



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia e Psicologia applicata**

**CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN
SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE**

Relazione finale

**RELAZIONE DI AIUTO E *MONTAGNATERAPIA*.
UN'ESPERIENZA DI TIROCINIO.**

Relatore

Prof.ssa Alessandra Cesaro

Laureanda: Nives De Marchi

Matricola: 594413

Anno Accademico 2012-2013

INTRODUZIONE

Le seguenti pagine, sono frutto di un lavoro, nato dalla mia esperienza di tirocinante presso una comunità di persone con problemi psichiatrici, partecipando ad un progetto di “*montagnaterapia*”. Questa esperienza ha determinato la scelta di elaborare la mia tesi, addentrandomi nel mondo della “*follia*” e ad intraprendere un viaggio a ritroso nel tempo sulla storia della malattia mentale, i suoi attori, “*Viaggiatori inattesi*”, termine che utilizza Carlo Lepri nel suo libro, e del viaggio esistenziale di chi è ed è stato inatteso socialmente.

“Visto da vicino nessuno è normale” così inizia questo mio elaborato, nell’affrontare il concetto di normalità e anormalità, riportando il significato di norma e deviante, da “*Noi matti*”- Dizionario della nuova psichiatria redatto da Franco e Franca Basaglia. Superare lo stereotipo del “*matto*”, in questo caso il deviante, è qualcosa che ha a che fare con il recupero di parti importanti del sé. Le idee che ci facciamo sull’altro riflettono l’assetto ideologico del contesto in cui viviamo ed hanno una funzione principale di confermare norme e valori. Questo in relazione al contesto sociale, culturale, politico ed economico. Nel primo capitolo ripercorro nel tempo, la storia della malattia mentale, dal mondo greco classico attribuita a fenomeni di natura spirituale, religiosa, agli asili assumendola come pericolo per l’organizzazione sociale, stigmatizzandola, e costruendo luoghi per contenerla come gli istituti speciali. Per poi entrare nella lunga storia del manicomio, fino al suo superamento nel 1978 con la promulgazione della legge 180, grazie al contributo fondamentale di Franco Basaglia, figura determinante in questa fase della storia. Il secondo capitolo entra nel vivo del fare dell’educatore all’interno della relazione di aiuto, partendo dalle origini, l’incontro tra Itard, medico francese e il ragazzo selvaggio Victor. Sviluppandosi successivamente in una metodologia all’interno della relazione educativa tra chi dà aiuto e di chi lo riceve. Elencando una serie di criteri fondamentali che la caratterizzano, sottolineando la differenza tra cura come terapia in senso più medicalizzato ed educazione cioè “*l’aver cura di* “. Il terzo capitolo è il focus della tesi e cioè la “*montagna terapia* “. Esperienza che mi ha dato la possibilità in prima persona, insieme alla presenza determinante degli operatori e naturalmente dei ragazzi, di mettere in pratica alcuni criteri fondamentali del fare dell’educatore e cioè l’osservazione partecipante e l’ascolto attivo all’interno di un accompagnamento “*speciale*” in un setting privilegiato come è la montagna, per un lavoro

riabilitativo con persone con problemi psichiatrici. Il capitolo si articola lungo un percorso a tappe su cos'è la montagna terapia, perchè proprio la montagna e l'importanza di questa, il senso del camminare e i vari significati, l'importanza del gruppo, i riti come la preparazione dello zaino e altri aspetti. Tutto questo grazie, al materiale raccolto attraverso il contributo di chi opera da tempo all'interno di questo progetto, di altri saperi, atti di convegni ecc. Concludo il capitolo nel riportare, dal mio diario di bordo, la narrazione di una giornata di "montagna terapia". Mi auguro che questo viaggio sia interessante e possa far conoscere aspetti diversi della dimensione della malattia mentale. Auguro a tutti un buon viaggio.

