



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE

EDUCATORE PROFESSIONALE E PSICHIATRIA DI COMUNITA':
ATTIVAZIONE DI RETI TERRITORIALI E SOCIALI

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Daniela Saltari

Tesi di Laurea di:

Riccardo Argalia

A.A. 2018/2019

INDICE

Introduzione	1
Capitolo 1: La Salute mentale	3
1.1 La storia della psichiatria in Italia.....	3
1.2 Le strutture per la salute mentale: IL DSM.....	7
1.3 Lo sviluppo della figura dell'educatore professionale: Iter legislativo e competenze.....	11
Capitolo 2: La mia esperienza di tirocinio in comunità psichiatrica	20
2.1 La comunità " Soteria".....	20
2.2 I progetti e le attività educative	31
Capitolo 3: Attivazione di risorse territoriali e familiari	34
3.1 La famiglia e il territorio come risorsa	34
3.2 Il gruppo multifamiliare.....	38
3.3 La rassegna " Malati di Niente".....	42
Capitolo 4: Il progetto " Radio senza Muri "	55
Conclusioni	67
Bibliografia e Sitografia	70

INTRODUZIONE

Con questa tesi ho voluto porre al centro dell'attenzione il lavoro e il ruolo dell'Educatore Professionale nel settore della Salute Mentale.

Per fare ciò ho iniziato partendo dalla storia, dal percorso di sviluppo professionale e legislativo che tale figura ha avuto nel corso degli anni, fino ad arrivare a quello che rappresenta oggi:

un "agente portatore di cambiamento", un professionista della riabilitazione nel campo socio-sanitario (salute mentale, disabilità, tossicodipendenze, minori.) che utilizza tutte le competenze di cui dispone, lavorando per e soprattutto con l'utente, tramite progetti individuali, mirando al recupero della sua autonomia, lavorando sull'apprendimento dei compiti di vita quotidiana, per ottenere una "nuova" immagine di sé dell'utente.

Tutto ciò attraverso strumenti quali la relazione educativa, l'empatia, l'ascolto attivo, la progettazione educativa, il lavoro di rete, fino alla presa in carico.

Si tratta di "dare un significato" all'agire quotidiano, di trasmettere consapevolmente dei valori, uno stile ed un insieme di regole atte alla " sopravvivenza". Partire da regole di gestione di uno spazio quale ad esempio la propria stanza, per arrivare a quelle più profonde ed esistenziali.

Come già annunciato, partirò dalla storia della psichiatria in Italia, di come siamo passati da quella che era uno "stato manicomiale", alla legge Basaglia che ha sancito la prima vera riforma psichiatrica dando il via ad un progressivo cambiamento nel settore, fino ad arrivare alla situazione attuale. Parlerò inoltre dei servizi e delle

strutture per la salute mentale, in primis del DSM (Dipartimento Salute Mentale) e del ruolo fondamentale che svolge l'educatore professionale, analizzando le sue competenze e l'iter legislativo che hanno contrassegnato lo sviluppo della sua figura lavorativa.

Porterò poi la mia esperienza di tirocinio svolta all'interno della comunità psichiatrica "Soteria"; durante la quale ho avuto la possibilità di mettere alla prova le competenze acquisite durante il percorso universitario, avendo vissuto e partecipato in maniera diretta alle numerose attività e progetti, sia all'interno che al di fuori della comunità.

E posso alla luce di ciò, affermare che il tutto è molto ben realizzato e strutturato, grazie ad un grande impegno e ad un efficace lavoro di rete da parte dell'educatore e delle altre figure professionali in esse impegnate.

Tali progetti verranno poi approfonditi nei capitoli 3 e 4 dove spiegherò l'importanza di agire non solo all'interno della comunità, ma bensì al di fuori, coinvolgendo le famiglie degli utenti, come ad esempio il "gruppo multifamiliare", che a Soteria viene svolto con regolarità da diversi anni ormai ed attivando le risorse presenti sul territorio con progetti quali la Rassegna "Malati di Niente", in cui il lavoro di rete è fondamentale.

Come è fondamentale, nell'ultimo grande progetto su cui focalizzerò l'attenzione: il progetto "Radio senza Muri", un progetto la cui nascita, realizzazione e sviluppo ha addirittura origini internazionali.

CAPITOLO 1: LA SALUTE MENTALE

1.1 La storia della psichiatria in Italia

Prima di concentrarci sulla figura dell'educatore professionale e del suo ruolo nel settore della salute mentale, è bene soffermarci su come nel corso degli anni si sia evoluto il modo di agire in tale ambito, è bene dunque approfondire quella che è stata la storia della psichiatria in Italia, passando per un rinnovamento che ci ha condotti fino alle moderne pratiche ed al modello strutturale odierno.

Nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta, mentre da un lato si assisteva ad una crescita progressiva dell'interesse scientifico sui temi della devianza e della malattia mentale, dall'altro lato, gli istituti assistenziali conoscevano uno sviluppo senza precedenti nella storia.⁽¹⁾ Se i trattati di medicina e di psicologia si spingevano a categorizzazioni nosografiche sempre più particolareggiate, tanto che al generico bambino anormale andavano sostituendosi l'insufficiente mentale lieve, l'insufficiente mentale grave, il caratteriale, il ritardato, le istituzioni di assistenza non solo si moltiplicavano ma mostravano anch'esse un'analoga tendenza a diversificarsi tra loro, come se, in sostanza, ad ogni nuova patologia, ad ogni nuovo disturbo, ad ogni nuova forma di disagio occorresse far fronte con una risposta istituzionale via via più specifica e mirata. Al manicomio, che manteneva la sua tradizionale funzione "contenitrice", si affiancavano così classi differenziali e speciali, residenze per spastici, per minori abbandonati, per handicappati, centri di igiene mentale, laboratori protetti.

Uno sviluppo così rapido non poteva di fatto non rendere ancora più evidenti che in passato alcuni vecchi squilibri: innanzitutto il degrado e la fatiscenza delle strutture ospedaliere, ma poi anche la mancanza di un quadro normativo di riferimento che potesse garantire in prospettiva la razionalizzazione di un apparato assistenziale cresciuto fino ad allora in modo disorganico e senza un'adeguata e necessaria pianificazione politica.

A questo punto la politica del settore trovò una concreta attuazione tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio del decennio successivo soprattutto in Veneto ed in Toscana e nel frattempo presso l'ospedale psichiatrico di Gorizia, proseguiva senza sosta l'opera di liberalizzazione interna avviata da Franco Basaglia a cavallo tra il 1961 e il 1962.

Un'opera tanto incisiva quanto unica nel suo genere: la rigida disciplina del passato aveva infatti lasciato spazio a regole di vita condivise tra i pazienti e concordate nel corso di apposite assemblee; dalle finestre dei reparti erano state tolte le vecchie inferriate che erano viste come un simbolo di imprigionamento; i medici avevano ormai smesso di portare il loro distintivo camice bianco, simbolo dell'autorità e della repressione manicomiali, per ricercare con i malati rapporti personali più autentici e paritari, dando così spazio alla dimensione umana; i moderni psicofarmaci avevano sostituito i lacci contenitivi.

Infine la graduale apertura del manicomio verso l'esterno aveva reso evidente agli occhi di Basaglia e della sua équipe l'inutilità delle istituzioni assistenziali come strumenti non solo per la cura del disagio psichico ma per la gestione della devianza e della marginalità in genere.

All'inizio degli anni sessanta cominciò a circolare negli ambienti psichiatrici italiani l'espressione "politica di settore", una politica che in sintesi proponeva di costituire nei manicomi tante unità minori collegate ognuna ad una porzione di territorio prestabilita e di affidarne poi la gestione a singole équipes multidisciplinari che avrebbero dovuto operare anche all'esterno dell'ospedale, occupandosi così del processo terapeutico nella sua globalità, dalla prevenzione alla cura fino a quelle che oggi chiameremmo attività riabilitative.

Si iniziava ad andare verso una nuova psichiatria, una psichiatria basata su pratiche anti-istituzionali, una psichiatria "aperta" e non più di contenimento e reclusione

Il grande lavoro svolto da Basaglia portò a quella che fu la prima vera riforma psichiatrica italiana, una prima vera svolta nel settore della salute mentale: **la legge 180 del 1978**, comunemente conosciuta anche come **Legge Basaglia**.

La Legge 180 è la prima e unica legge quadro che impose la chiusura dei manicomi, regolamentando il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. Ciò ha fatto dell'Italia il primo paese al mondo ad abolire gli ospedali psichiatrici.

Prima della riforma dell'organizzazione dei servizi psichiatrici legata alla legge n. 180 del 1978, come già citato in precedenza, i manicomi erano spesso significativamente connotati come luoghi di contenimento sociale dove l'intervento riabilitativo e terapeutico scontava frequentemente le limitazioni di un'impostazione clinica che si apriva poco ai contributi della psichiatria sociale, delle forme di supporto territoriale, delle potenzialità delle strutture intermedie, e della diffusione della psicoterapia nei servizi pubblici.

La legge voleva anche rappresentare un mezzo ai fini di modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale e la società, riconoscendo appieno i diritti e la necessità di una vita di qualità dei pazienti, seguiti e curati anche da strutture territoriali. Non più quindi abbandonati alla loro situazione di disagio

La legge Basaglia demandò l'attuazione alle Regioni, le quali legiferarono in maniera eterogenea, producendo risultati diversificati nel territorio. Nel 1978 solo nel 55% delle province italiane vi era un ospedale psichiatrico pubblico (solitamente complessi molto estesi, oggi per lo più lasciati abbandonati), mentre nel resto del Paese ci si avvaleva di strutture private per il 18%, o delle strutture di altre province per il 27%.

Di fatto dobbiamo dire che solo dopo il 1994, grazie alla razionalizzazione delle strutture di assistenza psichiatrica da attivare a livello nazionale, si completò la previsione di legge di eliminazione e chiusura dei residui manicomiali.

Nonostante critiche e proposte di revisione, ancora oggi le norme della legge n. 180 del 1978 regolano tuttora l'assistenza psichiatrica in Italia.

1.2 Le strutture per la salute mentale: IL DSM

Prima di concentrarmi sulla figura dell'educatore professionale, descriverò brevemente il Dipartimento di Salute Mentale e i servizi di cui si compone sia perché è in tali luoghi che l'educatore professionale si trova prevalentemente ad operare sia perché nella mia esperienza di tirocinio ho potuto vivere più da vicino alcuni dei servizi e dunque, alcune informazioni generali, possono essere utili per contestualizzarla.

Il DSM è la struttura di coordinamento che garantisce l'unità e l'integrazione dei servizi psichiatrici del territorio. ⁽²⁾

Esso si occupa di:

- Promuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita
- Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio ed attivazione di interventi terapeutici-preventivi
- Prevenzione terziaria attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali
- Miglioramento del funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali e riduzione di tentativi di suicidio o suicidio nella popolazione a rischio

Gli obiettivi principali che il servizio persegue sono:

- Assicurare, alle diverse fasce di popolazione compresa nell'ambito territoriale di riferimento, la disponibilità dei servizi sanitari di natura preventiva, curativa e riabilitativa di primo livello (o di base)
- Garantire l'accertamento e il trattamento delle condizioni morbose e della inabilità mediante interventi specialistici nell'ambito dell'assistenza specialistica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare
- Assicurare la continuità e il coordinamento nell'ambito dello stesso episodio di malattia adottando opportune forme di organizzazione e raggruppamento dei settori operativi, capaci di favorire una pratica che garantisce la presa in carico della persona
- Promuovere il recupero di autonomia e il reinserimento sociale dei soggetti con malattie
- Assicurare il collegamento con gli organi istituzionali del territorio di competenza a fine di valutare periodicamente il grado di attività dei servizi, il soddisfacimento dei bisogni sanitari e i problemi di nuova insorgenza.

Il DSM si impegna ad erogare servizi e prestazioni sanitarie ai cittadini nel rispetto dei loro diritti, tenendo un comportamento obiettivo, imparziale e neutrale secondo regole uguali per tutti a prescindere dal sesso, dalla razza, dalla lingua, dalla religione ed opinioni politiche. ⁽³⁾

Si impegna a garantire la continuità delle prestazioni, assicurando livelli omogenei di assistenza per quanto riconducibile direttamente alla propria sfera di responsabilità e riconoscendo ai cittadini la possibilità di esercitare libertà di scelta del luogo di cura e

dei professionisti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, presso i soggetti accreditati con cui sono stati definiti appositi accordi contrattuali

Si impegna inoltre a fornire ai cittadini informazioni sull'attività erogate utilizzando specifici canali di comunicazione, con chiarezza e cortesia.

Il Dipartimento di Salute Mentale offre dunque agli utenti un ampio ventaglio di interventi a livello preventivo e curativo, con continuità: si occupa della organizzazione, gestione e produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico per l'intera vita.

