'area sanitaria (psichiatri, neuropsichiatri, educatore professionale sanitario, tecnico della riabilitazione psichiatrica, psicologi, psicoterapeuti) e all'interno delle équipe assumono un ruolo dominante. Una figura che sta entrando all'interno dell'area della salute mentale è quella dell'educatore professionale socio-pedagogico.

1.5.: Il Covid-19 e gli effetti della pandemia sulla salute mentale

Secondo i dati dell'OMS in Europa nel '99 su 870 milioni di abitanti più di 26 milioni soffrivano di disturbi psichici, tra cui depressione, Alzheimer e demenze, disturbi ossessivo compulsivi, psicosi, alcolismo, tossicodipendenze (Cunico, 2002, pag. 14).

Il report dell'Istat sulla salute mentale nel periodo 2015-2017 rileva che tra le malattie mentali, quella più diffusa è la depressione, spesso associata con l'ansia cronica grave. Questi disturbi si verificano più frequentemente nelle persone con condizioni socio-economiche svantaggiate. Relativamente agli anziani, la malattia più ricorrente è l'Alzheimer (ISTAT, 2018).

Soprattutto a causa della pandemia che è entrata con prepotenza all'interno delle nostre vite nel 2020, i disturbi psichici sono in continuo aumento nella popolazione (ansia, depressione, stress, attacchi di panico, disturbi ossessivi-compulsivi). Secondo i dati riportati da "Il Sole 24 ore - Sanità 24 ore", durante il lockdown gli italiani che hanno avuto disturbi psicologici (sintomi collegati dalla depressione, attacchi di panico, ansia, ...) sono stati il 65% (fonte: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2020-10-12/coronavirus-disturbi-psicologici-il-65per cento-italiani-104908.php?uuid=ADhpLlv> – [novembre 2021]).

Come riporta il Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 del 6 maggio 2020, le misure restrittive che ci sono state imposte hanno influenzato le nostre scelte e abitudini, impattando sulla nostra autonomia decisionale, sulla mobilità spaziale, sul senso di sicurezza fisica, sulla libertà di contatto con i cari: tutto ciò ha provocato ripercussioni sul nostro equilibrio psico-fisico (pag. iii), colpendo prima di tutto le fasce più deboli della popolazione: i giovani e giovanissimi (costretti a studiare in DAD, senza la possibilità di coltivare legami reali con amici e compagni di scuola; molti hanno avuto difficoltà nello studio e tanti hanno rinunciato a proseguire), i lavoratori precari (molte attività sono state costrette a chiudere o a mettere i lavoratori in cassa integrazione per mesi, senza sapere cosa aspettarsi per i mesi successivi), le donne (sempre più vittime di violenze domestiche o che hanno dovuto lasciare il lavoro per occuparsi della famiglia), gli anziani (molti ospiti delle case di riposo sono rimasti senza ricevere visite dei familiari per mesi). Il Covid-19 ha avuto un impatto sulla nostra sfera psicologica e emozionale, ha causato un peggioramento dei rapporti con il partner, con i figli, ha ridotto la concentrazione durante i momenti di studio e abbiamo dimostrato maggior fatica nel lavoro.

In questo periodo è aumentato l'uso di farmaci come ansiolitici, sonniferi, antidepressivi a causa di un aumento di episodi depressivi, attacchi di panico, disturbi

post-traumatici da stress e sintomi ossessivi compulsivi. In questa situazione di emergenza, è necessario un piano che permetta ai cittadini più fragili di accedere facilmente e tempestivamente a un supporto psicologico, cosa che avviene con difficoltà sia a causa dei pregiudizi su queste problematiche, sia perché i servizi sono carenti. La maggior parte degli psicologi in Italia lavora nel settore privato, con costi che difficilmente sono sostenibili da persone in difficoltà; nel pubblico i servizi si rivelano non adeguati. Come riporta l'articolo della Fondazione Umberto Veronesi, la spesa sanitaria per la salute mentale in Italia è del 3,5% con differenze tra nord, sud e regioni autonome. Inoltre, nel 2018 l'Italia c'era una media di 9 posti letto per cure psichiatriche ogni 100.000 abitanti, quando in Europa la media era di 73 ogni 100.000 (fonte: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/londa-lunga-della-pandemia-sulla-salute-mentale> [febbraio 2022]).

È opportuno rispondere a questa esigenza dimostrata dalle persone più fragili, tra cui anche giovani e giovanissimi, in quanto gli effetti di questa pandemia sul piano psicologico si mostreranno anche a lungo termine. La ministra Beatrice Lorenzin recentemente ha richiesto un nuovo piano per la salute mentale, includendo un maggiore accesso alle cure, ambulatori per assistenza ai pazienti e ai familiari *long covid* e la possibilità di utilizzare un "bonus psicologo". In particolare, tale proposta poteva rivelarsi utile sia per dare un aiuto concreto a chi avesse avuto bisogno di un colloquio con uno specialista, ma anche per combattere questo stigma sulla salute mentale, dimostrando che tutti possono vivere dei momenti di difficoltà e che si possono superare. Purtroppo però, come sappiamo, tale proposta non è stata inclusa nell'ultima legge di bilancio, e questo dimostra ancora una volta come la salute mentale sia messa in secondo piano rispetto ad altri interessi economici. È importante, perciò, aumentare la consapevolezza sui problemi legati alla salute mentale in quanto ora più che mai abbiamo bisogno di una società che stia bene, che sia accogliente, meno violenta e che sappia prendersi cura degli altri.

Capitolo 2: L'educatore professionale socio-pedagogico

2.1.: Il lungo cammino legislativo

La figura dell'educatore socio-pedagogico è una professione molto giovane, che si è delineata in Italia solo a partire dagli anni '50 e viene spesso confusa con la figura dell'insegnante, in quanto ha sempre vissuto all'interno di una cornice ambigua, che lo vede inserito in un contesto sanitario, sociale, formativo e educativo (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 126).

Fino alla metà del '900 la figura dell'educatore si associava a quella degli assistenti alla cura delle persone, soprattutto giovani, in situazioni di difficoltà, all'interno di istituzioni per lo più religiose, in quanto lo Stato non si occupava del benessere del cittadino, ma solo la Chiesa dava aiuto a chi era in difficoltà (Miodini, Zini, 1992, pag. 20). Come riporta Gambacorti-Passerini (2019) citando Bartolini (2012), in questo contesto, nasce l'idea che per fare l'educatore sia sufficiente avere buon senso e uno spirito caritatevole di aiuto verso il prossimo; in realtà tutto questo non è sufficiente: servono competenze e conoscenze pedagogiche. L'educatore, infatti, è una figura pedagogicamente orientata che svolge processi educativi in ambito extrascolastico al fine di riabilitare e rivitalizzare il potenziale umano.

Negli anni '60, l'educatore iniziava a occuparsi anche della gestione del tempo libero di adulti e ragazzi presso i centri di educazione permanente o i centri culturali. La prima associazione di educatori che si occupò dell'assistenza ai minori in difficoltà fu l'ANEGID (Associazione nazionale degli educatori per la gioventù disadattata) (Miodini, Zini, 1992, pag. 21). In quegli anni, a Milano e a Roma vennero istituite le prime scuole per educatori di comunità, la cui funzione venne poi estesa anche ai carcerati, ai mutilati e agli invalidi civili (Groppo, 1994, pag. 3).