PREMESSA

Normalità e anormalità

“Visto da vicino nessuno è normale”. Apro questa mia relazione con la famosa scritta che si trova fuori dall'ex manicomio di Trieste, introducendo così un tema molto dibattuto su cosa si intende per normalità.

Definizione di “norma”:

“Norma: complesso di regole che definiscono i valori di una data società in rapporto al tipo di credenze, organizzazione sociale, livello economico. Sviluppo tecnologico-industriale che lo caratterizza. Si tratta di un insieme di valori relativi che acquistano peso e significato assoluti solo nel momento in cui vengono infranti [vedi Deviante]. Essi si traducono cioè in norme giuridiche deputate a sancire la situazione in atto. Di conseguenza sanciscono il sistema di valori della classe dominante quindi il privilegio della classe che stabilisce i limiti di “norma” rispetto all'altra che li subisce.”

Definizione di deviante:

“Deviante: Il termine è stato importato nella nostra cultura come astratta elaborazione ideologica di un problema altrove reale. A livelli socio-economici diversi corrispondono forme diverse di definizioni culturali: il problema definito con questo termine resta da noi perciò patrimonio di una élite culturale ristretta e il termine stesso si riduce ad una specie di ammiccamento fra privilegiati capaci di definire un messaggio segreto e di scoprirvi riferimenti in chiave. Nella nostra cultura, il problema del deviante, ossia il problema di colui che devia dalla Norma [vedi], resta affidato alla competenza della medicina o della magistratura, le quali riescono ancora a spiegarlo e a controllarlo attraverso la definizione di “personalità psicopatica” o di “delinquente”. Nelle culture di quei paesi (generalmente più progrediti del nostro) nei quali l'ideologia della diversità non è più sufficiente a controllare in istituzioni chiuse le devianze che pongono in discussione la norma, il problema viene

trasferito anche alla competenza della sociologia. Si tende così a creare nuove forme di organizzazione sociale aventi lo scopo di garantire il dominio e il controllo del numero sempre crescente di marginali ottenuto, attraverso i meccanismi di esclusione della produzione, nelle fasi avanzate di sviluppo del capitale. Una recente statistica americana presentata dallo psichiatra sociale Jurgen Ruesch, calcola per esempio nel 65 per cento del totale della popolazione statunitense la quota dei disadattati o devianti.”.

"Sono due “voci”, reciprocamente richiamantisi, di “Noi matti”- Dizionario della nuova psichiatria”redatto da Franco e Franca Basaglia¹ con contributi di Giangiulio Ambrosini e di Michele Riso e pubblicato sul numero de «L’Espresso/colore» del 21 marzo 1971: provocazione durissima e insieme divertentissima, da far mandare a memoria a tutti i dirigenti amministrativi e sanitari delle USL, a tutti i membri delle commissioni parlamentari della Sanità e della Giustizia, a tutti gli studenti e laureati in medicina e in giurisprudenza, a tutti i giornalisti che scrivono di matti, di manicomi e di legge 180.². Ma (probabilmente proprio per questo) un testo ormai reperibile soltanto in qualche emeroteca: neppure i due bei volumi antologici delle opere di Basaglia pubblicati da Einaudi nel 1981 lo includono. Nel gioco divertito e divertente del Dizionario, che per l’intreccio dei rimandi Franco Basaglia considerava una specie di gioco dell’oca, c’è un’altra accoppiata di voci da trascrivere qui:

Trentatrè: vedi Diagnosi

Diagnosi: Momento in cui il medico trae le conclusioni del suo lavoro interpretativo sulle condizioni del paziente e ne deriva un adeguato indirizzo terapeutico. In psichiatria, non potendo rifarsi all’obiettività dell’esame clinico, ogni interpretazione della malattia mentale (da quella organicistica a quella psicogenetica o sociologica) deve assumere, come valore assoluto infranto dalla condotta Deviante[vedi], il limite di Norma[vedi] di volta in volta fissato dalla stessa natura dell’interpretazione: la norma organica, quella psichica e quella sociologica. In questo senso, lo