Esso, a sua volta, è suddiviso in una serie di strutture organizzative ciascuna con determinate mansioni da adempiere:

CSM (Centro di Salute Mentale): svolge attività di accoglienza, analisi della domanda correlata all'attività diagnostica, definizione e attuazione dei programmi socio-terapeutico riabilitativi individualizzati attraverso interventi ambulatoriali, domiciliari e di rete, attività di collegamento ai ricoveri e controllo della degenza all'interno delle strutture accreditate allo scopo di assicurare la continuità del trattamento

SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura): è il reparto ospedaliero dove vengono attuati i TSO e i trattamenti volontari in regime di ricovero e i trattamenti ad alta intensità terapeutica relative condizioni acute

DH (Day-hospital): è una struttura semiresidenziale collegata al CSM che svolge attività di tipo sanitario, terapeutico e riabilitativo a medio-breve termine. Si trova all'interno di strutture ospedaliere e ha la finalità di evitare ricoveri a tempo pieno,

nonché di limitarne la durata quando sono indispensabili. Si rivolge ad utenti con patologia subacuta, che hanno necessità di interventi farmacologici, riabilitativi e psicoterapici

CD (Centro Diurno): è una struttura residenziale riabilitativa collegata al CSM che offre attività terapeutiche riabilitative finalizzate ad apprendere e sperimentare abilità nella cura del sé, nella vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, oltre che a sviluppare capacità comunicative ed espressive attraverso attività svolte dal personale preposto

SRR (Struttura Residenziale Riabilitativa): è una struttura che permette una soluzione terapeutico-riabilitativo in regime residenziale funzionando come un modulo comunitario misto (cioè uomini e donne) con la presenza costante di operatori esperti delle metodologie e tecniche di riabilitazione; risponde ai bisogni terapeutici dei singoli utenti fornendo attività capaci di far leva sulle loro autonomie residue e la degenza è da considerarsi a termine (la durata è valutata in base ai progetti terapeutici individuali)

CT (Comunità Protette): strutture residenziali con mediamente 20 posti ciascuno all'interno delle quali è garantita l'assistenza socio sanitaria nelle 24 ore; hanno come obiettivo il mantenimento ed il miglioramento dell'autonomia individuale e della capacità di relazione interpersonale.

Appartamenti Protetti: nuclei di 5-6 persone dove lavorano educatori professionali con il compito di formare alla preparazione, all'autonomia, alla risocializzazione per l'inserimento lavorativo.

Come abbiamo visto in diversi servizi del dipartimento di salute mentale è presente la nostra figura, la figura dell'educatore professionale che mette a disposizione le proprie competenze, lavorando in èquipe multidisciplinare, affinché le persone con disagio psichico possano raggiungere un livello sempre più elevato di qualità della vita, progettando interventi diversificati, personalizzati in stretta collaborazione con tutti gli attori coinvolti.

In questo senso l'integrazione sviluppata fra strutture pubbliche e private ha l'obiettivo di determinare una modalità innovativa nella gestione dei servizi, delle relazioni, della formazione per attività dei diritti al lavoro, casa, affettività e socialità.

Il lavoro di rete messo in atto, tutte le iniziative realizzate nel territorio ci rendono sempre di più consapevoli della necessità di implementare processi di empowerment per i soggetti con disagio psichico attraverso la promozione e tutela di una cultura che non riguarda solo i destinatari dell'intervento.

1.3 Lo sviluppo della figura dell'educatore professionale: iter legislativo e competenze

Quella dell'educatore professionale è sicuramente una professione complessa sia per quanto riguarda la sua formazione e il lavoro che svolge quotidianamente, ma anche per ciò che sono le normative che ne hanno determinato il suo sviluppo, fino ad arrivare allo stato attuale.

Ad oggi chi vuole intraprendere la professione di educatore professionale deve indirizzarsi verso due percorsi universitari, divenuti le uniche possibilità formative per questo professionista.

Esistono infatti due distinti corsi di laurea di primo livello per l'educatore: il primo afferisce alla facoltà di Scienze dell'Educazione e della Formazione, conseguendo la Laurea in educatore professionale socio-pedagogico; l'altro come nel mio caso, inserito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, corso triennale in educazione professionale, abilitante alla professione di educatore professionale sanitario.

L'ANEP (Associazione Nazionale degli Educatori Professionali) aveva espresso in un documento programmatico nazionale la necessità di una sola figura di educatore professionale, formata attraverso un unico percorso formativo, per ridurre il complesso ordinamento giuridico che caratterizza questa professione.

Questa richiesta non è stata ascoltata, ma per lo meno oggi si è arrivati all'introduzione di un Albo per gli Educatori Professionali, un grande traguardo un che le Associazioni Maggiormente Rappresentative (AMR), hanno negli anni contribuito a raggiungere. ⁽⁴⁾

Non è stato semplice arrivare fin qui, nel mezzo vi è stato un lungo percorso di cambiamento e "lotta" per l'adeguato riconoscimento che questa professione merita. Un percorso che può essere riassunto attraverso l'iter legislativo che lo ha accompagnato :

Iter legislativo per l'Educatore Professionale nel ruolo sanitario dal 1982 ad oggi:

- 1982 Rapporto della Commissione Nazionale di Studio istituita da M.I
- 1983 DPR 347 25 giugno contratto EELL
- 1984 D.M 10.02.1984 (Decreto Degan)
- 1989 Decreto Legislativo 272 del 28.07.1989 (Processo Penale minorile)
- 1990 Legge 162 del 26.06.1990 (Istituzione Sert)
- 1992 Legge 104 del 5.02.1992 (Legge quadro per l'integrazione e i diritti delle persone handicappate) art 12 formulazione del P.E.I
- 1997 CCNL Cooperative sociali del 7 aprile 1997 Inquadramento Educatore Professionale
- 1998 D.M 520 del 8.10.1998 Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del profilo di Educatore Professionale ai sensi dell'art.6, comma 3 del D.Lgs 502/92
- 1999 Legge 42/99 Legge sull'equipollenza e sull'equivalenza dei titoli conseguiti in base alla precedente normativa
- 1999 D.L.vo 229/99 Riforma sanitaria che istituisce l'area socio sanitaria
- 1999 Decreto 509/99 Riforma cicli universitari
- 2000 Legge 328/2000 Legge quadro per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali
- 2000 Legge n. 251 del 10 agosto 2000 Accesso figura di Dirigente Sanitario

- 2001 Decreto Interministeriale (MURST e Ministero della Sanità) del 2.04.2001 Determinazione delle classi di Lauree universitarie delle professioni sanitarie
- 2001 Decreto 29.03.2001 Integra Legge 251/00 definendo le professioni che rientrano nelle aree sanitarie riabilitative
- 2002 Legge n. 1 del 08.01.2002 Diplomi Laurea di cui Leggi 42/99 e 251/00 sono validi per l'accesso ai Corsi di Laurea Specialistica, ai Master dell'area sanitaria
- 2016 D.M del 22 giugno 2016 equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base
- 2017 L. 205/2017 stabilisce che la qualifica di Educatore Professionale socio-pedagogico è attribuita a chi consegue un diploma di laurea nella classe di Laurea L-19, Scienze dell'Educazione e della Formazione
- 2017 Legge n. 2443 (Legge lori) del 20 dicembre 2017 riconoscimento e tutela dell'educatore professionale
- 2018 L. 3 del 2018 l'art 5 "Istituzione dell'Area delle professioni sociosanitarie" prevede l'inserimento della professione sanitaria di educatore professionale socio-sanitario nell'Area sociosanitaria di nuova istituzione. Nella stessa legge, art. 4, viene attivato l'iter per la costituzione dell'Albo della professione sanitaria di Educatore professionale all'interno dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione, al quale potranno iscriversi coloro i quali

sono in possesso di un titolo abilitante l'esercizio della professione di Educatore Professionale o con titolo dichiarato equipollente o equivalente ai sensi della Legge 42 del 1999.

- L. 145/2018 (legge di bilancio 2019) commi 539-540, viene estesa l'equipollenza dei titoli rilasciati dalle medesime Regioni già interessate dal DM 22 giugno 2016, ad un periodo temporale successivo al 17/3/1999; i commi 537 e 538 prevedono l'istituzione, con decreto del Ministro della salute, di elenchi speciali ad esaurimento per l'iscrizione di coloro che svolgono o abbiano svolto un'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo, per un periodo minimo di trentasei mesi, anche non continuativi, negli ultimi dieci anni; questi operatori possono continuare a svolgere le attività professionali previste dal profilo della professione sanitaria di riferimento, purché si iscrivano, entro il 31 dicembre 2019, negli elenchi suddetti istituiti presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.⁽⁵⁾

Se cambia il sistema, se le politiche sociali si modificano, se si modificano le reti dei servizi, è naturale che anche l'educatore si adatti, si trasformi e si evolva.

Un'evoluzione che, indubbiamente, non riguarda quello che egli in quanto professionista rappresenta, ma per piuttosto le sue competenze e le sue metodologie.

Prendiamo in analisi la salute mentale: con il nuovo assetto dell'assistenza psichiatrica la professionalità dell'educatore ha acquisito rilievo per la centralità che in essa ricopre l'aspetto della flessibilità e della eterogeneità. ⁽⁶⁾

La sua presenza è importante perché si pone come mediatore per l'ospite, come ponte, allaccia una relazione significativa rivolta all'apprendere ad apprendere.

Per tale motivo è fondamentale la capacità di rimodellarsi in veste di "facilitatore della comunicazione",⁽⁷⁾ interprete dei messaggi verbali e non dell'altro in modo da ricollegarli alla realtà recuperando per essi un contesto significativo in cui i gesti e le parole abbiano un valore interattivo.

Aspetto centrale è senza ombra di dubbio la relazione con gli utenti nella sua continua evoluzione, all'interno della quale alcuni modi di essere di questi, usando degli schemi, diventano specifici modi di dirsi dei soggetti che incontriamo. E' proprio all'interno di questa dinamicità che si trova lo specifico dell'educatore professionale. Egli, partendo dalla generalità del rapporto umano, tramite particolari tecniche ed una formazione mirata, arriva all'intervento delle situazioni di bisogno per superare o rendere meno evidenti gli effetti negativi per la persona.

La relazione educativa è di fatto lo strumento principe dell'educatore professionale: è una relazione volta a perseguire lo sviluppo e la crescita affinché l'utente realizzi la propria personalità perseguendo le finalità che gli sono più consone. ⁽⁸⁾

Caratteristica principale di tale relazione è l'intenzionalità.

Una delle capacità dell'educatore all'interno della relazione educativa, è quella di mantenere un equilibrio tra il coinvolgimento e il distacco. Non può lasciarsi prendere

dalle situazioni vissute dall'utente, ma non può neanche distaccarsene troppo, per non correre il rischio di mostrarsi disinteressati.

Un educatore professionale deve non solo sapere in quale ambito si cimenta e con chi si relaziona, deve anche “saper essere” e “saper fare”.

L'educatore non deve mai tralasciare la sua competenza umana, ma deve unirla al suo ruolo per poi attraverso gli strumenti e le sue competenze intervenire in aiuto all'utente.

Gli interventi di un educatore professionale si suddividono in tre gruppi di attività:

- **attività dirette:** con al centro la relazione educatore-utente
- **attività indirette:** cui centralità è l'organizzazione e i processi dell'intervento
- **attività di secondo livello:** rivolte a colleghi e/o ad altri professionisti

La relazione e gli interventi diventano quindi il primo passo verso una delle competenze da cui l'educatore professionale non può fare a meno: la progettazione

La progettazione educativa è di fatti la risultante di una serie di eventi e azioni in cui pensare assume diverse forme: dall'osservare all'ascoltare, dall'attribuire significati alla ricerca di senso, dall'elaborazione dei dati alla valutazione, dalla riunione d'équipe alla supervisione, dalla formazione continua alla riflessione circa il proprio operato, dal confronto al conflitto con i diversi attori, dalla programmazione degli interventi alla co-progettazione e altro ancora.

Nascono quindi progetti diversificati, personalizzati, elaborati su “misura” per e con l'utente, progetti in cui l'educatore professionale deve essere in grado di inserire interventi che potenzino le risorse ancora disponibili nel soggetto, attraverso l'empowerment.

L'operato dell'educatore è caratterizzato inevitabilmente da quelle che sono le sue competenze.

Le competenze pedagogiche dell'EP si deducono dal concetto fondamentale che l'individuo può e deve cambiare.

Educazione è gestire l'esperienza acquisita, incrementare le conoscenze e favorire cambiamenti in un processo senza fine di tipo circolare. La crescita dell'individuo è determinata dal confronto con la realtà che gli propone una serie di opportunità e contemporaneamente una serie di vincoli, interni (bisogni) ed esterni (condizioni di contesto)

Poiché l'educatore accompagna il percorso educativo, è suo compito far affiorare le potenzialità dell'individuo a seconda delle attitudini soggettive; non deve inculcare pensieri ed idee nel soggetto da educare, né forgiare la personalità dell'altro a sua propria immagine.

Nell'ambito delle competenze psicologiche va assegnato invece alle emozioni, ai sentimenti, ai vissuti presenti nel percorso della vita e vanno riconosciuti per coglierne gli eventi critici, prevedibili o imprevedibili che siano, caratterizzanti il ciclo vitale di ogni persona.

L'educatore deve comprendere poi che all'interno del campo d'azione, vanno inserite anche le dinamiche psicologiche prodotte dall'interazione tra individuo e ambiente, dato che cogliere gli effetti del condizionamento che sistema sociale ha avuto sul percorso evolutivo del soggetto, gli permette di individuare in modo più preciso quali sono gli ambiti del suo intervento.

La capacità di connettere il comportamento del soggetto e le pressioni, i condizionamenti esterni è una caratteristica dell'educatore professionale.

L'educatore possiede infine competenze cognitive-disciplinari, ed essendo il suo lavoro inseribile nel novero delle professioni d'aiuto, tali competenze comprendono un approfondimento delle scienze umane (psicologia, pedagogia, sociologia) e un'adeguata alfabetizzazione sulle discipline medico sanitarie.