Negli anni '70, con la ristrutturazione dei servizi per minori, anziani e disabili, che portò nel 1975 ad aprire la scuola anche ai portatori di handicap grazie all'impiego di insegnanti di sostegno e di educatori, vengono istituiti dalle scuole corsi professionalizzanti che permettevano di preparare maggiormente queste figure che dovevano occuparsi delle persone in difficoltà. Servivano, infatti, delle competenze educative in quanto c'era la necessità di rispondere a determinati bisogni della società

(Miodini-Zini, 1992, pag. 21). Così facendo, nel corso del tempo, è cambiata la tendenza: prima all'interno dei manicomi ci si occupava della custodia e dell'assistenza, mentre oggi ci si impegna nella riabilitazione: per farlo serve una presenza che accompagni l'utenza durante il percorso, dando supporto, comprendendo le dinamiche e stimolando la crescita (Groppo, 1994, pag. 274).

Negli anni '80, a seguito di varie modifiche legislative, vennero attivati sia dei corsi di laurea universitari, sia delle scuole regionali che si occupavano della formazione di tali figure professionali, che erano sempre più richieste grazie alla promozione di iniziative socio-educative ed assistenziali da parte di associazioni di volontariato o di privato-sociale (Ivi, pag. 7).

Negli anni '90 venne istituito il Corso di Laurea in Scienze dell'educazione e per il primo periodo c'erano molti educatori provenienti da formazioni di diverso tipo che lavoravano nei servizi socio socio-assistenziali ed educativi generando molta confusione su quale fosse la qualifica adeguata da ottenere per lavorare in certi ambiti. Era necessario avviare un intervento legislativo per porre fine a tale situazione, per dare una soluzione chiara e definitiva che semplificasse l'iter formativo per gli operatori di tali servizi (Ivi, pag. 14).

Fino al 2017 il titolo di educatore professionale veniva rilasciato dal Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia; questo portava alla formazione di educatori specializzati dal punto di vista sanitario, facendo dimenticare l'importanza di un approccio pedagogico, necessario all'interno di una professione educativa (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 68).

2.2.: La Legge n. 205 del 27 dicembre 2017: il riconoscimento ufficiale degli educatori professionali socio-pedagogici

Dopo molti anni di incertezza sulla formazione necessaria per lo svolgimento della professione di educatore, finalmente la legislazione italiana ha definito dei parametri da rispettare per chi volesse svolgere tale lavoro: il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge n. 205 del 2017. Questa legge segna un riconoscimento ufficiale della figura dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogista, che acquisiscono

dignità e professionalità. Il lavoro educativo viene ancora oggi vissuto, infatti, come una professione stigmatizzata, invisibile e non compresa: per tale motivo a volte può essere defaticante perché poco riconosciuto anche dagli altri professionisti dell'equipe (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 133).

Con l'introduzione della Legge n. 205 del 2017 sono stati previsti 2 percorsi formativi: per Educatori Professionali Sociosanitari (L-SNT 2) e Socio-Pedagogici (L-19). Sono stati delineati i percorsi formativi per l'accesso a tali professioni e definite le situazioni in cui possono intervenire educatori professionali socio-pedagogici e pedagogisti.

Di seguito l'estratto dalla Gazzetta Ufficiale dei commi che interessano la definizione del lavoro dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogista:

594. L'educatore professionale socio-pedagogico e il pedagogista operano nell'ambito educativo, formativo e pedagogico, in rapporto a qualsiasi attività svolta in modo formale, non formale e informale, nelle varie fasi della vita, in una prospettiva di crescita personale e sociale, secondo le definizioni contenute nell'articolo 2 del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13, perseguendo gli obiettivi della Strategia europea deliberata dal Consiglio europeo di Lisbona del 23 e 24 marzo 2000. Le figure professionali indicate al primo periodo operano nei servizi e nei presidi socio-educativi e socio-assistenziali, nei confronti di persone di ogni età, prioritariamente nei seguenti ambiti: educativo e formativo; scolastico; socio-assistenziale, limitatamente agli aspetti socio-educativi; della genitorialità e della famiglia; culturale; giudiziario; ambientale; sportivo e motorio; dell'integrazione e della cooperazione internazionale. Ai sensi della legge 14 gennaio 2013, n. 4, le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista sono comprese nell'ambito delle professioni non organizzate in ordini o collegi.

Il comma 594 definisce le aree di intervento degli educatori professionali socio-pedagogici e dei pedagogisti: svolgono infatti attività socio-educative, formative, pedagogiche a livello formale (attività svolte in un contesto strutturato), non formale (attività svolte al di fuori di organizzazioni strutturate, ma che comunque hanno un obiettivo da raggiungere) e informale (attività legate all'esperienza quotidiana che

permettono di acquisire competenze: la famiglia, il lavoro, gli hobby, il volontariato, ...). Gli ambiti di intervento sono molti: educativo e formativo, scolastico (attività del doposcuola), socio-assistenziale (solo per quanto riguarda l'aspetto socio-educativo, ad esempio con le persone con disabilità), della genitorialità e famiglia (spazi mamma-bambino), culturale (organizzazione di eventi culturali, laboratori di lettura, ...), giudiziario (lavoro con le persone in carcere), ambientale (percorsi di cittadinanza attiva), sportivo, dell'integrazione e cooperazione internazionale (lavoro con i migranti).

595. La qualifica di educatore professionale socio-pedagogico è attribuita con laurea L19 e i sensi delle disposizioni del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65. La qualifica di pedagogo è attribuita a seguito del rilascio di un diploma di laurea abilitante nelle classi di laurea magistrale LM-50 Programmazione e gestione dei servizi educativi, LM-57 Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione continua, LM-85 Scienze pedagogiche o LM-93 Teorie e metodologie dell'e-learning e della media education. Le spese derivanti dallo svolgimento dell'esame previsto ai fini del rilascio del diploma di laurea abilitante sono poste integralmente a carico dei partecipanti con le modalità stabilite dalle università interessate. La formazione universitaria dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogo è funzionale al raggiungimento di idonee conoscenze, abilità e competenze educative rispettivamente del livello 6 e del livello 7 del Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente, di cui alla raccomandazione 2017/C 189/03 del Consiglio, del 22 maggio 2017, ai cui fini il pedagogo è un professionista di livello apicale.

Il comma 595 precisa le modalità di conseguimento della qualifica di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogo: è necessario infatti ottenere una laurea relativa ai corsi di studio indicati al fine di acquisire le competenze necessarie richieste anche dal Quadro Europeo delle Qualificazioni (strumento per comparare le qualifiche nazionali di vari stati europei).

596. La qualifica di educatore professionale socio-sanitario è attribuita a seguito del rilascio del diploma di laurea abilitante di un corso di laurea della classe L/SNT2 Professioni sanitarie della riabilitazione, fermo restando quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520.

Il comma 596 specifica la modalità di conseguimento della qualifica di educatore professionale socio-sanitario: questo professionista ha la possibilità di lavorare in ambito sanitario pubblico, cosa che l'educatore professionale socio-pedagogico non può fare: egli può lavorare in strutture sanitarie solo a livello privato e comunque sempre con compiti educativi.

597. In via transitoria, acquisiscono la qualifica di educatore professionale socio-pedagogico, previo superamento di un corso intensivo di formazione per complessivi 60 crediti formativi universitari nelle discipline di cui al comma 593, organizzato dai dipartimenti e dalle facoltà di scienze dell'educazione e della formazione delle università anche tramite attività di formazione a distanza, le cui spese sono poste integralmente a carico dei frequentanti con le modalità stabilite dalle medesime università, da intraprendere entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, coloro che, alla medesima data di entrata in vigore, sono in possesso di uno dei seguenti requisiti:

a) inquadramento nei ruoli delle amministrazioni pubbliche a seguito del superamento di un pubblico concorso relativo al profilo di educatore;

b) svolgimento dell'attività di educatore per non meno di tre anni, anche non continuativi, da dimostrare mediante dichiarazione del datore di lavoro ovvero autocertificazione dell'interessato ai sensi del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445;

c) diploma rilasciato entro l'anno scolastico 2001/2002 da un istituto magistrale o da una scuola magistrale.