¹ Basaglia F. (Venezia 1924-1980)fu uno psichiatra e un neurologo, professore, fondatore della concezione moderna della salute mentale, riformatore della disciplina psichiatrica in Italia e ispiratore della cosiddetta legge 180, anche nota, infatti, come “legge Basaglia”, che introdusse un’importante revisione ordinamentale degli ospedali psichiatrici in Italia e promosse notevoli trasformazioni nei trattamenti sul territorio. Ongaro F., (Venezia 1928-2005) è stata un’assistente psicologica italiana e, assieme al marito Franco Basaglia, tra i protagonisti del movimento della Psichiatria Democratica.

² La Legge 180 del 13 maggio 1978 è la prima e unica legge quadro che impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio istituendo i servizi di igiene mentale pubblici.

psichiatra si trova a costruire il suo concetto assoluto di malattia sulla base di una definizione relativa del concetto di norma. La diagnosi si riduce quindi per lo più a un puro giudizio di valore da cui trarre misure e sanzioni che non possono avere carattere terapeutico, dato che si limita allo smistamento fra ciò che è normale e ciò che non lo è. Lo psichiatra tradizionale, fondandosi soltanto sul proprio bagaglio semiologico e facendo riferimento a questo concetto puramente relativo di norma, si trova impotente a decifrare il proprio oggetto. Un medico generico, per esempio, può chiedere al paziente di pronunciare la parola “trentatré” per compiere un determinato rilievo polmonare. Ma lo psichiatra non dispone di un eguale strumento. Il dramma dello psichiatra è di non essere ancora riuscito a trovare il suo “trentatre”.

“È passato oltre un quarto di secolo dalla pubblicazione del Dizionario. Basaglia è morto da diciannove anni³. Da ventuno la legge 180, che impropriamente porta il suo nome, è in vigore, in larga misura inapplicata e stravolta ma utilissima per far credere che il dramma della psichiatria non stia nell'impossibilità di trovarlo, quel suo “trentatré” bensì nell'ostinazione insensata e ideologica di chi, proprio con quella legge, ha voluto impedirne la ricerca. Come a dire che soltanto l'ingenuità e/o la protervia dei “basagliani” arrivano a negare la sua esistenza, per il gusto perverso di buttare i matti in mezzo alla strada e di scaricare sulle loro famiglie, con l'illusione del recupero, l'insostenibile peso di un'assistenza difficilissima. Diagnosi politica, questa, rientrando a pieno nella “norma” di quel sistema di valori che riconosce vincenti soltanto le regole di un mercato assolutamente “libero”, cioè affrancato dalle “devianti” ubbie della solidarietà, della pari dignità fra i cittadini, della loro eguaglianza con la seguente parità di diritti oltre che di doveri. Incluso fra questi ultimi quello di pagare le tasse.”⁴

“Lo sviluppo in Europa dell'ideologia illuminista e dei suoi ideali pedagogici lascia il posto, a partire dai primi dell'ottocento, ad un nuovo concetto di normalità che tende ad identificarsi con lo stile di vita e con gli ideali tipici della nuova classe sociale che va affermandosi: la borghesia. Obiettivo fondamentale di questa nuova ideologia della normalità è quello di rendere i rapporti sociali funzionali ai nuovi ideali produttivistici. La rivoluzione industriale è ormai avviata in tutta l'Europa così come la definizione e il progressivo rafforzamento dei diversi stati nazionali. L'adesione alla normalità avviene attraverso la partecipazione attiva ai processi produttivi. Chi non

³ Il testo di riferimento è stato pubblicato nel 2000(vedi bibliografia)