La competenza educativa può essere quindi riassunta dalla seguente tripartizione:

- **personale:** determinante per la corretta interpretazione del ruolo e per la gestione delle dinamiche tra ruolo e persona che lo interpreta
- **metodologica:** legata ad una consapevole operatività
- **cognitivo-disciplinare:** legata alle conoscenze

E' questo che fa dell'educatore professionale, la figura di riferimento all'interno dei servizi di salute mentale e non solo. Egli diventa portatore di cambiamento, un cambiamento che ho potuto verificare durante il mio tirocinio, applicando le mie conoscenze e competenze acquisite durante la formazione universitaria, unite a quelle degli operatori presenti.

L'educatore professionale in fin dei conti è colui che realmente può ed è in grado di fare la differenza.

CAPITOLO 2: La mia esperienza di tirocinio in comunità psichiatrica

2.1 La comunità “Soteria”

Il tirocinio del terzo anno mi ha permesso di svolgere una lunga ed esaustiva esperienza professionale nel campo della salute mentale. Ho avuto infatti la possibilità di mettermi alla prova presso la comunità alloggio "Soteria" di Jesi, struttura gestita dalla Cooss Marche.

“Soteria” eroga un servizio a carattere residenziale, attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni della settimana, per un totale di 365 giorni annui, rivolta ad un’utenza psichiatrica adulta proveniente dal territorio, con la quale si sia dimostrata l’impossibilità di continuare a vivere all’interno del contesto familiare, perseguendo l’obiettivo di migliorare la qualità della vita degli ospiti e mantenere il più elevato livello di autonomia acquisibile, limitare il rischio involutivo e ridurre o prevenire l’isolamento sociale. ⁽⁹⁾

L’équipe è formata da educatori professionali, educatori di comunità, psicologi ed assistenti tutelari, ognuno con i propri compiti e responsabilità. Il responsabile è il dott. Gilberto Maiolatesi, coadiuvato dalla coordinatrice della struttura la dott.ssa Marzia Pennisi.

Il lungo tirocinio (600 ore, svolte in sei mesi), così impegnativo da un lato emotivo e come già detto in precedenza, professionale, mi ha permesso di crescere sicuramente sia come uomo che come educatore.

Ho avuto la prova diretta di cosa significhi vivere la salute mentale dall'interno piuttosto che dall'esterno, di vederla da un'altra prospettiva ed in questo modo, di cambiare il mio pensiero e il mio approccio a tale settore.

Ho avuto la fortuna di lavorare all'interno di una équipe multidisciplinare, composta da professionisti che si applicano quotidianamente affinché gli utenti possano raggiungere gli obiettivi concordati nei vari progetti, siano essi individuali o di gruppo. Una équipe dove ci si confronta: la riunione è un punto fondamentale e viene svolta ogni lunedì.

La partecipazione non è obbligatoria, ma essendo stato presente in quasi tutte, ho notato che venivano tutti gli operatori il più delle volte.

Questo perchè è vero che ogni educatore svolge progetti individuali con uno o più utenti, ma è altrettanto vero che il confronto sulle metodologie, sulle dinamiche le risorse da poter utilizzare e le problematiche, non può che aiutare ogni educatore a svolgere al meglio il proprio lavoro.

L'équipe sa che lavorando al massimo delle proprie capacità, facilita il graduale miglioramento degli utenti, migliorando la loro vita, potenziando le risorse a discapito dei limiti individuali e collettivi.

L'educatore professionale è "un costruttore di ponti", attraverso gli strumenti a sua disposizione, in primo luogo la relazione, egli pone l'utente nella condizione di poter raggiungere obiettivi inizialmente per lui impensabili.

Obiettivo dell'educatore è rendere partecipe l'utente della vita all'esterno della comunità, di far sì che egli si senta integrato nella società.

Per questo motivo è così importante un accurato e funzionale lavoro di rete.

Attivare le risorse interne ed esterne della comunità, le risorse territoriali, coinvolgere le Istituzioni, i familiari è fondamentale affinché l'utente possa sentirsi incluso anziché "escluso".

Portare la propria vita, il proprio bagaglio di esperienze, partendo dalle loro potenzialità assopite, a discapito della "patologia" è un passo notevole nella lotta allo stigma, al pregiudizio nei loro confronti e allo stesso tempo della salute mentale.

Un'ulteriore descrizione e spiegazione sulla metodologia lavorativa dell'educatore professionale e degli obiettivi da raggiungere della comunità "Soteria", della sua nascita, storia e sviluppo, ci è fornita dalla coordinatrice della comunità, la dott.ssa Marzia Pennisi che, con grande disponibilità ha accettato di farsi intervistare da me medesimo.

Intervista che ora vi riporto in seguito:

Dott.ssa Pennisi, quando e perchè nasce la "comunità Soteria"?

Soteria nasce esattamente venti anni fa, nasce da una esigenza perchè a Jesi c'era soltanto un'altra comunità che però era dell'ASUR, e che l'SRR allora contava solo dieci posti letto, nasce dall'esigenza di avere delle strutture che possano "portare fuori" dalle cliniche, in questo caso "Villa Jolanda" i pazienti che comunque erano considerati post manicomiali, poi messi in clinica.

L'esigenza era di iniziare a costruire comunità più piccole ed arrivano infatti a Soteria i primi pazienti, avendo a disposizione dieci posti letto, fino ad arrivare a dodici.

Nasce come una struttura sociale e non sanitaria, e immediatamente inizia la supervisione e in seguito la creazione dei gruppi " multifamiliari", grazie ad Alfredo Canevaro, tutt'ora nostro supervisore e formatore.

Una delle vostre potenzialità è senza dubbio il lavoro di rete, come è nata a tal proposito, l'idea del progetto " malati di Niente"?

Dopo un 'anno circa dalla nascita di Soteria inizia questo pensiero riguardo a questo progetto, poichè ci rendevamo conto che la nostra pozione fisica, in campagna, un po' fuori dalla città, ci chiudeva in noi, chiudeva la salute mentale, avevamo quindi bisogno di uscire fuori, di aprirci, allargarci al territorio. Dovevamo far conoscere il "matto", far capire che comunque la salute mentale poteva essere parte esterna e da qui la nascita di " Malati di Niente".

Come si sviluppa questo progetto e in cosa consiste esattamente?

"Malati di Niente" nasce a Soteria ma, negli anni viene subito coinvolto in un progetto ancora più ampio che è il progetto " Sollievo", progetto di integrazione sociale all'interno della salute mentale regionale. ⁽¹⁰⁾

Malati di niente nasce con lo scopo di stare sul territorio, farci conoscere e di combattere lo stigma e il pregiudizio.

Parte con alcuni convegni, situazioni pubbliche, ma parte soprattutto con il primo lavoro con le scuole tra il liceo classico di Jesi e la comunità Soteria per arrivare a convenzioni, stage e tirocini.

Convenzioni che oggi vengono fatte non più direttamente ma tramite la Cooss Marche.

In passato in comunità, nell'ambito della convenzione. arrivavano per una settimana,

un'intera classe di studenti stravolgendo anche la vita comunitaria per quella che era la sua quotidianità.

Negli anni e tutt'ora oggi, vengono due o tre ragazzi in periodi intervallati chiaramente in accordo con le scuole di appartenenza

Uno degli obiettivi primari che ha dunque malati di niente è entrare mentale.

In seguito creare convegni, mostre, e tutto quello che è legato al territorio, al di fuori delle sedi istituzionali psichiatriche, per farci conoscere

Cambiare, anche se per periodi brevi, la routine, il setting della comunità, affiancando agli operatori i ragazzi delle scuole, può avere un impatto non facile da gestire inizialmente sugli utenti. Qual'è stata la loro reazione iniziale nel dover relazionarsi con questi ragazzi. pensi siano stati e sono una risorsa per voi?

I ragazzi siano essi studenti delle scuole, o tirocinanti universitari, sono e saranno sempre una risorsa per noi.

Sono stati in realtà i pazienti stessi a darcene una prova diretta, perchè li hanno sempre accolti, non li hanno mai vissuti e visti come qualcosa di estraneo, anzi li vedono positivamente.

Non abbiamo mai avuto problemi, al contrario alcuni pazienti si sono lamentati del breve tempo che i ragazzi delle scuole trascorrono in comunità, come a dire che una volta entrati in relazione, già finisce la loro permanenza.

Con i tirocinanti universitari invece il tempo è sufficiente, tanto da diventare per noi una sorta di operatori aggiunti.

Un altro aspetto che non hanno mai vissuto negativamente è l'uscire dalla comunità,

per questo motivo i nostri utenti partecipano in maniera attiva a tutti i convegni, come nelle mostre, perchè lo stare a contatto con l'esterno, con la società, li fa sentire più normali

Vedendo il grande lavoro che state facendo in comunità e sul territorio, per far conoscere la salute mentale, e lottare contro lo stigma, Basaglia disse " visto da vicino, nessuno è normale" Quanto conta per voi il suo operato, lo considerate guida e fonte d'ispirazione?

Basaglia è stato il nostro pensiero guida, il suo approccio, l'apertura anzichè la chiusura.

Uno dei nostri simboli, di Soteria, è il cancello. Si è rotto pochi mesi dopo l'inaugurazione della comunità e non è stato mai volutamente riparato a testimoniare l'apertura verso l'esterno e la libertà. Noi non facciamo stare qui le persone per forza, chiunque è libero di andarsene come e quando vuole e se non lo fanno è perchè si è legato un legame, un rapporto, un vincolo.

Non un cancello chiuso che li può tenere qui, per questo rimarrà sempre aperto.

Un altro progetto a cui ho avuto modi di partecipare da tirocinante è stato " Radio senza muri", un progetto in cui erano coinvolti educatori della comunità, persone esterne, e non ultimi, numerosi utenti.

Partiamo dal principio; "Radio senza muri" nasce da un progetto pilota, poichè non sapevamo se potesse funzionare, ma nasce ancor prima dall'incontro con la radio argentina "La Colifata", da una formazione svolta insieme ad Alfredo Oliveira, membro della radio trasmessa direttamente dall'interno del manicomio di Buenos Aires "El Borda". Nasce quindi da un'imitazione perchè l'idea ci era piaciuta molto e

volevamo in qualche modo riprodurla.

Sicuramente è uno dei progetti più all'avanguardia anche rispetto al territorio, perchè a volte è stato fatto anche nel nostro giardino, ma in estate si svolge prevalentemente al campo boario, in uno dei quartieri più difficili di Jesi, con lo scopo di integrare tutti coloro che vogliono partecipare e sentirsi coinvolti.

A Sottolineare l'importanza e la valenza del progetto, dovete sapere che vengono svolti veri e propri corsi di formazione per la radio e tirocini formativi, anche molto lunghi di undici mesi in Argentina, dove i ragazzi apprendono ed al loro ritorno possono portare il loro bagaglio all'interno di "Radio senza Muri"

La radio ci dà la possibilità concreta di stare sul territorio ed interagire con le persone del territorio, il che per noi è fondamentale

In tutti questi progetti territoriali, quanto conta il ruolo dell'educatore, anche come mediatore tra le parti, tra interno ed esterno delle comunità?

Conta tanto, prima di tutto noi facciamo una riunione di equipe a settimana, il che può sembrare una cosa scontata, ma nella maggior parte dei servizi, non viene effettuata perchè non viene riconosciuta.

Anche da noi gli educatori a volte vengono gratuitamente, lo fanno perchè ne riconoscono l'importanza.

L'educatore ha un ruolo fondamentale. perchè funge da "cerniera", sia rispetto alla rassegna malati di niente e quindi parliamo dell'operatore di strada, chiamiamolo così, che lavora nel quartiere, ma anche l'operatore che resta in comunità e poi esce con i pazienti.

C'è sempre un dibattito aperto su quanto e quando l'educatore deve intervenire in

determinate situazioni. Il suo ruolo è molto delicato, anche perchè la nostra scelta è sempre stata all'interno della comunità e non solo, che l'educatore non abbia divisa, nè camice, ne cartellino; e da una parte questo è un elemento molto importante perchè crea il vincolo e il legame con la persona, non sentendo la differenza tra le due parti, dall'altra può essere una difficoltà poichè il cartellino ti dà un'identità più definita, creando però distanza.

Noi la distanza, o meglio la giusta distanza la mettiamo, ma in un altro modo. È un lavoro d'équipe continuo.

Sicuramente l'educatore che sta al di fuori, è importantissimo per noi, è colui che "accompagna" i pazienti, che gestisce i tempi, che monitora la situazione"

Quanto è cambiata nel corso degli anni la maniera di lavorare e la veduta di chi sta al di fuori, rispetto alla comunità e al vostro operato?

È cambiata in peggio, nel senso che il nostro voler stare il più possibile sul territorio, creare una rete, è diventato molto forte. Il problema è che l'esterno sta regredendo, si sta "imbruttendo" e i nostri pazienti lo sentono. Tutte le ultime vicissitudini di questi anni, come ad esempio la questione degli immigrati, ha portato di nuovo all'idea che il "diverso" venga visto come qualcosa che fa paura.

Secondo me negli anni precedenti, con tutte le difficoltà che ci sono sempre state, considerando che inizialmente non volevano farci aprire la comunità tramite una raccolta firme per la paura del vicinato, la situazione stava un po' migliorando.

I Vicini superata la diffidenza iniziale venivano quasi sempre alla nostra festa d'estate e continuano a farlo. Oggi il fuori sta respingendo molto, la paura del diverso, riporta a una situazione di chiusura, creando muri

Per questo secondo me si è cambiato in negativo, anche da un punto di vista di vista legislativo, come la nuova legge regionale che propone l'apertura di alcune strutture con moduli di ottanta persone dove far stare psichiatrici, anziani e disabili.