Il comma 597 da delucidazioni sulle modalità di acquisizione del titolo di educatore professionale socio-pedagogico per chi sta già svolgendo tale ruolo in ambito pubblico a seguito di un concorso, o chi sta già lavorando nel settore da almeno 3 anni, o per chi ha conseguito un diploma entro il 2001-2002 presso un istituto o scuola magistrale: in questi casi non sarà necessario ottenere la laurea L19, ma sarà sufficiente un corso di formazione di 60 crediti. Questo serve per facilitare l'ottenimento del titolo di educatore professionale socio-pedagogico per chi già lavora come educatore in questo ambito e ha già acquisito competenze in materia.

598. Acquisiscono la qualifica di educatore professionale socio-pedagogico coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono titolari di contratto di lavoro a tempo indeterminato negli ambiti professionali di cui al comma 594, a condizione che, alla medesima data, abbiano età superiore a cinquanta anni e almeno dieci anni di servizio, ovvero abbiano almeno venti anni di servizio.

Il comma 598 spiega che per chi lavora negli ambiti indicati nel comma 594 da almeno 20 anni, o da almeno 10 se ha più di 50 anni, non è necessario conseguire la laurea L19 o ottenere i 60 crediti formativi, in quanto acquisiscono già la qualifica di educatore professionale socio-pedagogico.

599. I soggetti che, alla data di entrata in vigore della presente legge, hanno svolto l'attività di educatore per un periodo minimo di dodici mesi, anche non continuativi, documentata mediante dichiarazione del datore di lavoro ovvero autocertificazione dell'interessato ai sensi del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, possono continuare ad esercitare detta attività; per tali soggetti, il mancato possesso della qualifica di educatore professionale socio-pedagogico o di educatore professionale socio-sanitario non può costituire, direttamente o indirettamente, motivo per la risoluzione unilaterale dei rapporti di lavoro in corso alla data di entrata in vigore della presente legge né per la loro modifica, anche di ambito, in senso sfavorevole al lavoratore.

Il comma 599 chiarisce che, per chi lavora da più di 12 mesi, anche non continuativi, come educatore, non può essere licenziato a causa della mancanza di qualifica di educatore professionale socio-pedagogico. Ad ogni modo, dovrà ottenere la qualifica entro 3 anni dall'entrata in vigore della legge, come previsto dal comma 597.

600. L'acquisizione della qualifica di educatore socio-pedagogico, di educatore professionale socio-sanitario ovvero di pedagogo non comporta, per il personale già dipendente di amministrazioni ed enti pubblici, il diritto ad un diverso inquadramento contrattuale o retributivo, ad una progressione verticale di carriera ovvero al riconoscimento di mansioni superiori.

Il comma 600 illustra come, per chi già lavora all'interno di amministrazioni o enti pubblici, non sia possibile avere un miglioramento retributivo a seguito del conseguimento della qualifica di educatore professionale socio-pedagogico.

Grazie a tale legge si chiarisce l'importanza per l'educatore professionale socio-pedagogico di una formazione universitaria specifica, in quanto per lavorare in questo ambito servono determinate competenze metodologiche e pedagogiche: non è sufficiente il buon senso o la buona volontà, come si poteva pensare una volta. I bisogni delle persone sono estremamente diversi e in continua evoluzione: è necessario avere molti strumenti a disposizione e applicare diversi approcci (medico, sanitario, psicologico, educativo) per poter intervenire efficacemente all'interno di un percorso educativo, che permetta al soggetto di esprimere pienamente le sue potenzialità.

Con l'entrata in vigore il 1° gennaio 2018 della Legge 205 viene dato un riconoscimento ufficiale e una tutela alla professione di pedagogo e di educatore professionale socio-pedagogico. Questo è un segnale molto importante per queste categorie in quanto il lavoro, soprattutto quello dell'educatore, lamentava una scarsa identità professionale, spesso non riconosciuta a livello sociale e oggetto di ammirazione o di pietà da parte di chi non aveva ancora compreso qual era il ruolo di tale lavoro. È importante che l'educatore abbia le competenze professionali per fondare il proprio lavoro, abbia consapevolezza del suo ruolo e delle sue mansioni (Groppo, 1994, pag. 279) e con l'entrata in vigore di tale legge un piccolo passo in questo senso è stato fatto.

Con l'articolo 33bis del Decreto-legge del 14/08/2020 n. 104, convertito poi in legge del 13/10/2020 n. 126, infine, si chiarisce che anche l'educatore professionale socio-pedagogico potrà lavorare all'interno dei contesti sanitari per dare il suo prezioso contributo dal punto di vista strettamente educativo all'interno delle équipe, che solitamente sono formate per la maggior parte da professionisti in area medica.

Ecco l'estratto dell'articolo dalla Gazzetta Ufficiale:

Misure urgenti per la definizione delle funzioni e del ruolo degli educatori socio-pedagogici nei presidi socio-sanitari e della salute.

1. *Il Ministero della salute, d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca, con apposito decreto, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata*

in vigore della legge di conversione del presente decreto, stabilisce le funzioni proprie degli aspetti socio-educativi, considerato che il tratto specifico del ruolo della figura professionale dell'educatore socio-pedagogico nei presidi socio-sanitari e della salute è la dimensione pedagogica, nelle sue declinazioni sociali, della marginalità, della disabilità e della devianza.

2. *Le funzioni dell'educatore socio-pedagogico di cui al comma 1, svolte in collaborazione con altre figure socio-sanitarie e in applicazione dell'articolo 1, comma 2, della legge 14 gennaio 2013, n. 4, fanno riferimento alle seguenti attività professionali:*

a) *individuare, promuovere e sviluppare le potenzialità cognitive, affettive, ludiche e relazionali dei soggetti, a livello individuale e collettivo, nell'ambito di progetti pedagogici elaborati in autonomia professionale o con una equipe in prospettiva interdisciplinare e interprofessionale;*

b) *contribuire alle strategie pedagogiche per programmare, pianificare, realizzare, gestire, monitorare, verificare e valutare interventi educativi mirati allo sviluppo delle potenzialità di tutti i soggetti per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di sviluppo, autonomia personale e inclusione sociale;*

c) *progettare, organizzare, realizzare e valutare situazioni e processi educativi e formativi sia in contesti formali, pubblici e privati, sia in contesti informali, finalizzati alla promozione del benessere individuale e sociale, al supporto, all'accompagnamento e all'implementazione del progetto di vita delle persone con fragilità esistenziale, marginalità sociale e povertà materiale ed educativa, durante tutto l'arco della vita;*

d) *costruire relazioni educative, cura educativa, accoglienza e responsabilità; prevenire situazioni di isolamento, solitudine, stigmatizzazione e marginalizzazione educativa, soprattutto nelle aree territoriali culturalmente e socialmente deprivate.*

L'educatore professionale socio-pedagogico, all'interno di ambiti e presidi sanitari e socio-sanitari, pur non svolgendo professione sanitaria, potrà svolgere, insieme all'equipe degli altri professionisti, compiti e attività pedagogico-educative come

indicato nel Decreto Legge, poi convertito in Legge n. 126 del 13/10/2020. Questo servirà per rendere i servizi più completi e per dare una risposta più ricca a un'utenza sempre più complessa, soprattutto nell'epoca post pandemia.

2.3.: Una professione poco conosciuta

Come ho scritto in precedenza, la figura dell'educatore è ancora una professione poco conosciuta in Italia; la maggior parte delle persone non sa bene di cosa si occupi, quale sia il suo ruolo e le sue funzioni: molti pensano che siano delle figure che "fanno compagnia" o trascorrono il proprio tempo insieme alle persone in difficoltà o con delle disabilità, ma in realtà la funzione dell'educatore ha un significato molto più profondo.