⁴ Pecorini G., *I Devianti*, in, *Fuori norma la diversità come valore e sapere*, Attenasio L., (a cura di),Roma, Armando editore, 2000

vuole o non può produrre entra nelle categorie dell'anormale o del deviante. Per costoro sono pronti nuovi "luoghi" che stanno sorgendo sempre più numerosi: orfanotrofi, manicomi, ospedali, carceri. "Sono i luoghi del nuovo paradosso insito nella affermazione del liberalismo che, in virtù della ideologia della normalità di cui è portatore, produce nuova esclusione e nuova sofferenza entro questi lazzaretti". Il "grande secolo" organizza e perfeziona un sistema di controllo sociale all'interno del quale i sistemi di classificazione assumono un ruolo fondamentale e con essi i tecnici deputati alla loro applicazione. All'interno della cultura positivista, l'evoluzionismo biologico apre la strada a nuovi modelli interpretativi che saranno, tra l'altro, alla base della nascita della moderna psichiatria e della antropologia criminale. Il disabile non è più un essere curioso al confine tra natura e cultura ma un elemento di pericolo per il funzionamento di una società ridisegnata dalla rivoluzione industriale e dai nuovi meccanismi di produzione. Assistiamo alla legittimazione di nuove figure tecniche e alla individuazione di nuovi luoghi nei quali dovranno svolgersi osservazione, assistenza e cura. Le varie discipline concorrono a definire i confini tra le diverse tipologie di disabilità e le classificazioni del corpo diventano lo strumento principale anche per la classificazione delle qualità "moralì". Struttura del cranio e conformazione del volto diventano gli strumenti centrali dello studio della diversità umana. "La frenologia (la capacità di analizzare il carattere a partire dalla misura del cranio) e la fisionomica (la capacità di misurare il carattere a partire dai tratti del volto) esprimono nel modo più pieno la sicurezza, la strategia e le ambizioni della nuova era scientifica". È evidente, in questa funambolica descrizione, l' ansia classificatoria che sottolinea il potere del "tecnico" il quale, con questa attività descrittiva, diventa anche garante di ciò che è o non è nella norma."

«[...] Qualunque cosa dica il pazzo resta pazzia, come qualunque cosa dica il delinquente resta delinquenza, perché il rapporto istituzionale è solo un rapporto di potere che serve a perpetuare il dominio, la discriminazione attraverso la stigmatizzazione». (F. Basaglia)

"Superare lo stereotipo del "matto" è qualcosa che ha a che fare con il recupero di parti importanti del sé. Questo etichettare l' individuo che soffre sembra infatti venir fuori ogni volta che si presenta sul campo il problema di dover capire qualcosa che ci sfugge e che richiede una comprensione profonda. Il "matto" esprime una sofferenza riconducibile ai processi di differenziazione individuale, che influenzano la percezione di se stessi e del mondo. Le idee che ci facciamo sull'altro riflettono l'assetto ideologico del contesto in cui viviamo ed hanno una funzione

principale di confermare norme e valori. Ma il deviante segnala le “atrocità della normalità”, mette in discussione le nostre “finte sicurezze” di integrati della norma. In questa fase si stanno diffondendo razzismi contro nomadi, neri, immigrati, Coloro che sono portatori di una “messa in discussione” della nostra normalità vengono vissuti come minacce. «Ogni angolo della terra ha una sua propria carica di animosità. I musulmani diffidano dei non musulmani. I profughi vagano per terre inospitali. Gli uomini di colore, in molte parti del mondo, subiscono soprusi da parte dei bianchi, che inventano fantasiose dottrine razziste per giustificare la loro intolleranza. La rete di pregiudizi, negli Stati Uniti, è forse la più intricata del mondo. Mentre parte di questo antagonismo senza fine sembra derivare da un reale conflitto di interessi, a nostro avviso esso è per lo più dovuto a paure immaginarie. Purtroppo le paure immaginarie possono causare una sofferenza reale». (G. W., *La natura del pregiudizio*, Firenze, La Nuova Italia Editrice, 1973). Noi crediamo necessario, per superare questo dramma, riaprire una discussione sulle regole e i significati della normalità: «L’epistemologia convenzionale che noi chiamiamo “normalità”, esita a rendersi conto che le proprietà sono solo delle differenze e che esistono solo nel contesto, solo nella relazione. Allo stesso modo esitiamo ad ammettere che il nostro stesso carattere è reale solo nella relazione».⁵ "L’idea della malattia mentale si diffonde, quindi si costruisce e si trasforma in referente oggettivo anche attraverso altri canali, canali che informano e formano i cittadini. Si costruisce attraverso quei canali che contribuiscono a creare l’immaginario collettivo in relazione alla malattia mentale. Nella nostra epoca questi canali sono soprattutto i mass-media, i libri e poi anche tutto quello che si tramanda oralmente, le voci del villaggio che come ormai sappiamo, è globale.