È un cambiamento strutturale, che noi cerchiamo di combattere, ma è molto faticoso, il nostro modo di lavorare e il nostro pensiero resta sempre quello di esserci, di farci vedere e conoscere"

Per farvi conoscere può darvi una mano, la promozione e la prevenzione nelle scuole, e forse ancora di più le convenzioni per i tirocini universitari, sei d'accordo su questo punto?

"Assolutamente sì. Ogni volta che vado nelle scuole, a parlare nelle classi, dico sempre ai ragazzi che loro sono il mio "braccio", nel senso che quando ragazzi così giovani entrano in questo contesto e lo fanno con paura e timore, escono cambiando totalmente prospettiva, consapevoli che il loro percorso con noi valeva la pena. I giovani sono per noi portatori di un pensiero e puntiamo tanto su di loro, su queste collaborazioni per far conoscere il nostro "mondo", affinché i tirocinanti in primo luogo che rimangono molto tempo con noi, possano uscire portando la loro esperienza e portando il verbo che il "matto" in realtà non è così come tutti al di fuori pensano. Ci auguriamo che i ragazzi escano arricchiti, lavorare con loro per noi è molto più importante che con le istituzioni.

A proposito di Istituzioni, qual 'è il loro pensiero riguardo alla psichiatria oggi. c'è anche da parte loro questa volontà forte, così come l'avete voi, di apertura all'esterno oppure tendono ad essere più rigidi, più conservatori?

Il grado di chiusura è alto, anche se è vero che noi ci consideriamo una psichiatria

"strana", la rassegna Malati di Niente, il nostro modo di lavorare così aperto, sono stati criticati perché siamo un pensiero moderno della psichiatria.

Ci sono molte altre aree di pensiero più pesanti, che vogliono tornare ai vecchi metodi manicomiali.

Noi con il Dipartimento di Salute mentale abbiamo un buonissimo rapporto anche perché il direttore dell'Area Vasta, il Dott. Massimo Mari è molto presente con noi e condivide questo pensiero di apertura. D'altro canto però sicuramente le istituzioni più alte quali comuni e regione fanno una grande fatica, in primo luogo per la questione finanziaria, bloccando risorse, e poi perché non si interessano realmente alla persona, non sanno realmente cosa sia la salute mentale, cosa significhi essere un paziente psichiatrico.

Su questo fronte combattiamo fortemente, anche se purtroppo io non sono molto ottimista perché negli anni vedo un declino rispetto a ciò. Il denaro poi non viene più investito per la promozione della salute mentale, né tanto meno per la riabilitazione, va per l'assistenza, la custodia. Stiamo tornando al manicomio, il diverso non deve apparire.

Vedo un cambiamento strutturale forte, ma in negativo.

Quali sono dunque gli obiettivi che voi, intesi come Soteria vi prefissate a

breve e lungo termine e quale consiglio daresti ad un giovane educatore che si attinge ad entrare e lavorare nella Salute mentale?

L'obiettivo è quello di continuare su questa strada, anche se sta diventando complesso, obiettivo è e resterà sempre quello di aprire, ma anche lavorare sempre di più sul territorio, coinvolgere la comunità per quello che rappresenta in toto, l'individuo, la famiglia, gli operatori, le istituzioni e tutte le persone che sono al di fuori della salute mentale

Per quanto riguarda il consiglio da dare ad un educatore è di conoscere questo mondo, io vengo da psicologia e non avrei mai pensato di lavorare nella salute mentale, poi per un tirocinio iniziato sono rimasta attaccata a questo settore, ed è stata una grande ricchezza. L'area della psichiatria apre prospettive in merito alla professione, apre agli altri contesti, quindi non fermatevi se non è il vostro settore ideale, ma sperimentate, provate, perchè vi può dare molto e di questo ne sono certa.

Ringrazio la Dott.ssa Pennisi per la professionalità e la disponibilità con cui ha svolto questa intervista, augurandole che Soteria possa raggiungere gli obiettivi previsti.

Per quella che è stata la mia esperienza, devo dire che condivido pienamente gli ideali e le metodologie degli operatori della comunità. Metodologie che si basano su progetti ampi, andando a coinvolgere tutte le risorse a loro disposizione.

Punto di forza dell'equipe è sicuramente il non fermarsi a quello che appare, andando al di là della patologia, al di là del problema, partendo da quelle che sono le potenzialità degli utenti.

Ed è proprio di questi progetti e delle metodologie che mi accingo a parlare adesso.

2.2 I progetti e le attività educative

Sappiamo come l'educatore professionale disponga di numerosi strumenti e competenze, ma senza dubbio una delle più importanti è la progettazione.

Il progetto diventa lo strumento attraverso il quale l'educatore, in accordo con l'utente possa portarlo a raggiungere il cambiamento, cambiamento che passa attraverso numerose fasi dove tutto si focalizza sugli obiettivi prefissati. Obiettivi che vengono concordati perché è vero che l'educatore lavora per, ma soprattutto lavora con l'utente.

L'educatore deve fare i conti quotidianamente con la complessità del processo di progettazione, con la gestione dei problemi e la loro risoluzione, la formulazione di ipotesi, la programmazione e realizzazione di nuovi interventi.

Nella mia esperienza di tirocinio ho partecipato ad alcuni progetti che si svolgevano non solamente in comunità, ma bensì sul territorio vivendo in prima persona tutte le dinamiche che tali progetti comportano.

Ho vissuto la "routine" della vita comunitaria, turno dopo turno, giorno dopo giorno ed ho visto come sia importante differenziare le attività giornaliere, innovarsi, dare l'opportunità agli utenti di sperimentare.

A "Soteria" la settimana è strutturata in maniera tale da ridurre al minimo i cosiddetti "tempi morti"

Al mattino, come al pomeriggio, gli utenti e gli educatori sono coinvolti in attività quali il gruppo musica, l'atelier di pittura, la cura degli spazi (riordinare la camera, l'armadio), il gruppo lavanderia, la preparazione della tavola durante i pasti e quando possibile, uscite di gruppo per fare la spesa, o più semplicemente per fare una

passeggiata e “vivere” la città.

Questo come detto per quanta riguarda le attività quotidiane, ma ci sono poi quelle attività che richiedono un impegno, una pianificazione e una programmazione ancora maggiore.

Ed è qui che entriamo nell’ambito del lavoro di rete con progetti mirati e specifici, alla cui base c’è una grande sinergia da parte dell’équipe, dove ogni singolo operatore e figura professionale coinvolta, si applica per far sì che non vi siano ostacoli per il raggiungimento degli obiettivi, obiettivi che in questo caso sono a medio-lungo termine.

I due più grandi progetti a cui ho partecipato con molto piacere, sono la rassegna “Malati di Niente” e “Radio senza Muri”, di entrambi parlerò più avanti, ma è giusto fare una premessa in merito.

Innanzitutto entrambi i progetti si svolgono al di fuori del contesto comunitario, per cui hanno il merito di portare la salute mentale all’esterno, facendo sì che il setting si allarghi al territorio.

Un setting che funziona, in cui gli utenti si sentono ogni volta più a loro agio, un setting che li include dove si dimenticano di essere “pazienti”, ma tornano ad essere cittadini. Questo aspetto è molto importante perché permette loro di riacquisire un po' di autostima e di conseguenza concentrarsi ancora di più su loro stessi, sulle loro potenzialità invece che focalizzarsi sulle loro debolezze.

Il fatto che poi questi progetti avvengano mediamente una volta a settimana (“Radio senza Muri”) e con frequenza mensile (“Malati di Niente”), permette loro di rielaborare il vissuto anche quando essi non si svolgono, ovvero sia danno loro l’opportunità di

prepararsi all'evento discutendone e condividendo opinioni ed idee da apportare con l'educatore di riferimento di volta in volta.

Quello che ho notato è che l'educatore non "invade", non si sostituisce all'utente, il quale resta sempre il principale protagonista, piuttosto egli assume il ruolo di mediatore e facilitatore

Sono progetti da cui poter ripartire per migliorare noi stessi, in quanto professionisti del settore, poiché posso dirvi che il feedback che ho avuto mi ha dato numerosi punti di riflessione, ma anche migliorare lo stato degli utenti, i quali si espongono favorevolmente in merito alla valenza e valore di tali progetti, e che secondo alcuni dovrebbero essere svolti con più frequenza.

E' vero che non possiamo negare l'importanza dell'agire quotidiano, di accompagnare passo dopo passo le persone con disagio mentale verso il recupero della propria autonomia, l'importanza di progetti individuali, ma è altrettanto vero che al fine di un mero reintegro nella società degli utenti psichiatrici, non possiamo prescindere da progetti collettivi in cui essi siano gli "attori" protagonisti, in un film in cui lo scenario sia la comunità non intesa come le quattro mura che li "contengono", ma la comunità come territorio dove esprimersi, farsi notare, e condividere esperienze.

Posso affermare che in questo senso la comunità "Soteria" possa essere un esempio di come si dovrebbe lavorare oggi in psichiatria, e di cosa significhi la progettazione educativa.

CAPITOLO 3: Attivazione e risorse territoriali e

familiari

3.1 La famiglia e il territorio come risorsa

L'educatore professionale si confronta quotidianamente con la necessità ed il bisogno di trovare nuove risorse al fine di rispondere al meglio delle sue capacità, alla richiesta di aiuto degli utenti.

Utenti che a causa del loro disagio mentale, si sentono spesso "intrappolati" in una situazione di staticità, e che pur vivendo all'interno di una comunità li fa sentire soli, come se nessuno si preoccupasse di loro.

Abbiamo già detto su quanto sia importante riguardo a questo aspetto il ruolo dell'educatore che, attraverso la relazione educativa, la progettazione, il problem solving e tutte le competenze a disposizione, accompagna l'utente verso un percorso di cambiamento, di "trasformazione" per portarlo sempre più ad una autonomia che gli permetta di reintegrarsi al meglio nella società.

Per quanto il lavoro che si svolga quotidianamente all'interno della comunità, con attività quotidiane individuali e collettive, un educatore non può prescindere dal territorio e dalla famiglia poiché entrambe rappresentano risorse fondamentali nel recupero e nella riabilitazione psichiatrica.

E' un aspetto de nostro lavoro che ho potuto constatare personalmente durante la mia esperienza di tirocinio, osservando come un équipe che opera in sintonia, condividendo strategie, obiettivi e metodologie, se adeguatamente supportata da

istituzioni, servizi, dal nostro territorio ed infine in ultimo ma non in ordine di importanza dalle famiglie, può raggiungere molto più facilmente gli obiettivi prefissati. L'educatore avrà sempre il ruolo di "mediatore" tra le parti, sia con il territorio che con la famiglia (la presa in carico non riguarda solo l'utente), ma sapere di poter contare su risorse così valide non potrà che portare benefici a tutte le parti coinvolte, in primo luogo agli utenti.

Il lavoro con le famiglie non deve essere considerato solamente una modalità operativa, ma va visto come una prospettiva globale, nella quale si pongono i Servizi territoriali, di una "triangolazione paziente - famiglia - servizio",⁽¹¹⁾ dove ciascuno dei tre poli "tende ad assumere spessore e dignità di soggetto e dove nessuno tende a svalutare pregiudizialmente l'altro."⁽¹²⁾

L'équipe lavora affinché si raggiunga "un ingresso dei familiari come soggetti sulla scena del rapporto terapeutico, dell'organizzazione dei servizi, dei programmi di prevenzione, della difesa e tutela dei diritti del malato di mente" perché, essendo la famiglia l'ambiente di vita primario di una persona, non ci si può esimere dall'includerla nel progetto terapeutico dell'utente primario.

La malattia psichica infatti non coinvolge soltanto l'individuo che ne è affetto, ma ha, inevitabilmente delle ripercussioni anche sulla famiglia, che principalmente sostiene il carico che il disturbo mentale comporta e che pertanto si trova a dover chiedere aiuto ai Servizi. Il supporto richiesto riguarda le difficoltà di gestione della malattia, ma anche i problemi emozionali, di ansia e di stress che i familiari devono vivere quotidianamente.

Allo stesso tempo e la famiglia costituisce, all'interno di un progetto terapeutico - riabilitativo, una insostituibile risorsa sia per la persona che soffre di disturbo mentale che per i Servizi stessi. Questi ultimi, infatti, metterebbero in atto un processo di cura parziale, ed anche di scarsa efficacia, se intervenissero solamente sul soggetto malato senza aver conosciuto, esplorato e capito il contesto familiare in cui egli vive o tornerà a vivere dopo una crisi. E' proprio quest'attenzione, pertanto, che consente al Centro di Salute Mentale ed a tutti i professionisti coinvolti, di comprendere e valutare globalmente la storia, i problemi e gli strumenti dell'utente, e quindi di mettere a punto delle strategie in più tese alla riduzione delle disabilità, al benessere dell'intera famiglia ed al potenziamento delle prestazioni erogate.

Coinvolgere la famiglia, permette poi di avere una veduta più ampia su quella che è il vissuto e la storia, non soltanto clinica, dell'utente e di raccogliere informazioni utili alla pratica educativa e professionale.

Oltre ai colloqui operatori-famiglia ed alle visite periodiche, durante le quali gli utenti possono godere di un periodo di tempo per stare con i propri cari anche al di fuori della comunità c'è da aggiungere che sempre più strutture sono favorevoli alla realizzazione del gruppo multifamiliare, come avviene ad esempio a "Soteria" ed a cui ho partecipato in alcune occasioni.