La parola educatore deriva da "educere", che significa "tirar fuori", ovvero facilitare l'espressione delle potenzialità e possibilità insite di una persona, sostenerla nel suo cammino di crescita, con risposte che possano soddisfare le esigenze della sua età (Poropat-Lauria, 1998, pag. 15). L'educazione, infatti, come scriveva il pedagogista Piero Bertolini (1996) è un "processo di formazione dell'uomo (...) nella direzione di una lenta ma autentica scoperta e chiarificazione del sé, ovvero delle proprie caratteristiche fisiche, mentali e spirituali". L'educazione da sempre fa parte della storia dell'uomo: il processo educativo è insito nell'uomo e si realizza grazie al confronto con la realtà che gli propone vincoli e opportunità (Miodini, Zini, 1992, pag. 27). Nel passato, l'educazione consisteva nel preparare il bambino a diventare un adulto, mentre oggi l'educazione si impegna a rispettare i tempi e le modalità di crescita dell'individuo. L'educatore accompagna il percorso evolutivo, deve far affiorare le potenzialità dell'individuo favorendo l'espressione delle sue competenze e delle sue attitudini, senza inculcare idee o forgiare a sua somiglianza (Ivi, pag. 28). L'educatore deve sollecitare l'individuo affinché trovi le risorse per influenzare la realtà per ottenere un cambiamento.

L'obiettivo del lavoro dell'educatore non è quello di curare una patologia individuale o sociale, ma di avviare e mantenere nella persona o nel gruppo un processo di apprendimento di diversi modi di pensare, agire, sentire, per trovare il modo di risolvere la situazione-problema grazie alle risorse che vengono attivate dall'educatore

tramite un progetto pensato appositamente per l'utenza (Poropat-Lauria, 1998, pag. 10).

L'educatore, nella maggior parte dei casi, lavora con la devianza (minori in difficoltà, disabili, anziani, salute mentale, tossicodipendenti, carcerati, ...): il concetto di devianza non è oggettivo, dipende da molti fattori e dai parametri di "normalità" dati dalla società (Miodini, Zini, 1992, pag. 14). In realtà non è così semplice distinguere un comportamento normale da uno non normale, in quanto la normalità dei comportamenti può dipendere dalle situazioni, dal contesto e da altri fattori. Un atteggiamento anormale può essere caratterizzato da deviazione rispetto alle norme statistiche (ma non si può considerare solo questo aspetto), deviazione dalle norme sociali (in questo caso tutto dipende dalle singole società e anche dal momento storico), se esso ha effetti nocivi sull'individuo (così tanta paura della folla da non prendere autobus, ad esempio), angoscia personale (infelicità, ansia, depressione, agitazione, insonnia, ...): come scrive Cunico (2002), citando Atkinson (1999), tutti questi criteri devono essere considerati per diagnosticare l'anormalità. Ma in realtà, come affermava il pedagogo Andrea Canevaro durante un'intervista telefonica del 2008, "normale non implica giusto", pertanto non dobbiamo operare una distinzione e generare un ulteriore stigma sulle persone "devianti", ma è compito dell'educatore lavorare con queste al fine di far venire alla luce le loro potenzialità nascoste e valorizzare le differenze per cui ogni essere umano si contraddistingue.

Il lavoro dell'educatore si basa sulla relazione d'aiuto, ma allo stesso tempo serve professionalità, non si può usare un approccio troppo personale o instaurare una relazione troppo "intima" con l'utente. L'educatore dovrà servirsi dell'entropatia, ovvero un atteggiamento che permette di penetrare nell'intima esistenza dell'altro, al fine di saper ascoltare per cogliere la personale visione del mondo dell'altro (Poropat-Lauria, 1998, pag. 24). È necessario mettersi in gioco, ma mantenere una giusta distanza tra l'educatore e l'educando, che permetta di riflettere sulla metodologia usata (Gardella, 2007, pag. 7). Infatti è fondamentale per l'educatore sostenere l'azione su basi metodologiche; il suo deve essere un agire pedagogicamente fondato, per questo

servono conoscenze, competenze e anche esperienza: teoria e pratica dialogano e si arricchiscono in un rapporto circolare.

L'educatore lavora nelle esperienze quotidiane in quanto l'educazione fa parte della vita di tutti i giorni: egli non deve realizzare un intervento banale, ma è necessario fondarlo su ragioni precise e dargli un significato profondo al fine di ottenere un agire sensato e competente (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 88): serve, pertanto, competenza metodologica e pragmatica: il sapere deve essere scientificamente e pedagogicamente fondato.

Quando manca una chiara impostazione metodologica si organizza un programma poco chiaro, che prevede attività come gite, passeggiate, giochi, tornei, ci si basa su esperienze passate, ma in questo modo non si producono effetti sul piano educativo (Poropat-Lauria, 1998, pag. 30) perché un progetto può essere efficace per una certa utenza, ma non è detto che lo sia anche per altre, in quanto ogni persona è unica e irripetibile, pertanto è necessario capire quali strategie adottare per raggiungere al meglio gli obiettivi prefissati. La proposta dell'educatore, infatti, deve essere intenzionale, ovvero realizzata con lo scopo di raggiungere un obiettivo (Groppo, 1994, pag. 275). Tali obiettivi devono essere adeguati alla condizione del soggetto, che può vivere una condizione di disagio psico-fisico per cause fisiologiche o carenze soggettive: l'educatore deve saper individuare interventi per potenziare le risorse disponibili, indipendentemente dall'età dell'utenza. La conoscenza della patologia diagnosticata permette all'educatore di capire le potenzialità psico-fisiche ancora presenti e fornire strumenti per raggiungerli. Gli interventi riabilitativi possono essere: manuali-operativi (lavoro pratico, bricolage, disegno, ...), del corpo (ginnastica, ...), intellettuale (recupero delle capacità cognitive, lettura, scrittura, ...), psicologico-relazionale (per definire il proprio sé e rapportarsi con gli altri), espressivo-creativa (per generare nuove idee) (Miodini, Zini, 1992, pag. 31).

L'educazione è un'azione astratta, invisibile, i risultati non si vedono a breve termine e può succedere che non si raggiungano gli obiettivi prefissati: è necessario considerare il rischio di un fallimento. È un atto volto a generare intenzionalmente un movimento educativo nei soggetti: tale esperienza educativa dipende sia dalla

predisposizione dei soggetti, sia dalla predisposizione ambientale. Gli educandi devono essere agganciati a diversi livelli nell'esperienza, la quale deve suscitare curiosità e desiderio: l'educatore ha il compito di organizzare i diversi elementi dell'esperienza educativa, ancorandoli a una strategia. Serve, pertanto, un metodo, non inteso come "procedimento", ma come insieme di decisioni, pensieri, azioni, orientamenti che consentano all'esperienza educativa di essere tale. Il metodo prende forma nell'esperienza e diventa pratica educativa individuando la modalità di azione sulla base delle situazioni. L'educatore, infatti, valuta sistematicamente gli effetti per capire come modificare l'azione in corso d'opera. Le azioni non sono a caso, ma sono ancorate a una decisione, che è quella di far fiorire le potenzialità educative dei soggetti. (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 95). Per farlo, l'educatore deve saper orientare la gestione e organizzare tutti i vari elementi.