“Era una creatura leggermente scollata dalle cose, come se tra lei e il resto intorno ci fosse sempre un piccolo vuoto da attraversare, da violentare. Non c’erano ponti per lei, c’era un fiume che scorreva e lei cercava un appoggio nell’acqua, una pietra affiorante, qualcosa. Ora l’aveva trovata, quella pietra, e poco importava che fosse il suo corpo.” “Venuto al mondo” di Margaret Mazzantini)

“ Di questa storia non bisogna perdere la memoria”

"Delle persone disabili, “viaggiatori inattesi” spesso ultimi tra gli ultimi, la storia si è poco occupata e ancora meno le persone disabili hanno parlato di sé stessi lasciandoci testimonianze dirette. Utilizzando il titolo di un libro di Philippe Caspar potremmo dire che ci troviamo di fronte alla

⁵ Gabriele G. Giustini S., *Pazzi per il lavoro*, in, *Fuori Norma la diversità come valore e sapere*, Attenasio L., Armando Editore, Roma, 2000

storia di un Popolo silenzioso. Michel Foucault nella sua Storia della follia ribadisce questo concetto quando afferma: “non ho voluto fare la storia di questo linguaggio (la follia); semmai l’archeologia di questo silenzio”. "La follia⁶ ha assunto, nel corso dei secoli e in società diverse tra loro, i più svariati significati in relazione al contesto sociale, culturale, politico ed economico. La storia della pazzia ha origini antiche quanto la storia stessa dell’umanità. E durante le varie epoche storiche è mutata più volte la prospettiva da cui è stata considerata la follia."

"In ogni tempo gli uomini di fronte alla pazzia si sono posti sempre le stesse domande.

Che cos’è, da dove arriva, qual è la causa? Dunque farsi una ragione di questa strana e misteriosa condizione. Di volta in volta sarà attribuita a fenomeni di natura spirituale, religiosa, fisica, biologica, sociale e psicologica. Cosa fare quali rimedi, quali cure adottare? Dunque trovare uno strumento, un modo per intervenire, per rimediare, per lenire il dolore, per fugare il male, per proteggersi dal pericolo. Di volta in volta verranno scelti rimedi legati alla presunta natura del fenomeno e cioè rituali magici o religiosi, esorcismi, bagni salassi, punizioni corporali, erbe, farmaci, lavoro, rieducazione, psicoterapie. Chi lo fa, chi deve occuparsene, qual è la figura proposta? Dunque investire qualcuno che forte dell’autorità e della competenza possa e debba intervenire. Di volta in volta saranno maghi e sciamani, streghe e stregoni, boia e carceri, esorcisti e sacerdoti, erboristi e barbieri, educatori e psicologi, medici e psichiatri. Dove, in quale luogo designato, in quale istituzione? Dunque eleggere un luogo che sia adatto a curare, contenere oppure escludere. Di volta in volta verranno utilizzati recinti rituali, templi, boschi magici, caverne, conventi, prigioni, lazzeretti, ospizi, ospedali, colonie agricole, manicomi, comunità terapeutiche, servizi territoriali." Ho scelto alcuni esempi tra i più significativi che la storia ci offre" dai chiusi recinti magici dell’antichità più remota alle libere comunità appartamento dei giorni nostri, il percorso è stato lunghissimo."