Si tratta di un progetto e di una pratica educativa di cui parlerò in seguito

Infine non possiamo non citare il ruolo del territorio: il servizio territoriale deve rappresentare il momento strategico-organizzativo centrale nella produzione delle pratiche di prevenzione, cura e riabilitazione come questione unitaria della salute mentale.

Le pratiche di salute mentale devono coinvolgere attori, risorse e processi sociali altri dagli operatori psichiatrici, dagli utenti primari stessi ai membri della rete sociale alle reti nella comunità. In questo senso è determinante lo sviluppo del ruolo delle figure non professionali nelle strategie di aiuto e di reintegrazione sociale

I servizi devono essere concepiti come realtà in evoluzione, aperte al cambiamento, in relazione ed interazione con i bisogni che via via emergono nel tessuto sociale, e capaci di individuare e superare le nuove forme di istituzionalismo.

Il "fare comunità" va posto al centro dell'operatività e della progettualità dei servizi territoriali. Essi devono essere in grado di produrre reti e di relazionarsi con le reti esistenti. In particolare, va posta attenzione alle reti primarie (famiglia appunto, vicinato, amici, lavoro), attraverso il lavoro di rete.

Un utente che si sente libero di "vivere ed esplorare" il territorio, di cimentarsi nelle realtà, nella società seppure con i suoi limiti e le sue problematiche, è un utente che avrà maggiori motivazioni quotidiane, maggiori convinzioni, e maggior spinta verso il raggiungimento degli obiettivi previsti nel contratto terapeutico.

Tutto questo è possibile se si effettuano interventi mirati, incontri di promozione e prevenzione della salute mentale, progetti come quelli già citati in precedenza, se si attivano borse lavoro, se quindi in termini concreti il territorio è effettivamente presente in ambito riabilitativo.

3.2 Il gruppo multifamiliare

Considerando la famiglia come una risorsa, per spiegare in cosa consista nella pratica educativa il gruppo multifamiliare dobbiamo partire prima di tutti da un concetto.

L'educatore professionale, pur avendo come obiettivo principale la realizzazione di interventi personalizzati per il soggetto in difficoltà, deve comunque sempre considerare anche la famiglia d'origine dell'utente, poiché qualunque comportamento del paziente è contemporaneamente influenzato e influenza a sua volta i meccanismi di relazione familiare. ⁽¹³⁾

Nell'ambito delle relazioni familiari l'educatore deve considerare anche l'influenza delle variabili esterne sia in senso omeostatico che in direzione del cambiamento.

L'educatore, quando interviene nei confronti del sistema famiglia, ha la necessità di effettuare una propria lettura delle dinamiche relazionali cercando di individuare e capire le regole, i riti, i miti che caratterizzano quella famiglia, analizzando gli eventi critici più o meno significativi del ciclo vitale per poi progettare interventi idonei da realizzare per e con l'utente e la sua famiglia.

Il gruppo multifamiliare consiste proprio in questo, ovvero in un progetto dove oltre all'equipe multidisciplinare siano coinvolti non solo gli utenti, ma anche le loro famiglie.

I gruppi multifamiliari sono nati in Argentina, sotto la guida dello psicanalista Jorge Garcia Badaracco, per poi diffondersi a macchia di leopardo in Italia (in particolare nel contesto pubblico romano) a partire dagli anni '90. Si tratta di una forma di

intervento clinico che si inserisce nell'ambito dei grandi cambiamenti avvenuti a seguito dell'entrata in vigore della legge 180 (più comunemente conosciuta come "legge Basaglia").⁽¹⁴⁾

I componenti di un nucleo familiare patologico, infatti, non hanno occasione nel corso della loro vita, di tirarsi fuori dalla propria situazione e di mettersi ad osservare "dall'esterno" quello che accade tra loro. Nel gruppo, invece, essi si possono "rispecchiare metaforicamente" nel modo di funzionare di uno, o più di uno, dei nuclei familiari che si trovano di fronte e iniziare a riflettere su come imparare a non ripetere acriticamente, all'infinito, "gli stessi errori". Questa mini-società sembra rassomigliare ad una riunione che si tiene in un piccolo villaggio, costituita da persone che dichiarano la propria disponibilità a confrontarsi senza pretendere di avere ragione e che, proprio in relazione a questa rinuncia, a volte raggiunge momenti di "saggezza", non da parte di qualcuno in particolare ma del gruppo nel suo insieme.

Badaracco sostiene che ***“Quando si riuniscono i pazienti ed i loro familiari [...] il contesto multifamiliare crea un clima psicologico che facilita la convivenza e la capacità di pensare, la risoluzione dei conflitti e l'apprendimento reciproco. Nello stesso tempo scopriamo potenti risorse terapeutiche da impiegare nei processi di disidentificazione dalle interdipendenze patogene, che rendono possibili lo sviluppo e la crescita psicoemozionale in pazienti deficitari come sono i malati mentali gravi...In questo senso il gruppo multifamiliare non è soltanto una nuova tecnica ma apre una diversa prospettiva per tutta la psichiatria [...] Lo scambio di esperienze tra pazienti si rivela un arricchimento per tutti. I dialoghi che in tal modo si generano aiutano i familiari a capire i***

problemi dei loro figli ammalati o direttamente o attraverso altri «figli» presenti nel gruppo.»⁽¹⁵⁾

Sempre secondo quella che è la sua esperienza di psicoanalista, per Badaracco, ***“Il contesto multifamiliare [...] può mettere in gioco le risorse basilari che legano l’essere umano alla sua famiglia e al suo ambiente sociale, stimolando la sua capacità di risolvere conflitti.”***

Nella comunità alloggio “Soteria” il gruppo multifamiliare è diventato da diversi anni una risorsa e uno strumento importantissimo per l’equipe. Si svolge il secondo lunedì di ogni mese e vi partecipa il responsabile della comunità, la coordinatrice, gli operatori, tutti gli utenti e chiaramente i familiari.

Partecipando ad alcuni incontri, ho notato l’importanza del setting: tempo, spazio e regole sono ben definiti. Il rispetto di questi criteri è fondamentale per un adeguato e funzionale svolgimento del gruppo.

Lo spazio solitamente è quello del salone della comunità, dove tutti si dispongono seduti in cerchio (in segno di apertura e condivisione). A “guidare” il gruppo è il responsabile della comunità il Dott. Maiolatesi, che traccia le linee guida per il dialogo, per il confronto, lo scambio di opinioni, di idee.

Una delle regole imposte è il non disturbare: se un utente non si sente bene, o non è propenso a stare in gruppo in quel momento, può andarsene in camera, ma non deve per nessun motivo interferire nel regolare svolgimento del gruppo.

Nel gruppo vengono trattate di volta in volta differenti tematiche, e tutti hanno libertà di esprimersi, partendo dal presupposto che nessuno è lì per giudicare, ma anzi che vivendo tutti quanti una situazione analoga, l’aprirsi al gruppo, condividendo anche le

proprie paure ed angosce come lecito sia in questi casi, non possa far altro che aiutarli nel loro percorso di recupero.

Il gruppo dura solitamente un paio di ore circa ed ho osservato che anche chi parla meno, è propenso all'ascolto e soprattutto gli educatori sono soliti lasciare la parola agli altri, in modo da captare maggiori informazioni, specie dalla famiglia, in maniera che il feedback che ricevano possa essere il più utile e costruttivo possibile.

Aspetto poi molto importante è "la restituzione": un momento di riflessione riservato ai membri dell'équipe (tirocinanti compresi) che si riuniscono alla fine del gruppo multifamiliare per analizzare le dinamiche, le tematiche ed i problemi che ne sono emersi.

La rielaborazione del gruppo multifamiliare, viene poi effettuata nella successiva riunione d'équipe.

E' senza dubbio un gruppo che permette di conoscere ancora di più la storia, il vissuto delle persone con cui lavoriamo giorno dopo giorno, di conoscere la loro storia familiare che spesso, se non quasi sempre, è alla base del disagio psichico.

Permette poi di capire come le famiglie vivono la situazione in cui si trovano essi stessi e i propri cari per poi agire con progetti mirati e nell'ottica di un lavoro di rete in cui la famiglia sia una delle principali risorse a disposizione, il gruppo multifamiliare si addice alla perfezione.

3.3 La rassegna “Malati di Niente”

Il progetto “Malati di Niente” vuole promuovere una riflessione contro i pregiudizi verso il diverso, verso chi è fragile e spesso vittima di pregiudizi. L’obiettivo è costruire aggregazione e mobilitazione, per camminare insieme e riscoprirci una comunità di uomini e donne ancora capaci di creare legame sociale, inclusione, solidarietà. ⁽¹⁶⁾

La rassegna promuove la salute mentale e la psichiatria di comunità da un punto di vista riabilitativo e terapeutico ma, per farvi capire meglio di cosa si tratta, da dove trae origine, come si sviluppa e quali sono i suoi obiettivi, partiamo da una premessa:

“Ricordo di aver pensato che gli schizofrenici sono i poeti strangolati della nostra epoca. Forse per noi, che dovremmo essere i loro risanatori, è giunto il momento di togliere le mani dalle loro gole.”

Con questa frase di David Cooper, psichiatra ed esponente di spicco del movimento antipsichiatrico negli anni 60,70, abbiamo a che fare ogni giorno, quando iniziamo il nostro lavoro di terapeuti ed operatori di comunità.

Ma la nostra riflessione parte da lontano e il modo di intervenire oggi, la storia e i perchè del progetto “Malati di Niente”, forse hanno a che fare con la storia del movimento antipsichiatrico e antiistituzionale in Italia, a cominciare dalla Riforma psichiatrica e dalla cosiddetta “rivoluzione basagliana”

Il 13 maggio del 1978, nasceva in Italia la L. 180 che di fatto concludeva, con un atto legislativo, l’esperienza della custodia manicomiale, imponendo la chiusura degli

Ospedali Psichiatrici.

Negli anni 50 in Italia i manicomi ospitavano più di 100 mila persone e parte di queste privi disturbi psichiatrici, quindi il manicomio fungeva da struttura per il controllo sociale, dove alcolisti, handicappati, barboni, emarginati, venivano "separati", in un "luogo altro", dalla società civile, perdendo immediatamente libertà, dignità e diritti civili elementari.

Il criterio per l'internamento non era quindi la malattia mentale, ma la "pericolosità sociale", o il "pubblico scandalo", quindi evidente la funzione del manicomio che solo in minima parte riguardava l'assistenza e la "cura". Il ricovero significava l'iscrizione al casellario giudiziario e la schedatura.

Ma proprio a partire a partire dagli anni 50 in gran parte dell'occidente, le attività di assistenza psichiatrica vennero attraversate e contrastate da un sempre più forte movimento antiistituzionale.

In Italia tale movimento nasce soprattutto a Gorizia, Trieste, Perugia, Arezzo, Reggio Emilia e questo soprattutto grazie al grande apporto di Franco Basaglia

La nuova cultura anti manicomiale introduce concetti e categorie quali decentramento, territorio, comunità, lavoro di equipe, facendo quindi strada all'idea della prevenzione nella comunità e nell'ambiente di vita delle persone con disagio psichico.

Basaglia inizia il suo intervento de istituzionale negli anni 60 a Gorizia, ma è dal 71, a Trieste, che si radicalizza e si concretizza l'offensiva ai manicomi e alla vecchia psichiatria come istituzione totale, anche perchè si iniziava a collegare con una grande domanda di cambiamento e trasformazione sociale che in questi anni

pervadeva l'Italia.

Possiamo affermare con certezza che la L. 180 è stata più di una legge, ha rappresentato un progetto politico in quanto i suoi presupposti tendevano a sviluppare una coscienza critica e una trasformazione dell'organizzazione sociale attraverso la partecipazione delle collettività a tutte le forme di emarginazione e disagio. Il ricordo torna spontaneo ad alcuni momenti significativi: la gioia della libertà nel manicomio che abbatteva il muro e si apriva alla città, gli internati che con stupore potevano finalmente esprimere affetti, idee, potevano accedere a lavori retribuiti, potevano costruire cooperative e avere una casa propria.

Per questo diciamo che la libertà è terapeutica. Non solo la libertà di essere matto, bizzarro, diverso, ma soprattutto la libertà dalla violenza delle istituzioni totali, libertà dalla stupidità e rigidità della burocrazia. Libertà di "rischiare di vivere" accompagnata dalla responsabilità di prendersi cura dell'altro, di essere solidali

Prevaricare, segregare, violentare, imbavagliare, mortificare le persone, strano modo di curare un uomo, cominciando con l'assassinarlo." scrisse Antonin Artaud sottoposto in 3 anni a ben 51 elettroshock, devastanti per la sua mente ed il suo corpo.

E proprio la L.180 nei suoi articoli più esemplificativi metteva al centro del nuovo intervento psichiatrico la costituzione di una serie di servizi territoriali che si articolavano all'interno del Dipartimento di salute Mentale (DSM).

Ogni DSM quindi prevedeva e prevede (Progetto, Obiettivo) sul territorio una serie diversificata di strutture: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC, un reparto all'interno degli Ospedali Civili cittadini); Centro di Salute Mentale(CSM, con

funzione ambulatoriale e di programmazione dell'assistenza territoriale); Servizi Riabilitativi Residenziali e semi-residenziali (SRR e Centri Diurni dove sviluppare ed attuare programmi di reinserimento sociale);Comunità Terapeutiche, Comunità Protette; Gruppi Appartamento (con diversi gradi di autogestione).