Il lavoro dell'educatore prevede l'acquisizione di molte competenze, sia dal punto di vista teorico (e per questo ci aiuta il corso di studi universitario), sia pratico (fondamentale è l'esperienza), riprendendo il concetto di rapporto circolare tra teoria e pratica, che è alla base anche della pedagogia. Le competenze dell'educatore riguardano in particolare l'area della comunicazione verbale e non verbale (saper comunicare efficacemente, saper ascoltare l'altro, saper essere empatici, ...), l'area psicologica (saper comprendere le componenti psicologiche nel soggetto, saper individuare le dinamiche relazionali all'interno di gruppi come famiglia, comunità, gruppi, ...), l'area pedagogica (saper affiancare l'educando nell'esperienza che gli permetterà di sperimentare le proprie potenzialità e i propri limiti), l'area medica (conoscenza della diagnosi e delle reali capacità della persona, al fine di operare sul "possibile"), l'area sociologica e antropologica (sapere dare uno sguardo alla società attuale e riuscire a interpretare i nuovi bisogni), l'area economica (saper progettare un intervento riuscendo a gestire le risorse, anche economiche, a disposizione), l'area informatica e mediale (avendo a che fare con i giovani, è importante saper gestire le nuove tecnologie per poter stare al passo con l'evoluzione), l'area animativa e culturale (saper realizzare delle attività coinvolgenti che permettano di ampliare il bagaglio di conoscenze).

Alla figura dell'educatore professionale socio-pedagogico si affianca spesso quella dell'animatore sociale, il cui compito è quello di aiutare le persone ad esprimere il proprio sé, liberare la fantasia e la sensibilità delle persone, recuperare un'immagine positiva di sé, organizzare attività ricreative all'interno del gruppo e della comunità. È una figura viva all'interno del territorio che si occupa di organizzare attività culturali per stimolare il recupero delle capacità cognitive e relazionali: spesso organizza gruppi di lettura di giornali e libri, cineforum, visite di musei e spettacoli. Per riuscire a fare tutto questo, è importante che l'educatore sappia agire all'interno del territorio, analizzare i bisogni della comunità, abbia una buona capacità organizzativa e di confronto con le istituzioni (Miodini, Zini, 1992, pag. 34).

2.4.: L'educatore professionale socio-pedagogico in salute mentale

Per quanto riguarda la salute mentale, la disciplina di riferimento, dal punto di vista medico-biologico, è la psichiatria. Come afferma a gran voce Maria Benedetta Gambacorti-Passerini (2019) anche la pedagogia, e quindi l'intervento dell'educatore professionale socio-pedagogico, può dare un contributo positivo alla riabilitazione della persona. Non è sufficiente avere uno sguardo medico, ma è necessario anche intervenire nel percorso di sviluppo e crescita degli utenti, capire come le persone arrivano ad essere ciò che sono. Bisogna guardare oltre la malattia perché il soggetto si costituisce in tutte le sue dimensioni: serve una comprensione globale della persona in quanto l'esistenza umana è un oggetto complesso e sfaccettato (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 76).

L'educatore, oltre alla storia di vita della persona, deve osservare anche il contesto dove questa vive e come esso possa influire sulla sua vita; è necessario capire come le abitudini, le modalità di convivenza, i desideri influiscano su quei soggetti: questo serve per capire come le persone abbiano imparato ad abitare quello spazio, ad esprimersi con esso. L'educatore ha bisogno di riconoscere queste cose perché grazie a questa osservazione può immaginare come modificare gli spazi di vita e come incoraggiare gli utenti a costruire nuove competenze (Ivi, pag. 114).

Gambacorti-Passerini (2019), riprendendo Palmieri (2000), scrive che la cura del disagio mentale deve comprendere anche una dimensione educativa e formativa che permetta di sviluppare nell'uomo il suo più proprio poter essere. È importante riflettere sull'esperienza vissuta per comprendere la persona e le sue modalità di esistenza: serve un approccio integrato per capire le condizioni nelle quali si genera il disagio mentale, in quanto esiste un legame tra contesto socio-ambientale (famiglia, clima educativo e culturale) e l'insorgenza o la cura della malattia mentale. La pedagogia, pertanto, è d'aiuto nell'impostare un percorso di vita, partendo dalle condizioni date e considerando l'intera storia esistenziale del soggetto. Bisogna saper andare oltre le componenti fisiche e biologiche della diagnosi, senza ignorarla. L'educatore nel campo della psichiatria ha il ruolo di delineare una via non tanto verso la guarigione, in quanto è un processo difficile da definire nell'area della salute mentale, ma verso la *recovery*, che Gambacorti-Passerini (2019) descrive come "...come ripresa personale, volto a recuperare potenzialità e possibilità, focalizzato sul processo vissuto più che sull'esito del percorso". Citando Maone e D'Avanzo (2015) aggiunge che è il paziente, prima di tutti, che si impegna nel recupero delle sue capacità che sono state compromesse dalla malattia, anche per lottare contro lo stigma sociale che gli viene addossato. L'educatore, quindi, ha il compito di integrare l'esperienza del disagio psichico in una cornice che abbia anche spazi di "vita buona" per ogni soggetto (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 81). Il disagio, infatti, fa parte dell'esistenza; la pedagogia ci aiuta a vivere la nostra condizione ed è importante integrarla con i percorsi di riabilitazione fisica e medica. Lo psichiatra Giovanni Jervis (1975), citato da Miodini e Zini (1992) ribadiva la necessità di ribaltare il concetto di salute, in quanto non è da considerare come l'assenza di malattia, ma la "possibilità di utilizzare al massimo le attitudini fisiche e psichiche dell'organismo, cioè la capacità di usare il proprio corpo in modo ottimale".

Per tali motivi, anche il lavoro dell'educatore professionale socio-pedagogico è importante all'interno dell'area della salute mentale, in quanto può agire realizzando degli interventi educativi legati alla dimensione dell'abitare, alla costruzione e al mantenimento di una rete sociale, alla gestione di un'occupazione, al fine di ampliare il campo delle esperienze per vivere una condizione diversa da quella di partenza

attraverso la realizzazione di attività quotidiane pensate appositamente per una specifica utenza che deve raggiungere un determinato obiettivo (Gambacorti-Passerini, 2019, pag. 83). A tal proposito, voglio citare i 2 progetti che avrò modo di descrivere più approfonditamente nel prossimo capitolo: si tratta di Vita Indipendente e Dopo di noi. Tali progetti sono nati per aiutare gli utenti (giovani in situazioni di disagio familiare e persone disabili orfane) a raggiungere delle piccole autonomie nella vita quotidiana, al fine di acquisire un piccolo traguardo verso l'indipendenza. L'educatore ha il compito di affiancare queste persone nelle attività di tutti i giorni, educandole ad affrontare le piccole difficoltà che vengono viste enormi da chi vive il disagio (Ivi, pag. 136). È importante che le esperienze acquisite vengano usate anche fuori casa, in quanto i soggetti devono scoprirsi capaci di agire autonomamente e affinare le competenze acquisite. Le attività quotidiane, come la preparazione dei pasti, la spesa, le pulizie di casa, diventano delle attività educative e per tale motivo vanno progettate; così facendo diventano dei rituali da rispettare in cui ognuno si sente coinvolto in quanto ha un ruolo e un compito da svolgere. È normale che in situazione di questo tipo nascano anche dei conflitti relativi all'organizzazione, ma bisogna metterlo in conto e accettare gli imprevisti. Come scrive Gambacorti-Passerini (2019) citando Mortari (2003), è importante per l'educando che il vissuto venga rielaborato affinché diventi un'esperienza di apprendimento esistenziale. Per farlo, le persone devono sperimentarsi al di fuori della comunità riguardo quello che hanno imparato, comprendendo i loro punti di forza e di debolezza, per sperimentarsi e riuscire a gestire la loro vita in maniera più indipendente (Ivi, pag. 116).