⁶ Malgrado l’apparenza e nonostante l’uso comune che tende a confonderli, follia, pazzia e malattia mentale non sono sinonimi. Ciò apparirà chiaramente da alcuni cenni sull’origine di queste tre parole. Follia, dal latino *folle* che significa *mantice, otre, recipiente vuoto*, rimanda all’idea di una *testa piena di aria, attraversata da un vento instabile*. La parola pazzia ha un’etimologia molto incerta, ma probabilmente deriva dal greco *phatos* che significa sofferenza e dal latino *patiens* (paziente, dunque malato) e concentra l’attenzione sull’esperienza dolorosa piuttosto che sulla stravaganza. Malattia mentale, a differenza delle prime due che descrivono una condizione umana e personale, è la definizione che si dà quando si considera questa condizione come oggettiva, una vera e propria malattia del cervello. É una definizione che allude ad un qualcosa di disfunzionale, rappresentabile secondo un modello scientifico, che è quello della medicina clinica.

CAPITOLO 1°

INQUADRAMENTO STORICO E CLINICO

Mi gò un demonio e un angelo intorno a mi e voialtri?
Se l'angelo me invita no' posso dir de no, se mi invita
el demonio, vado percossa no?

GIACOMO NOVENTA

1.1 IL MONDO GRECO CLASSICO

"Nel mondo greco classico i disturbi mentali venivano attribuiti all'influsso di qualche divinità: un dono degli dei, secondo Platone." Dunque nell'antichità predominava il modello magico religioso, e la causa della follia era l'invasione della persona da parte degli dei o degli spiriti maligni. La cura era perciò un rituale magico e il curante il sacerdote, il luogo in un tempio. Parallelamente vi era la storia anche dei disabili, nella Grecia antica, il tema della disabilità compare in modo evidente, però, sotto un aspetto più politico che medico, in quanto legato alla necessità di garantire allo stato cittadini idonei." L'esigenza di salvaguardare la supremazia militare e, successivamente l'esigenza di rispondere all'ideale del *Kalos kai agathos* (bello e buono) tipico dell'età d'oro della democrazia ateniese, porta a vedere la disabilità come una grave minaccia al punto che l'infanticidio per esposizione viene espressamente previsto nel diritto greco. Il Consiglio degli Anziani aveva tutto il potere per decidere se il bambino poteva essere mantenuto in vita oppure doveva essere esposto. Era tradizione che i neonati rifiutati fossero esposti nel mercato, dentro una grossa pentola contenente anche un oggetto appartenente alla famiglia di origine per consentire di riconoscerli in seguito. La cultura greca fornisce dunque per prima una risposta organica al tema delle persone con una qualche forma di anormalità. Si deve pur dire che, sia nella società greca sia in quella romana, accanto alla pratica dominante del rifiuto e della eliminazione, esistono anche segni concreti di affetto, di attenzione di commiserazione verso le persone disabili. Esistono dunque tendenze