Servizi e articolazioni di strutture importantissimi per recepire e cercare di dare risposte adeguate alle innumerevoli richieste di aiuto e supporto di chi soffre nella sua solitudine e nella sua angoscia.

Ma un accenno particolare, meritano le Comunità, il cui termine stesso evoca significati e orizzonti che eludono alla "vita in comune", alla "solidarietà identitaria", all' appartenenza.

Le comunità sono strutture residenziali dove tutte le attività si sviluppano in un luogo nel quale sia possibile avvicinarsi reciprocamente, in un rapporto che diventa terapeutico in quanto immediato e spontaneo. Un luogo quindi che crea legame.

Le comunità come luogo non separato, ma invece luogo della condivisione e della trasformazione, che crea permanentemente legame affettivo e sociale.

Intervento comunitario in psichiatria significa quindi, principalmente, che la "malattia mentale" non resti un tabù da delegare agli specialisti e da relegare in "luoghi altri".

L'intervento comunitario dovrebbe essere sempre in rapporto, in "relazione sistemica", con le dinamiche sociali del territorio, non è un luogo altro separato, ma si pone il problema di creare una realtà condivisa e una reale rete sociale.

Lavoro di rete che demedicalizza la malattia mentale perchè si attua grazie alla pratica e alla attivazione di strutture e servizi non sempre propriamente sanitari.

Istituzioni sanitarie, Enti locali, associazioni culturali e del volontariato, cooperative

sociali, possono rappresentare alcuni nodi della rete; ma è la "realtà condivisa" e il legame di soggetti individuali e collettivi che realizza il lavoro di rete sociale.

Tale concetto di realtà condivisa, è fondamentale se lavoriamo quotidianamente con persone che si pongono troppo spesso al di fuori del mondo reale, imprigionati nell'alterità del loro mondo fantastico, privati del potere decisionale e incapaci di comunicare l'urgenza dei propri bisogni.

La realtà è reale e vera solo nell'istante della condivisione, solo nel momento che si crea la relazione (paritaria e democratica) tra due o più persone. Se non stabiliamo questo, lo psicotico avrà sempre torto, irresponsabile nel suo delirio e privo di potere, mentre il terapeuta, avrà sempre ragione a priori, in quanto sano e il solo detentore, per autorità, della verità.

Quante volte ci sentiamo impotenti di fronte al delirio e all'angoscia e ci chiediamo come poter comunicare " riportando per terra" la persona che abbiamo di fronte"?

Quante volte siamo di fronte ad una persona e vogliamo vedere in lei, narcisisticamente solo noi stessi e non riusciamo ad "incontrarlo", a riconoscere ed accettare la sua alterità da noi perchè impauriti e troppo inclini a normalizzare la differenza invece che farla esprimere. Ma tutto ciò è paradossale, in quanto è solo riconoscendo l'alterità dello psicotico che individuiamo noi stessi e non avremo più il terrore di confonderci con lui in un rapporto a tratti ambivalente e simbiotico.

E se non interveniamo ora. Quando?

Possiamo tranquillamente sostenere che in Italia, gran parte degli interventi psichiatrici si sviluppano all'interno delle cosiddette strutture intermedie.

Dopo più di venticinque anni dall'attuazione della legge 180, che poneva fine alla

pratica e all'utilizzo dei manicomi, si sono sviluppate sempre più strutture dove il "folle", viene inserito per iniziare percorsi di risocializzazione e programmi riabilitativi psico-sociali.

In realtà tutto questo, si traduce troppo spesso in delega pressochè totale dei familiari e della società alle strutture istituzionali.

Il rischio di creare nuovamente piccoli e moderni manicomi è evidente e non basta avere piscine, campi da tennis, saune. Per non essere una istituzione chiusa e totale. Non è sufficiente fare psicoterapia, attività riabilitative e laboratori occupazionali, per costruire identità fortemente alternative e antagoniste al manicomio

Ogni istituzione totale toglie dignità, reprime, estorce diritti, nega democrazia, contribuisce alla formazione di sintomi, produce malattia. Nel manicomio (istituzione totale per eccellenza insieme al carcere) non esiste nè passato nè futuro, esiste solo il presente, sempre lo stesso, giorno dopo giorno, immobile presente senza tempo, dove non c'è vita e cambiamento bensì " morte" e di cura staticità. Il manicomio, insomma, non si pone il problema della trasformazione.

La comunità è dunque uno spazio progettuale piuttosto che un luogo di cura: in esso l'assistito, prima di essere utente deve sere rispettato come persona.

Egli pertanto partecipa alla vita della Comunità non per una causa, la malattia, che per altro ha difficoltà a riconoscere, ma per realizzare un proprio scopo, solo così egli non si sentirà abbandonato e segregato, e non perderà il senso del suo stare in Comunità.

Ogni processo terapeutico-riabilitativo necessita sempre della collaborazione dell'utente, anzi egli è il soggetto del suo percorso terapeutico; ma poichè tende a

negare il suo disagio e non è sempre facile mantenere la sua motivazione, si tende a prevaricare la sua volontà e a trascurare questo fondamentale concetto terapeutico.

Uno strumento di applicazione di tale concetto è il contratto terapeutico, cioè l'accordo esplicito con il quale l'ospite formula la sua domanda: gli obiettivi che intende perseguire in comunità, il tempo massimo di permanenza, le scadenze, le valutazioni e le verifiche periodiche. Analogamente anche la famiglia dovrebbe aderire ad un contratto che la impegni al percorso terapeutico.

La comunità intera può essere inoltre vista come un unico setting, nel quale viene praticato un intervento multifattoriale (farmacologico, assistenziale, riabilitativo, psicologico, psicoterapico) prevedendo una serie di attività a livello individuale e gruppe, sfruttare a loro volta come "sottosetting".

Gran parte della vita della comunità dovrebbe essere strutturata in "sottosetting" con precisi confini spazio-temporali e metodologici (luoghi, orari, regole, ruoli, programmi e metodi di lavoro, ciò per tre importanti ragioni:

- contenere l'ansia, l'angoscia e l'aggressività (se manifesta) degli utenti
- osservare i complessi fenomeni psichici e relazionali che si verificano all'interno della comunità
- costruire una " realtà condivisa"

Ma poichè la costruzione e conservazione di setting si basa sull'adesione e sul rispetto delle regole, è necessario prevedere alcuni momenti di confronto con gli utenti e altri solo con gli operatori (riunione d'equipe), per modificare, regole, programmi, organizzazione e metodi di lavoro.

Infine la comunità come laboratorio della trasformazione

Il nostro orizzonte ideale, che determina l'intervento riabilitativo quotidiano, si colloca in piena continuità con quello storico movimento che negli anni '60-'70 ha criticato, combattuto e vinto logiche custodialistiche e le istituzioni manicomiali.

La legge 180 è stata lo strumento legislativo che ha permesso, nel lontano 1978, il progressivo smantellamento degli ospedali psichiatrici e l'inizio di una nuova epoca per la sofferenza psichica.

Si stava abbattendo una delle più vergognose e violente opere del genere umano: i manicomi; che andavano chiusi e in alternativa aperti luoghi di "cura" e di socialità, dove l'intervento terapeutico si coniugava, e coniuga, con la battaglia per i diritti di cittadinanza, contro lo stigma sociale e il pregiudizio.

Dentro questa cornice si esprime il nostro lavoro.

Ore, settimane, mesi, vissuti con gli utenti, sempre più convinti che l'utilizzo e l'affinamento delle più moderne tecniche riabilitative non sarebbero mai sufficienti a restituire "abilità sociali", voglia di vivere, autonomia, dignità a uomini e donne che hanno trascorso troppo tempo "prigionieri" all'interno del loro mondo, isolati dagli altri mondi possibili

Essere bravi specialisti non può bastare.

Bisogna " esserci", perchè " l'affetto è prassi di essere presente, cioè pratica costante dello stare insieme" come ci ricorda lo psichiatra romano Massimo Marà nel suo libro " Comunità per psicotici"

All'interno del programma di attività settimanale della comunità (in questo caso Soteria) si hanno in effetti diversi gruppi di lavoro, dal giardinaggio al disegno, dal

canto alla pittura. L'importante però, è fare le cose insieme e trovare dei momenti per discutere e ascoltare, anche con gli utenti più gravi e regrediti.

Indubbiamente l'elemento che può garantire il raggiungimento degli obiettivi è il rapporto con il sociale, con l'esterno, con la città:

l'intervento socio-riabilitativo dentro la realtà territoriale.

La lotta allo stigma, al pregiudizio, la battaglia per i diritti, l'integrazione, si raggiungono con la visibilità, con la rivendicazione della propria diversità, della propria storia, della propria intima sofferenza.

Si dovrebbe "vivere " e utilizzare la comunità come luogo dove si sperimenta la trasformazione, ma anche come luogo e strumento della trasformazione

In entrambi i casi per trasformazione, intendiamo una modificazione delle relazioni interpersonali, della comunicazione patologica, metamorfosi dei propri stati interiori intrapsichici; ma anche trasformazione come processo di liberazione, come superamento e stravolgimento dei rapporti sociali alienati i quali producono inevitabilmente malattia e sofferenza.

Trasformazione quindi come riappropriazione del potere decisionale da parte di chi, mistificato e sottomesso, per una intera vita ha dovuto chiedere il permesso a qualcuno, anche per comprare un semplice pacchetto di sigarette.

Laing nel suo celebre libro "L'io e gli altri " ci dice che: " **Ogni famiglia ha le sue controversie e ogni famiglia ha qualche mezzo per manovrarle. Uno dei modi di fronteggiare queste divergenze verrà illustrato sotto il nome di mistificazione. Mistificare significa confondere, annebbiare, oscurare, mascherare ciò che succede. Genera confusione nel senso che non si percepisce ciò che**

veramente si sente, o ciò che si fa, o ciò che sta avvenendo." ⁽¹⁷⁾

Gli operatori psichiatrici devono sempre evitare di praticare e agire la mistificazione con gli utenti, in quanto ogni processo di trasformazione esprime conflitto, dinamicità e "crisi evolutive"; mentre la funzione principale della mistificazione è quella di eludere un vero conflitto, per il mantenimento dello stato di cose presenti.

"Questa è la vera psichiatria perché non è psichiatria" (F. Basaglia)

Dal 1978 ad oggi sono trascorsi molti anni e tanto è cambiato nella nostra società, nell'economia, nel lavoro, nella cultura. La legge Basaglia che poneva fine all'orrenda esperienza della custodia manicomiale, ha dato un forte impulso alla riforma psichiatrica nel suo complesso; ma enormi problemi sono rimasti irrisolti.

Quello più grande è sicuramente l'incapacità di accogliere il diverso, il "folle" in particolare, e di reinserirlo nel tessuto sociale.

Anche per questo la battaglia contro lo stigma e il pregiudizio verso la persona sofferente è, e rimarrà l'obiettivo primario per quanti credono che ogni essere umano ha il diritto di migliorare la propria qualità di vita e che il disturbo mentale è un "male oscuro", dove i termini relazionali e socio-culturali rivestono una importanza cruciale, a volte drammatica.

Il pregiudizio verso il malato mentale, verso l'escluso va combattuto, per questo è sempre più urgente costruire una rete sociale solidale poichè l'intervento degli operatori psichiatrici è troppo debole se non supportato da una comunità, da un territorio, in grado di accogliere senza emarginare.

Istituzioni, associazioni, strutture operative del settore, dovrebbero farsi carico di una vera e propria promozione culturale della salute mentale nei territori; dove riversare

idee ed esperienze, mettendole a confronto con i desideri e le angosce di chi soffre, ma anche con le paure, l'intolleranza, lo smarrimento di una collettività sempre più in difficoltà ad accogliere senza remore, a riconoscere senza escludere.

In effetti i presupposti alla riforma psichiatrica tendenti a sviluppare una coscienza critica e una trasformazione dell'organizzazione, sono rimasti troppo spesso sulla carta, non realizzati. Ma con tutti i limiti che troviamo a questa legge, certo non possiamo e non dobbiamo tornare indietro, perchè nulla è più come prima, perchè si è iniziato a restituire a quelle persone ridotte senza dignità, senza diritti, a quei "matti da legare", lo statuto di cittadini, il diritto di esistere dentro quel contratto sociale da cui erano stati definitivamente espulsi in modo del tutto improprio.

Il progetto "Malati di Niente" si inserisce a pieno in questo difficile e complesso contesto, ed ha l'ambizione di aprire un percorso, nel quale cammineranno insieme utenti, familiari, operatori, comuni cittadini, verso un orizzonte ideale rappresentato da una comunità di donne e di uomini ancora capaci di creare legame sociale, inclusione, solidarietà.

Gli obiettivi di tale progetto sono:

- Promozione di una riflessione e di una battaglia contro lo stigma sociale, il pregiudizio e il tentativo di revisionare la Legge 180 attraverso la riproposizione di una logica di segregazione manicomiale, per la piena riappropriazione dei diritti di cittadinanza e di reale democrazia.
- Prevenzione e promozione della salute mentale attraverso la valorizzazione delle diversità, contaminazione culturale e intervento sociale sul territorio, tramite il lavoro di relazione e comunicazione con le scuole ed il " mondo

giovanile".

- Costruire e attivare un lavoro di rete con l'associazionismo sociale e culturale, le istituzioni, le strutture del Dipartimento di Salute Mentale, il volontariato, il mondo della cooperazione sociale.

Come già detto, ho avuto modo e il piacere di partecipare ad alcuni eventi di questo progetto.