Anche l'esperienza lavorativa per l'educando è sicuramente un banco di prova molto importante, in quanto si mette a confronto con una realtà esterna, dove deve imparare a svolgere dei compiti, dove può rendersi e sentirsi utile, dove impiega parte del suo tempo libero, anche arricchendo le relazioni interpersonali. Il compito dell'educatore, in questo caso, non è quello di trovare lavoro all'educando, ma di creare le condizioni, sia nella persona, sia nel territorio, affinché i desideri e le competenze del soggetto possano diventare delle possibilità concrete di occupazione e di creazione di legami sociali (Ivi, pag. 117).

Come riporta Gambacorti-Passerini (2019), riprendendo Brambilla e Palmieri (2010), educare in salute mentale significa andare al di là della malattia e promuovere autonomia in relazione alle capacità residue e ai desideri, senza trascurare gli ambienti di vita: l'educatore deve fornire assistenza all'emancipazione della persona malata, che spesso non viene considerata perché ritenuta incapace di modellare la propria vita, in quanto dipendente dagli altri. In realtà dobbiamo cambiare lo sguardo: la persona con malattia o disturbo psichici ha facoltà di rivendicare il diritto alla salute (inteso come sviluppo per godere pienamente delle sue potenzialità), di poter vivere e decidere della propria vita, di partecipare alla comunità anche tramite lo studio, il lavoro: tutto questo permette di dare una dignità umana, a prescindere dalle differenze di status, etnia, genere, salute, come scrive Gambacorti-Passerini (2019), riprendendo Nussbaum (2002). Nonostante questo, è importante ricordare che il malato mentale vive una situazione complessa e può essere che sia precluso dal cambiamento a causa della gravità della malattia: l'educatore deve metterlo in conto. L'educatore non può negare le esigenze sanitarie o l'assistenza, ma dovrà cercare di progettare tenendo in considerazione tutti questi aspetti, cercando di capire quali sono le condizioni che possano favorire un cambiamento, che può non essere garantito (Ivi, pag. 100). Educare in salute mentale significa creare delle condizioni affinché la persona possa sperimentare la sua situazione in maniera diversa; l'utente non deve vergognarsi della sua condizione, ma deve capire come affrontarla, attraverso diverse strategie, scoprendo le sue capacità latenti (Ivi, pag. 105). Come scriveva Basaglia (1968), ripreso da Gambacorti-Passerini (2019), la malattia deve essere "messa tra parentesi", non negata: l'intervento educativo deve riguardare la persona, non la malattia, e l'educatore deve vedere il malato come "soggetto possibile", riprendendo il concetto di educabilità che deriva dalla pedagogia. La persona deve scoprirsi capace nonostante la malattia (Ivi, pag. 110).

Inoltre, il lavoro educativo sta tra emancipazione e adattamento: educare significa favorire certe condizioni affinché all'interno di vincoli le persone possano coltivare le proprie potenzialità, emancipandosi dalla loro situazione di partenza, per riuscire ad "autodeterminarsi", a realizzare piccole attività quotidiane che gli permettano di

raggiungere una certa autonomia o anche solo la possibilità di decidere autonomamente come agire nelle piccole cose (come vestirsi, cosa mangiare, cosa fare nel tempo libero) (Ivi, pag. 102). L'educatore deve dimostrare di potersi fidare della persona: deve dare responsabilità nelle piccole azioni, ma deve sapere anche come rifiutare proposte sulla base di situazioni concrete.

Il lavoro dell'educatore consiste anche nel favorire l'inclusione sociale delle persone malate all'interno della comunità: l'educatore deve insegnare a stare nelle differenze, che non significa ridurle a somiglianze forzate, ma intervenire quotidianamente per attenuare pregiudizi che ancora oggi sono stigmatizzanti verso le persone con malattia psichica e non (Ivi, pag. 107).

L'educatore ha un ruolo anche per quanto riguarda l'azione preventiva: grazie alle sue conoscenze e competenze pedagogiche, deve essere in grado di avere uno sguardo attento verso gli altri per poter cogliere i segnali di disagio e creare le condizioni affinché la persona non viva solamente la difficoltà e i sentimenti negativi legati alla sua situazione. Grazie all'aiuto dell'educatore, l'educando deve imparare a vivere diversamente quegli affetti di ansia, fragilità, solitudine, identità, conflitto, per poter vivere al meglio la sua vita sulla base delle sue potenzialità. Anche per tale motivo, è importante che la cura della salute mentale non passi solo per l'area medica, ma anche pedagogica.

L'educatore si assume l'impegno di aiutare la persona a coltivare ciò che lo contraddistingue, in quanto ogni soggetto è unico e irripetibile. Con la definizione del progetto di vita, è possibile accompagnare l'educando nel suo cammino di scoperta di sé, delle sue potenzialità oltre la malattia, ma la posizione dell'educatore è complicata in quanto deve saper monitorare l'esperienza dall'esterno e allo stesso tempo essere presente nella situazione; deve inoltre fare attenzione a non vivere semplicemente a fianco dell'utente; il professionista, infatti, ha il compito di interrogarsi sul contributo che ha dato e di documentare il proprio lavoro agli altri componenti dell'equipe (Ivi, pag. 148).

Capitolo 3: Esperienza di tirocinio

3.1.: Presentazione della struttura

Per completare gli studi, avevo il desiderio di conoscere più a fondo le attività previste dal programma “Dopo di noi”, in quanto mi affascinava l’idea di poter aiutare le persone con difficoltà a raggiungere delle piccole autonomie nella vita quotidiana. Per tale motivo, ho scelto di svolgere il tirocinio presso la Comunità Casa Amami di San Martino di Lupari, che ospita una decina di persone con disabilità non grave (ritardo mentale, autismo, disturbi dell’umore, ...).

Casa Amami nasce dalla collaborazione tra l’Associazione Amami e la Cooperativa Nuova Vita di Camposampiero, che nel territorio gestisce molti altri servizi dedicati agli anziani, disabili e minori. L’Associazione Amami nasce alla fine degli anni ’70: era formata da un gruppo di genitori del paese che aveva figli con disabilità, al fine di raccogliere fondi per avviare la costruzione della struttura che sarebbe servita ad accogliere gli stessi ragazzi e altre persone del territorio con difficoltà. Questo desiderio nasceva dalla paura di dover, un giorno, lasciare questi figli, finora protetti, e pertanto volevano creare una struttura che li potesse accogliere e che li facesse sentire partire della comunità. Nel corso degli anni, l’Associazione ha collaborato con altre realtà del territorio al fine di raggiungere l’obiettivo, ovvero la costruzione della struttura, che si è realizzato grazie anche al contributo ricevuto dalla Regione Veneto.

Casa Amami oggi è un edificio di recente e moderna costruzione: al piano terra ci sono alcuni uffici per l’amministrazione e gli educatori, un grande salone d’ingresso dove gli ospiti passano la maggior parte del tempo (guardano la tv, leggono dei libri o riviste, fanno delle attività anche in gruppo, ...), una sala da pranzo con grandi vetrate luminose, una cucina, degli spazi di servizio, bagni attrezzati, le scale e un ascensore portano al piano superiore dove troviamo delle camere dedicate alla comunità e al programma “Dopo di Noi”, al secondo piano invece ci sono dei mini appartamenti (cucina, camera, bagno), oltre a degli spazi per la lavanderia comuni, che vengono utilizzati dai ragazzi dei progetti di “Vita Indipendente”. È presente anche un appartamento domotico, che funziona grazie al comando vocale, con spazi realizzati a misura di carrozzina. La struttura è situata in una zona centrale del paese, a pochi passi da un’edicola, dal

mercato, negozi, bar, supermercati, municipio, chiesa, oltre ad avere proprio davanti un parco dove gli ospiti possono fare qualche passeggiata all'aria aperta. Durante l'estate, gli ospiti hanno avuto a disposizione anche un pezzo di terra dove hanno coltivato qualche ortaggio (zucchine, carote, pomodori, melanzane). Casa Amami è dotata anche di una sala polivalente che verrà messa a disposizione di altre associazioni del territorio, al fine di avvicinare la comunità al resto del paese, in un'ottica di integrazione e deistituzionalizzazione.