In particolare mi riferisco ad " Opera Borderline", in cui gli utenti della comunità e del centro diurno possono esprimere il loro pensiero, raccontare il loro vissuto, far uscire le proprie emozioni.

Tutto ciò in maniera indiretta, attraverso l'espressione di un'arte: la pittura.

L'atelier di pittura è infatti da anni una delle attività di maggior spicco della cooperativa, uno dei punti di forza della comunità e del centro diurno. Vi partecipano numerosi utenti, affiancati da un maestro che settimanalmente pone la propria esperienza e le proprie capacità in aiuto dei suoi "allievi".

Gli utenti si impegnano regolarmente, il tema delle loro opere è quasi sempre libero, mai imposto, così che il maestro d'arte, un po' come l'educatore, non si sostituisce per nessun motivo all'utente, ma anzi funge da facilitatore.

Ma l'atelier, non rimane all'interno delle mura del centro diurno dove si svolge, ma viene portato all'esterno agli occhi e all'attenzione della società, dei cittadini, del territorio

Tramite accordi tra il maestro, le istituzioni e gli operatori vengono infatti stabilite delle serate dove gli utenti, svolgono la loro attività di pittura direttamente in pubblico (spesso nelle piazze cittadine), improvvisando, creando quadri che poi vengono

esposti a tutti coloro che intendano diventare partecipi del "loro mondo", creando dunque una testimonianza diretta, senza filtri di cosa sia la salute mentale. del loro vivere, del proprio io.

Gli utenti utilizzano tutto ciò per "raccontarsi", per dimostrare che dietro la loro patologia, si cela prima di tutto una persona e che se stimolati possono far emergere le loro potenzialità assopite.

Ma il progetto " Malati di Niente" non è solo "Opera Borderline", prevede anche altre attività quali opere teatrali, prevenzione della salute mentale tramite incontri con i ragazzi delle scuole, laboratori di poesia.

CAPITOLO 4: Il progetto “Radio senza Muri”

A Radio senza muri come scrisse Franco Basaglia nel 1968, si affronta "la diversità" che è anche una ricchezza... in un luogo accogliente, piacevole e soprattutto di integrazione (ricombinazione) : **“Al di fuori dalle istituzioni, intendendo con ciò non soltanto fuori dall’istituzione psichiatrica, ma fuori da ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono”** (cit. Franco Basaglia).

La radio comunitaria è un luogo di incontro, di relazione nel territorio, dove, chi ne sente la necessità, può esprimere le proprie idee, i propri sentimenti e creare un vero confronto con la comunità. La Radio vuole avere una piena funzione sociale, far conoscere e stimolare la riflessione sui diversi temi che ci riguardano tutti e che ci fanno sentire appartenenti alla stessa condizione umana. La Radio vuole essere un punto di incontro per persone che sono normalmente definite "aventi un disagio sociale" e persone che si usa definire "normali".

Il progetto prende spunto dall’ eccezionale esperienza di Radio la Colifata, in onda dal 1991 dai giardini dell’ospedale psichiatrico J.L. Borda di Buenos Aires.

L'idea è nata nel 1991 da un giovane studente di psicologia, Alfredo Olivera, come parte di una terapia di comunicazione, cercando di applicare con le persone che partecipano alla radio, un senso di libertà e di autonomia per fronteggiare al meglio questa società. ⁽¹⁸⁾

Cose semplici: recuperare l'uso del linguaggio, integrazione e scambio fra il dentro e fuori, cambiare l'idea diffusa che sono persone pericolose.

La sola assistenza sanitaria può fare ben poco senza la ricostruzione di un senso collettivo, senza una città che diviene comunità che si prende cura di chi volente o nolente deve andare ad un passo più lento rispetto ad una normalità, questa sì, sempre più folle.

Ogni trasmissione di Radio senza muri abate i muri... perchè crea anche i Ponti insieme alla comunità..."

Radio Senza Muri è una web-radio comunitaria di promozione della salute, nata nel 2012 da un progetto ideato dall'associazione "Ya Basta! Marche", ed opera sul territorio di Jesi (AN).

Radio senza muri è una radio comunitaria poiché caratterizzata da tre aspetti:

- volontariato come risorsa principale
- autofinanziamento come mezzo primario di sostentamento
- il coinvolgimento degli ascoltatori.

L'offerta radiofonica è importante in una realtà come la nostra "nazionale" molto frammentata, quindi fondamentale diventa la ricerca di un dialogo fra le diverse culture per il conseguimento del giusto equilibrio tra le esigenze sentite di integrazione sociale e quelle di mantenimento delle singole identità; Si tratta di uno strumento di promozione della salute, riprendendo la definizione che ne dà l'OMS: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale (1948)". Tale strumento mira quindi alla riduzione dello stigma e all'inclusione sociale attraverso un lavoro costante di messa in discussione degli stereotipi comuni. L'obiettivo è promuovere il diritto alla salute, al di fuori dell'Istituzione che colloca spesso l'individuo in un ruolo passivo quale oggetto di cura o di sostentamento, offrendo la possibilità di un

cambiamento di ruolo, da oggetto di riabilitazione o di politiche di integrazione a soggetto promotore di salute per sé e per la comunità di appartenenza. L'utilizzo del dispositivo radiofonico è finalizzato alla creazione di un ponte tra la comunità e coloro che sono in una situazione di istituzionalizzazione. Nel nostro caso parliamo di pazienti psichiatrici e con dipendenze patologiche che hanno trovato nel contenitore Radio Senza Muri un luogo adatto dove tessere trame relazionali, territoriali e più in generale umane. Proprio qui si radica uno dei pilastri di questo progetto: si tratta di una costruzione collettiva, dove ognuno degli attori: pazienti, ascoltatori, e professionisti partecipa attivamente alla costruzione di spazi di salute attraverso i mezzi di comunicazione, con effetti terapeutici e sociali.

Il progetto "Radio Senza Muri" ha preso il via con un corso di formazione dall'Ass.Civil Radio La Colifata (Argentina), che va in onda dal 1991 dai giardini dell'ospedale neuropsichiatrico J.T. Borda di Buenos Aires, tenuto dallo psicologo Alfredo Olivera.

Radio La Colifata trasmette in diretta tutti i sabati per 4 ore, in seguito viene fatto un lavoro di edizione della trasmissione secondo criteri etici-terapeutici ed estetici dando il formato di un microprogramma. Successivamente tale materiale viene distribuito alle radio del paese, arrivando così alla comunità e viene data la possibilità a questa di aprire un canale per la propria partecipazione attraverso l'invio di messaggi rivolti ai partecipanti alla radio, che a loro volta possono dare una risposta.

Si tratta di un progetto politico in quanto da un lato è volto ad orientare azioni finalizzate alla trasformazione delle istituzioni che si occupano di salute mentale e dall'altro mira alla decostruzione dei significati sociali immaginari connessi alla

“follia”, favorendo uno spazio per pratiche sociali che promuovano l’integrazione; è un progetto etico-terapeutico nel senso di generare uno spazio di riscatto e di produzione di soggettività, che permetta il riconoscimento dell’altro come in grado di produrre differenza; ed è un progetto estetico, poiché si tratta di un atto creativo dove, nel nostro caso la materia prima che è il dolore non viene negata o banalizzata o resa malattia bensì si trasforma in metafora. L’obiettivo è divenire creatori di possibilità per l’espressione delle persone e dei gruppi sociali che vi partecipano (Olivera A. M., *Tramatizadores de lo Disperso*, 1999).

Ciò che caratterizza l’operato di Radio Senza Muri è l’utilizzo del Dispositivo Radiofonico Gruppale. Tale dispositivo permette di oltrepassare l’idea classica di radio all’interno di uno studio; di fatto ogni trasmissione si svolge in luoghi pubblici ed è aperta a tutta la cittadinanza. Tutti i partecipanti siedono a semicerchio intorno al tavolo tecnico e chiunque ne ha voglia può prendere il microfono e parlare.

La trasmissione è a cadenza mensile e dura 5 ore; coloro che desiderano parteciparvi si riuniscono alle 14.00 per definire la griglia, che indica i temi che verranno affrontati. Alle 15.00 comincia la diretta. Dopo la lettura della scaletta si parte con un primo giro di presentazione al microfono; questo è il primo passo per la formazione del gruppo. Seguendo quanto stabilito nella scaletta viene introdotto il primo argomento e si dà seguito a domande e riflessioni.

Radio Senza Muri ad oggi può essere considerata una “esperienza innovatrice nel campo della salute mentale” (A. M. Olivera, *Experiencias Inovadoras en el ambito de la Salud mental* ed. Universidad Oberta de Catalunya, 2016).

L' Associazione Ya Basta Marche ha partecipato al bando del CSV (Centro Servizio Volontariato) Marche, presentando un progetto inerente la creazione di una Radio Comunitaria nel territorio jesino.

Comunitaria poichè intesa come luogo di incontro, di relazione, dove chi ne senta la necessità possa esprimere le proprie idee, i propri sentimenti e creare un vero confronto con la comunità, per conoscere e riflettere sui diversi temi appartenenti tutti alla stessa condizione umana.

La radio vuole essere un punto di incontro per persone che si usa definire aventi un disagio sociale e persone che si usa definire normali. Il progetto prende spunto dall' eccezionale esperienza di Radio la Colifata, in onda da 20 anni, che trasmette dai giardini dell'Ospedale Borda di Buenos Aires; la radio ha dato la possibilità di far sentire fuori dalle mura del nosocomio le difficoltà di tante persone che vi sono ricoverate

La radio diventa quindi uno strumento terapeutico dove i soggetti coinvolti vedono affiorare la consapevolezza di essere in grado di assumere una funzione politica nella propria comunità di riferimento. Contestualmente la radio assume la valenza di una piazza aperta dove riflettere, discutere, organizzarsi e costruire un rapporto dialogico con la comunità la quale viene posta nella situazione di interagire ed esprimersi. Inoltre la creazione di una radio nella quale sono coinvolte realtà associative diverse che operano sul territorio contribuisce all'opera di stimolo delle realtà di volontariato esistenti e alla creazione di reti e nuovi rapporti di collaborazione.

Il progetto è stato approvato dalla commissione esaminatrice del CSV Marche nel mese di ottobre e da quel momento stiamo lavorando per portarlo avanti.

Si è iniziato con un corso di formazione gestito dallo Psicologo Alfredo Olivera, fondatore di Radio la Colifata, e si proseguirà con la realizzazione della radio, avendo come appoggio la già esistente Radio TLT, del Centro di Aggregazione Giovanile di Jesi, gestito dalla Cooperativa Sociale Costess.

Il progetto ha come capo fila l'associazione Ya Basta! Marche e vede la partecipazione di più di 20 partners, che hanno aderito a questa idea e che sono espressione del mondo dell'associazionismo, delle radio alternative di diverse città italiane, di radio locali ed enti del territorio jesino.

Radio senza muri: una giornata particolare

Sabato 24 marzo 2012, a Jesi, è stata una giornata particolare poiché alle ore 15 ha preso il via l'esperienza radio più innovativa della regione. Una radio fatta in gruppo e dal gruppo dove il microfono è aperto e tutti possono parlare, anche chi arriva in ritardo e, preso dal discorso, vuole dire la sua. La prima trasmissione è stata mandata in onda dai giardini della Comunità Soteria. ⁽¹⁹⁾

Radio Senza Muri è la concretizzazione di un progetto finanziato dal Centro Servizio per il Volontariato e ideato dall'associazione Ya Basta! Marche insieme ad associazioni del territorio, cooperative ed enti locali che include una rete di web radio a livello nazionale.

L'idea prende spunto dalla conoscenza diretta e personale dell'esperienza pluriventennale di Radio la Colifata, emittente argentina oramai famosa grazie anche alla partecipazione di Manu Chao alle sue trasmissioni, che si distingue dalle altre

radio per trasmettere dai giardini dell'ospedale psichiatrico. La Radio è gestita infatti dagli ospiti e dagli ex ospiti dell'ospedale Borda di Buenos Aires. Per i colifatos la radio è un'arma allegra, volta ad abbattere i muri fisici ma anche mentali che li separano, stigmatizzandoli, dal resto della comunità.

E' da questa idea che Radio Senza Muri prende spunto ed è dal voler abbattere i muri, che non permettono un vero incontro con l'altro e con la diversità, che parte la prima esperienza di radio comunitaria jesina.

Tutti coloro che sabato 24 marzo hanno partecipato alla prima diretta di Radio senza muri, nel giardino della comunità Soteria, non ha potuto che esprimere estrema gioia, senso di libertà ed entusiasmo nel condividere con altri che non si conoscono questo spazio radiofonico multitematico. Quattro ore e mezzo di ascolto e scambio, di musica e divertimento, vissute in modo libero e dando spazio all'avvenimento in sé e perchè no, all'imprevisto. L'apertura a significati altri, la logica dell'avvenimento e la radio come esperienza terapeutica infatti sono tre dei tanti temi trattati durante il corso intensivo di formazione di 36 ore tenuto dal fondatore di radio la Colifata Alfredo Olivera, sostenuto anche da Laura Gobet e Veronica Kazimierzack, che ha avuto luogo dal 17 al 25 marzo nel Museo per le Arti della stampa di Jesi. Al corso hanno partecipato trenta persone provenienti da Jesi ma anche da diverse altre parti della regione Marche e non solo. L'occasione di questo corso di formazione ha scavalcato i confini regionali portando a condividere questa esperienza radiofonici, associazioni del territorio, corsisti di Torino e di Pisa... e anche il fondatore di Caffè Basaglia di Torino. Tutte persone che per nove giorni si sono incontrate per discutere sul come fare una radio a Jesi con i mezzi teorici forniti dai "colifatos" argentini.