È grazie al tirocinio che mi sono avvicinata alle tematiche sulla salute mentale e di come viene vista ancora oggi: la malattia mentale è un ambito ancora poco conosciuto o che spaventa molti, per questo ho deciso di studiarlo, per capire come, nel mio piccolo, poter vincere questi pregiudizi e lo stigma che viene affibbiato alle persone che vivono questa situazione di difficoltà.

3.2.: Resoconto dell'esperienza

Durante il tirocinio ho avuto modo di capire qual è il ruolo dell'educatore professionale socio-pedagogico all'interno di questo tipo di realtà e di quanto sia importante questa figura. La struttura, infatti, aveva a disposizione un personale specializzato per la maggior parte dal punto di vista sanitario (oss, educatori professionali socio-sanitario con laurea L/SNT2) in quanto la cooperativa, al tempo, non prevedeva la presenza di un educatore professionale socio-pedagogico.

Confrontandomi anche con gli altri educatori, abbiamo realizzato, invece, quanto sia importante assistere gli utenti anche dal punto di vista educativo. Le persone non hanno bisogno solo di assistenza sanitaria, ma anche di un aiuto per instaurare delle relazioni positive con i propri compagni durante la permanenza in struttura, per riscoprire le proprie potenzialità, cosa possono e amano ancora fare, come possono rendersi utili nelle faccende di tutti i giorni, per poter accrescere la propria autostima e dare un aiuto concreto alla gestione della casa.

Per tale motivo, a seguito di un periodo di osservazione degli altri educatori e degli utenti, ho cercato di capire quali potessero essere i punti di forza e di debolezza delle

persone che avevo modo di incontrare maggiormente, al fine di realizzare delle attività che fossero utili per accompagnarli nel loro percorso di crescita.

Ad esempio, con P., una giovane ragazza con un leggero ritardo mentale, ho cercato di approfondire la tematica dell'alimentazione in quanto lavorava come aiuto cuoca in una mensa di un asilo. L'ho assistita nella preparazione del pranzo, abbiamo visto insieme la piramide alimentare e capito come fare degli abbinamenti corretti a tavola. Le ho consigliato di realizzare un ricettario in cui annotare i piatti nuovi che provavamo insieme ed è stata molto contenta di scoprire delle nuove e semplici ricette, che avrebbe potuto realizzare autonomamente. Oltre alla cucina, abbiamo avuto modo di rivedere anche la geografia del Veneto: questa attività serviva non solo per ripassare le conoscenze acquisite a scuola, ma per comprendere realmente come orientarsi all'interno della propria regione. Ho cercato di aiutarla anche per quanto riguarda la gestione del denaro attraverso il gioco Monopoli, durante il quale P. era in difficoltà con le operazioni matematiche. Avrei voluto proseguire ed approfondire questo tema con lei, ma purtroppo stava per terminare il progetto all'interno della struttura.

Durante il tirocinio ho avuto modo di comprendere la difficoltà di instaurare una relazione di fiducia con l'educando, basata sull'empatia e sull'ascolto, ma allo stesso tempo mantenendo una giusta distanza. È importante che l'educando comprenda qual è il ruolo dell'educatore, lo rispetti e non lo tratti come un amico. Mi è capitato di cadere nella tentazione di fare qualcosa che mi era stato chiesto da un utente, ma mi sono subito resa conto che non avrei dovuto "cadere nella sua trappola", così ho vestito i panni del professionista educativo e ho provato a trovare una soluzione che fosse corretta (almeno, ci ho provato...!).

Per vincere i pregiudizi e favorire l'integrazione degli utenti nella comunità di San Martino di Lupari, ho accompagnato qualcuno di loro al mercato del paese, a fare colazione al bar, a fare la spesa al supermercato. Per loro era importante poter svolgere queste attività in autonomia e si notava che erano orgogliosi di poter fare queste piccole cose da soli, anche solo per poter uscire dalla comunità e vivere un po' la vita che gli stava intorno.

Ho avuto modo di sperimentare le mie competenze relativamente alla comunicazione e all'ascolto dell'altro: è successo più di una volta che qualche utente mi abbia confidato alcuni episodi duri della propria vita. Ho cercato di essere una buona educatrice e di trasmettergli empatia, conforto e forza per proseguire il suo cammino. Spero di esserci riuscita.

Durante il tirocinio ho cercato di capire anche le dinamiche instaurate all'interno della comunità e dei singoli gruppi che si creavano al suo interno.

Per quanto riguarda la sfera animativa, mi sono fatta aiutare dalla musica: durante le attività di pittura facevo scegliere a turno una canzone da ascoltare tutti insieme: questo serviva anche per far conoscere un pezzo di noi agli altri.

Dal punto di vista culturale, spero di aver lasciato un segno grazie agli albi illustrati che ho preso in prestito dalla biblioteca. Le tematiche riguardavano in particolare l'accettazione di sé, tema molto attuale, soprattutto per le giovani ragazze della comunità.

Conclusioni

Ho avuto la possibilità di sperimentare il lavoro dell'educatore professionale socio-pedagogico in un periodo in cui non erano in vigore particolari restrizioni causate dalla pandemia Covid-19. A settembre e ottobre 2021 era già da più di un anno che convivevamo con questa situazione: i primi vaccini erano già stati somministrati, non c'erano particolari divieti di spostamenti o organizzazione di attività, il periodo estivo, infatti, era stato caratterizzato da una limitata diffusione del virus. Durante questa tregua che ci era stata concessa, ne ho approfittato per svolgere il tirocinio, in quanto pensavo che, nella mia prima esperienza come educatore, mi sarei trovata molto in difficoltà a gestire delle attività educative a distanza.

Gli educatori che lavoravano nei servizi durante la primavera del 2020, invece, non hanno avuto molte possibilità di scelta, come anche moltissimi altri lavoratori di altri ambiti. Posso solo immaginare quanto quel periodo sia stato difficile anche per queste realtà, in quanto, improvvisamente, hanno dovuto reinventarsi la modalità di lavorare, in un momento in cui nessuno capiva cosa stesse succedendo fuori. In realtà anche questo fa parte del lavoro dell'educatore: sapersi arricchire di nuove competenze per affrontare la situazione vissuta.

Infatti, durante la prima fase della pandemia, gli educatori hanno dovuto fare i conti con la chiusura di molte attività tra cui centri diurni, attività di dopo scuola, servizi domiciliari, altri sportelli e servizi normalmente a disposizione, e soprattutto dovevano fronteggiare una situazione di disagio vissuta dagli utenti, persone fragili che avevano bisogno di supporto. È stato in quel momento che gli educatori hanno dimostrato la loro capacità di mettersi in gioco per costruire nuovi percorsi, al fine di dare una continuità agli interventi educativi. È così che è stata messa in campo la tecnologia, che fino a quel momento non era stata considerata come alleata nel lavoro educativo.

Come abbiamo visto, infatti, la relazione educativa si basa sul porsi "a una giusta distanza", ma qual è "la distanza giusta"? Se prima potevamo concederci un abbraccio, una stretta di mano, un sorriso, con la pandemia, almeno nella prima fase, abbiamo visto ridursi il contatto a uno sguardo davanti allo schermo di un tablet, di un pc, di uno

smartphone. Nel migliore dei casi, ci si osservava dietro a una mascherina, quell'oggetto con il quale, ormai, abbiamo preso confidenza, ma che inizialmente ci impressionava.