Questo dispositivo grupppale di formazione, di incontro e di saper pensare insieme ha costruito le basi di Radio senza Muri: un dispositivo radiofonico grupppale itinerante, volto a incontrare le persone e il territorio là dove si sviluppa, confligge e crea; accogliente e aperto all'altro, inteso come singolarità o come gruppo (associativo, cooperativo, politico...), dando uno spazio vocale, mentale e fisico per dare e darsi voce; multitematico e quindi non chiuso all'interno di una categoria, ma aperto a qualunque tematica: dal disagio psichico alla migrazione, dai temi legati al mondo del carcere a quelli della scuola, dalla cucina alla musica, da temi di attualità a scritti personali.

Radio senza Muri è lo spazio per mettere in moto la macchina dei desideri di tutte quelle persone che si avvicineranno e che vorranno utilizzare questo strumento non esclusivamente per dare delle risposte ma per dar vita a domande costruttive.

Il primo esperimento di Radio Senza Muri è andato molto bene. Grazie al collegamento con Buenos Aires e all'utilizzo della piattaforma web di radio la Colifata e di Radio TLT di Jesi la trasmissione è stata ascoltata dagli appassionati di Radio la Colifata che attraverso Facebook inviavano messaggi in diretta. I primi dieci minuti sono andati in onda anche su radio Center Music, emittente locale e l'intera trasmissione è stata coordinata da Alfredo Olivera e Laura Gobet, supportati da Veronica Kazimierzack al mixer.

1 Dicembre 2007 Ya Basta! e Manu Chao a Radio La Colifata BUENOS AIRES

A testimonianza dell'impegno profuso e del lavoro che educatori e volontari svolgono per la realizzazione di "Radio senza Muri", nell'ultimo viaggio in Argentina, la delegazione dell'associazione Ya Basta! è stata ospite dei palinsesti di Radio La

Colifata, la radio autogestita dagli ospiti e dagli operatori dell'ospedale neuropsichiatrico Borda.

Alla trasmissione era presente anche Manu Chao, da anni sostenitore dei colifatos.

La radio, come metodo di promozione della salute, si è consolidata negli anni e ha reso possibile un importante lavoro di interazione fra la comunità esterna e gli ospiti del Borda. Una forma che invita a riflettere sui problemi della malattia mentale e sui miti che si formano sulla follia e che si apre alla relazione con gli ascoltatori e gli operatori della comunicazione.

Quel sabato era in programma una trasmissione straordinaria per un ospite in studio molto speciale: Manu Chao, da anni grande sostenitore di Radio La Colifata e collaboratore in alcune produzioni come il disco "La Colifata. Siempre fui loco", da cui sono seguiti diversi mega-concerti nel novembre 2005 a Buenos Aires e Santa Fe insieme ai colifati. ⁽²⁰⁾

Enorme la partecipazione, come ogni sabato, di chi raggiunge il Borda per accompagnare i colifatos nella trasmissione. Questo il saluto di Manu Chao a tutte le persone presenti nel cortile del Borda: ***"...Oltre alla partecipazione di oggi, che è sempre un orgoglio, un onore ed un piacere, in questi giorni ci riuniremo per registrare un nuovo disco di "La Colifata" per continuare il percorso di espressione della voce dei colifati e perchè il loro messaggio, molto più lucido di quanti se ne possano ascoltare oggi, da qui possa viaggiare per il mondo. Un progetto che ci permetta anche di finanziare "La Colifata". Metteremo mano all'opera a partire da lunedì. Ci sono molte cose già registrate da "La Colifata" in questi anni, a cui sarà aggiunto quanto verrà realizzato in questi giorni di***

lavoro con lo studio mobile grazia anche al sostegno dei "Los Piojos" (gruppo rock argentino molto famoso), che ringraziamo...".

La delegazione di Ya Basta! ha partecipato alla trasmissione, durata l'intero pomeriggio. Dopo l'intervista e l'esibizione di Manu Chao, è stata la volta dell'associazione Ya Basta! che ha raccontato della sua visita in Argentina, del progetto del Centro di Salute Autogestito dell'Mtd Solano e di quello della Radio Comunitaria Mapuche di El Maiten. E' stato ricordato anche l'appuntamento con la rassegna "Malati di Niente" che si tiene nelle Marche, a cui "La Colifata" ha partecipato nel 2005. Chi passa per Buenos Aires non può perdere l'opportunità di fare visita a Radio "La Colifata", la radio trasmette ogni sabato dalle 14 alle 19 nel cortile dell'Ospedale Neuropsichiatrico José T. Borda.

Il progetto Radio senza Muri diventa quindi "lo strumento" per dare voce a chi di voce sembrava non averne più, a coloro cui era stato tolto il diritto alla parola, il diritto di esprimere il proprio pensiero, la propria opinione.

Uno strumento che permette agli utenti di dire: "noi ci siamo, noi esistiamo", lo fa attraverso la radio appunto. un importante mezzo di comunicazione al giorno d'oggi.

È un progetto in cui sono coinvolti figure professionali come educatori e psicologi ad esempio, ma anche persone comuni, normali cittadini e per l'appunto gli utenti delle varie strutture presenti sul territorio chiunque insomma, sia interessato a condividere del tempo e delle idee allo scopo di fare "comunità", di arricchire l'altro e allo stesso tempo se stessi tramite il dialogo e l'ascolto.

Avendo partecipato a diversi incontri della radio, ho potuto constatare come tale progetto abbia un impatto molto "forte" e positivo sugli utenti, un progetto che sfrutta

al meglio tutte le risorse territoriali ed umane di cui dispone essendo dotato di numerosi punti di forza che permettono di dire che "Radio senza Muri" è funzionale alla causa.

Innanzitutto il fatto che non si svolga all'interno di una istituzione o di una struttura quanto piuttosto nel territorio cittadino, in un spazio pubblico aperto a tutti. Tale elemento è importante per gli utenti perchè da loro l'opportunità di uscire dal loro setting giornaliero, dai loro confini e di stare a stretto contatto con la città, facendoli sentire parte della società a cui essi appartengono, ma di cui a volte si dimenticano e ci si dimentica.

Altro punto a favore è il ruolo attivo che essi hanno in prima persona durante lo svolgimento della radio: condurre una propria rubrica, esporre il proprio pensiero, porre domande, confrontarsi su tematiche quotidiane con persone che vivono la città, ascoltare il pensiero altrui; sono tutte attività che consentono loro di sentirsi un po' meno "folli", un po' meno diversi.

In questo modo inoltre hanno l'opportunità di farsi conoscere, di far vedere in prima persona che la salute mentale se vissuta senza pregiudizi, senza stereotipi non è poi una realtà che fa così paura e può diventare un mondo non da escludere a prescindere, ma da comprendere e da includere.

Gli utenti si sentono integrati, parte di un "qualcosa", sentono che la loro voce non si disperde nel vuoto, ma viene ascoltata, perchè ci sono persone dall'altra parte che si sono interessate, che vogliono scambiare punti di vista.

A livello educativo e lavorativo invece, "Radio senza Muri" rispecchia a pieno il concetto di lavoro di rete, dagli utenti, alle figure professionali, fino al "territorio" tutti

collaborano in sinergia affinché ogni appuntamento di tale progetto si svolga nella più totale armonia, e raggiunga gli obiettivi prefissati: promuovere la salute mentale.

Come detto in precedenza, per quello che ho potuto constatare di persona in base alla mia esperienza, posso dire che i risultati sono ottimi e la prova ci è data dagli utenti che sempre partecipano in massa ad ogni evento, a testimoniare la valenza che questo progetto abbia per loro.

CONCLUSIONI

Questa tesi mi ha dato l'opportunità di approfondire ancora di più il settore della salute mentale, settore che avevo iniziato a conoscere a livello teorico durante la mia carriera universitaria e a livello pratico durante il tirocinio del secondo, ma soprattutto del terzo anno Tirocinio che mi ha permesso di crescere sicuramente da un punto di vista professionale ed anche e mi piace sottolinearlo per quello che il nostro lavoro rappresenta, da un punto di vista umano.

E' stato importante a tale fine conoscere la storia, la legislazione e lo sviluppo dell'educatore professionale, analizzando le metodologie e le competenze che lo contraddistinguono rendendolo una figura a mio modo di vedere indispensabile per l'utente, nel campo della salute mentale come negli altri settori in cui agisce.

Dalla trattazione delle tematiche concernenti la salute mentale, unite alla mia esperienza personale, quella di un educatore professionale che si è "immerso" seppur temporaneamente in questo settore, emerge come non solo siano importanti le competenze acquisite, le conoscenze, il nostro saper fare e saper "essere", quanto piuttosto come tutto questo sarebbe superfluo senza un adeguato setting. Mi riferisco alle istituzioni, alle strutture riabilitative, al territorio, alla famiglia, alla nostra società, a tutto ciò che può fungere da risorsa.

L'educatore è sì portatore di cambiamento, costruttore di "ponti", ma per farlo non può essere abbandonato. Il suo rapporto e la sua relazione d'aiuto con l'utente per crescere ha bisogno di cooperazione, ha bisogno che tutte le figure coinvolte mirino al raggiungimento dello stesso obiettivo.

Partecipando attivamente alla vita quotidiana della comunità, stando a stretto contatto con gli utenti ho compreso ancora meglio, qualora vi fosse bisogno, dell'importanza di realizzare attività e progetti mirati al recupero della loro autonomia e del reintegro sociale, ma soprattutto di quanto tali progetti necessitino di un accurato lavoro di rete.

Far conoscere la salute mentale, al di fuori della comunità, è fondamentale: le persone con disagio mentale non possono migliorare se in solitudine, devono avere a disposizione le risorse umane, professionali, materiali e culturali per ristabilire un equilibrio personale.

Penso che le conoscenze acquisite insieme alla mia esperienza siano servite a rendere più esauriente e chiara la mia tesi

Credo fortemente che con un mirato lavoro di rete, con progetti come quelli precedentemente descritti, come "Radio senza Muri e "Malati di Niente", con la giusta metodologia e professionalità ogni singolo utente possa far uscire le proprie potenzialità, le proprie risorse e raggiungere obiettivi che in principio neanche immaginava.

Credo che lavorando in sinergia con il territorio, istituzioni e la famiglia (non a caso ho descritto quello che rappresenta il gruppo multifamiliare), l'educatore professionale possa effettivamente portare l'utente che ci chiede aiuto, a raggiungere quel cambiamento sperato, forse da lui addirittura inatteso.

Il nostro è un lavoro che implica il prendersi cura, la presa in carico, ma per far ciò ci deve essere una relazione comune, che mira al di là degli schemi ed itinerari della salute mentale.

Un' etica della condivisione è fatta a mio modo di vedere di stili di vita, di pensiero progettuale, partecipazione, attenzione e ascolto attivo, dell'altro, con la passione di chi si pone dentro la relazione e la vita, perché è di questo che hanno bisogno i nostri utenti, condividere, perché così la vita è più bella.

In questo senso il tema della salute mentale diventa una questione centrale, una questione che riguarda tutti noi, tutta la nostra "comunità", la nostra società.

Bibliografia e Sitografia

- 1 <https://books.openedition.org>
- 2 <http://www.psychiatryonline.it>
- 3 <http://www.salute.gov.it>
- 4 <http://www.anep.it>
- 5 <https://www.gazzettaufficiale.it>
- 6 F. Poffa, "Formazione e ruolo dell'educatore professionale, Vita e pensiero, Milano 1993, p.22
- 7 A . Canevaro, "La formazione dell'educatore professionale, Nis Roma, 1991 p.13
- 8 Brandani W. Zuffinetti P. "Le competenze dell'educatore professionale", Carocci Roma, 2004. Cap.1
- 9 <https://www.cooss.it>
- 10 <http://www.laretedel sollievo.it>
- 11 G. Dell'acqua "Famiglie e servizi di Salute Mentale"
- 12 G. Dell'acqua "Ibidem"
- 13 <http://www.inftub.com/marketing/LEDUCATORE-PROFESSIONALE55639.php>
- 14 <http://www.associazioneinverso.it/psicologia-roma/9-i-gruppi-multifamiliari-cosa-sono-e-come-funzionano.html>
- 15 <https://lospaziopsicoanalitico.it/2019/05/18/psicoanalisi-multifamiliare/>
- 16 <https://www.cooss.it/it/2013/10/20/al-via-la-rassegna-malati-di-niente-a-jesi/>
- 17 Laing "L'io e gli altri"
- 18 <https://www.facebook.com/radiosenzamuri/>
- 19 <https://www.facebook.com/notes/radio-senza-muri/radio-senza-muri-una-giornata-particolare/326321370762174/>
- 20 <https://www.facebook.com/notes/ya-basta-marche/1-dicembre-2007-ya-basta-e-manu-chao-a-radio-la-colifata-buenos-aires/931948963501052/>

- D. Demetrio “L’ educatore auto(bio)grafo”
- G. Ba “Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale”
- P. Carrozza “Principi di riabilitazione psichiatrica”
- O. Gardella “L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia”
- G. Contini “Il miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica”
- B. Saraceno “Sulla povertà della psichiatria”
- A. Canevaro S. Bonifazi “Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale”
- A. Olivera "Esperienze innovatrici nell'ambito della salute mentale" (Ed Universitat Oberta de Catalunya, 2016)