Questo tipo di relazione, però, dava anche la possibilità di entrare nel mondo dell'altra persona, nella sua casa, nel suo nido, e questo valeva sia per l'educando, sia per l'educatore. La relazione poteva diventare più intima, anche attraverso il racconto di quello che si intravedeva alle spalle della persona. Lo scorcio della camera dell'educando (un poster appeso, una libreria, un peluche, ...) poteva raccontare qualcosa di quella persona e darci qualche spunto di dialogo su quello che ama il ragazzo, che magari fino a quel momento non sapevamo. Questo tipo di relazione veniva visto in modo diverso: c'era chi lo apprezzava in quanto permetteva un buon grado di coinvolgimento, nonostante la situazione vissuta, e altri che risentivano della mancanza di contatto fisico e pertanto giudicavano la relazione più fredda.

La tecnologia durante il lockdown si è dimostrata uno strumento fondamentale per l'erogazione di interventi a distanza e questo ha portato a ripensare al rapporto con essa, in quanto viene sempre più utilizzata. Se da un lato può essere vista come strumento per costruire legami con la comunità, facilitare la partecipazione e l'apprendimento, favorire l'espressione di sé, supportare nell'aggiornamento professionale e nella crescita culturale, allo stesso tempo è importante comprendere che non possiamo dare per scontato che possa essere sempre a disposizione di tutti i nostri utenti, inoltre è necessario adattare le attività da svolgere sulla base dello strumento utilizzato. È importante anche capire come utilizzarla al meglio, per evitare di essere assuefatti dal mondo virtuale, ma anche per non generare o subire atti di cyberbullismo. L'educatore deve essere in grado di stare al passo anche con queste novità tecnologiche e di affiancare i giovani su come agire correttamente in questo mondo che sta diventando sempre più "parallelo" a quello reale.

Durante la seconda fase della pandemia i servizi educativi erogati sono stati potenziati, per contrastare la povertà educativa generata dalla prima fase (caratterizzata dalla chiusura delle attività scolastiche e altri spazi educativi) e adattati per rispettare le norme di sicurezza.

Se pensiamo, infatti, a chi viveva all'interno di comunità residenziali (come centri per minori, disabili, o anche anziani), dobbiamo riflettere sul fatto di come questi si sono visti negare la possibilità di vedere per lungo tempo i propri cari. Certo, anche noi eravamo intrappolati, chi più chi meno, dentro le nostre case, ma proviamo a pensare a chi non poteva comprendere la situazione che stavamo vivendo e che ha visto il proprio mondo sconvolgersi da un giorno all'altro: mi riferisco alle persone con un ritardo mentale, ragazzi autistici, anziani con demenza, ma anche bambini piccoli. Chissà quale sofferenza hanno provato nei loro cuori, vedendo che il loro mondo si stava pian piano riducendo a quattro mura. Queste mura diventavano giorno dopo giorno sempre più strette, causando scontri e alimentando conflittualità che potevano già esserci. Mancando una valvola di sfogo come lo sport, l'interazione sociale, le attività informali, tutto diventava più difficile da gestire. Inoltre, gli operatori presenti in struttura erano in numero ridotto e in alcuni casi le persone più vulnerabili si sono sentite abbandonate.

E lo stesso vale per i ragazzi: l'adolescenza non è il periodo della vita caratterizzato dalla reclusione all'interno delle mura domestiche, ma è fatta, nella maggior parte dei casi, di evasione, ribellione, nuove avventure. E invece questo virus ha spazzato via la possibilità di vivere queste esperienze a un'intera generazione, che ora sta cercando di riprendersi quello che ha perso e che ancora fatica ad ottenere. Questo disagio vissuto da molti ragazzi si sta mostrando in varie forme: sia violenza, aggressività, che vediamo quotidianamente nei telegiornali, ma anche profonda sofferenza, fragilità, isolamento. È necessario un intervento efficace per aiutare questi ragazzi a riprendere in mano la loro vita, affinché possano realizzare un percorso che li porti allo sviluppo di sé, delle loro capacità, della consapevolezza che il mondo è in continuo cambiamento, e che loro ne sono i protagonisti.

L'educatore fa parte di questa realtà in evoluzione e deve sapersi reinventare continuamente e con consapevolezza, con l'obiettivo di dare risposte e strumenti concreti ai bisogni emergenti dalla comunità. Come ha saputo fare con la tecnologia, da un lato vista come disumanizzante perché riduceva il contatto sociale, ma allo stesso tempo necessaria perché senza di essa non sarebbe stato possibile mantenere alcun contatto e questo, nelle situazioni già difficili vissute da alcuni utenti, avrebbe generato

effetti anche più drammatici. La tecnologia, infatti, può diventare uno strumento per dimostrare la nostra presenza, per prendersi cura dell'altro, per favorire l'integrazione.

La salute mentale è un tema che deve essere preso maggiormente in considerazione in quanto è necessario fronteggiare gli effetti a lungo termine di questa pandemia. Nonostante lo scarso riconoscimento dato alla figura dell'educatore professionale socio pedagogico durante questo periodo di emergenza, dobbiamo dire che egli è, insieme ad altri professionisti, quella figura che va rivalutata e ripensata nelle nuove situazioni che si sono generate, in quanto può affiancare la persona nel percorso di realizzazione di sé e nel raggiungimento di uno stato di benessere, che non può essere inteso sempre e solo dal punto di vista economico, ma anche psicosociale.

Bibliografia e Sitografia

- Regione Veneto – Ulss 8 Berica, *Informazioni sui servizi per la salute mentale e colloqui informativi*. Disponibile in <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/1449> (dicembre 2021).
- Bassa Poropat M. T., Lauria F., *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento*, Edizioni ETS, Pisa, 1998.
- Cotichelli G., *Alle origini della ricerca infermieristica: Jean Baptiste Pussin, un antesignano nella Francia della Rivoluzione*. Disponibile in <https://letteredallafacolta.univpm.it/alle-origini-della-ricerca-infermieristica-jean-baptiste-pussin-un-antesignano-nella-francia-della-rivoluzione/> (gennaio 2022).
- Cunico L., *L'assistenza al paziente con problemi psichici*, McGraw-Hill, Milano, 2002.
- Fondazione Umberto Veronesi, *L'onda lunga della pandemia sulla salute mentale*. Disponibile in <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/londa-lunga-della-pandemia-sulla-salute-mentale> (febbraio 2022).
- Foot J., *La "Repubblica dei matti" - Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano, 2014.
- Forgacs D., *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'unità a oggi*, Editori Laterza, Bari-Roma, 2014.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1981.
- Gardella O., *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Goffman E., *Asylums*, Nuovo Politecnico Einaudi, Torino, 1961.
- Groppo M., *Professione: educatore: l'operatore socio-psico-pedagogico*, Vita e pensiero, Milano, 1994.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, *Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 - Indicazioni di un programma di intervento dei*

Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale, 2020.

- ISTAT, *La salute mentale nelle varie fasi della vita*, 2018.
- Libro Bianco, *La salute mentale in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2019.
- Miodini S., Zini M. T., *L'educatore professionale*, *La Nuova Italia Scientifica*, Roma, 1992.
- Ongaro Basaglia F., *Manicomio perché?*, Edizioni Centro Franco Basaglia, Roma, 1991.
- Palmieri C., Gambacorti-Passerini M.B., *Il lavoro educativo in salute mentale*, Guerini Scientifica, Milano, 2019.
- Sanità 24 - Il Sole 24 ore, *Coronavirus: disturbi psicologici per il 65% degli italiani*.

Disponibile in

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2020-10-12/coronavirus-disturbi-psicologici-il-65percento-italiani-104908.php?uuid=ADhpLlv> (novembre 2021).