contrapposte alla pratica crudele dell'infanticidio o a quella altrettanto praticata della mutilazione ai fini della mendicizia. Come in tutte le epoche accanto ad una rappresentazione dominante della disabilità esistono rappresentazioni di minoranza. Non vada dimenticato un altro atteggiamento presente nella cultura classica: quello della assimilazione di alcune tipologie di disabilità ai divini. In questo caso alle persone disabili viene conferito un ruolo particolare: quello di "mediatori" verso le forze del soprannaturale. Si considerano queste persone come dotate di poteri particolari che le rendono adatte a divenire maghi, sacerdoti, intermediari con la divinità. È il caso dei folli e degli epilettici che, attraverso il "male sacro", vengono immaginati come capaci di predire il futuro." Sempre all'interno del libro di Carlo Lepri "Viaggiatori Inattesi" troviamo un'altra immagine data al disabile a partire dall'età classica come "errore della natura". "Questo riconoscimento rende del tutto logico l'atteggiamento conseguente che è quello di rimediare a questo errore attraverso l'eliminazione fisica. Credo sia importante ribadire che chi guarda alla rappresentazione del disabile come "errore della natura" pensando che il processo di ancoraggio ed oggettivazione che la sottende sia stato possibile solo all'interno di società antiche, connotate da limitate conoscenze scientifiche, commette un errore." La disabilità riconosciuta socialmente come un "errore della natura" non è una esperienza che riguarda solo l'età classica. "Si tratta di una rappresentazione sociale che, seppure con qualche differenza, si è ciclicamente riproposta nella cultura occidentale fino a presentarsi, con le conseguenze drammatiche che conosciamo, in Europa alla fine degli anni '30 del secolo scorso. Penso valga la pena insistere brevemente sulla analogia tra la rappresentazione sociale della disabilità nata in epoca classica e quella maturata nel periodo nazista proprio per questa analogia dell'immagine della disabilità intesa come errore della natura. Nel 1920 lo psichiatra Alfred Hoche e il giurista Karl Binding pubblicano in Germania un testo dal titolo "L'autorizzazione all'eliminazione delle vite non più degne di essere vissute" all'interno del quale sviluppano il concetto di "eutanasia sociale". La definizione di "vite indegne di essere vissute" avrà un triste successo e sarà alla base delle leggi razziali che verranno promulgate in Europa. Forse non è ancora abbastanza noto che la forma attiva più nota di politica eugenetica, quella praticata nei campi di sterminio, è stata scientificamente preparata, negli anni dal 1939 al 1941, dalla azione passata sotto il nome di Aktion T4 nella quale almeno 70.000 persone disabili vengono eliminate nel territorio del Reich.

Dal libro di Marco Paolini⁷ *Ausmerzen* " «*Ausmerzen* ha un suono dolce e un' origine popolare. È una parola di pastori, sa di terra, ne senti l' odore. Ha un suono dolce ma significa qualcosa di duro, che va fatto a marzo. Prima della transumanza, gli agnelli, le pecore che non reggono la marcia vanno soppressi». Alla fine della Belle Époque, meno di cento anni fa, i dottori dell'Eugenetica prendono due strade: per gli inglesi si tratta di *to eradicate illnes*, sradicare la malattia; per i tedeschi diventa *ausmerzen*, sopprimere i deboli. «Questa è la storia di uno sterminio di massa conosciuto come Aktion T4, T4 sta per Tiergartenstraße numero 4, un indirizzo di Berlino. Durante Aktion T4 sono stati uccisi e passati per il camino circa trecentomila esseri umani classificati come "vite indegne di essere vissute"...Cominciarono a morire prima dei campi di concentramento, prima degli zingari, prima degli ebrei, prima degli omosessuali e degli antinazisti e continuarono a morire dopo, dopo la liberazione, dopo che il resto era finito»."

1.2 GLI ASILI

"Tra il XIV e il XVII secolo fu la follia a diventare un immondo pericolo per l'organizzazione sociale che sempre più cominciò a stigmatizzarla e a cercare di contenerla. Un esempio di ciò è che la pazzia venne inclusa tra i vizi capitali: faceva parte cioè delle 10 dualità che si spartivano il dominio dell'anima umana.⁸Come si vede, il concetto di pazzia si andava legando sempre più all'idea della malattia e della malvagità. S'iniziarono così a costruire, dapprima in Inghilterra e poi nel resto d'Europa, dei luoghi nel quale raccogliere tutti coloro che non trovavano collocazione nella società. La metafora della *nave dei folli* nasce in quegli anni e rappresenta bene questo

⁷ Marco Paolini, attore, autore e regista. Noto al grande pubblico per Il racconto del Vajont si distingue quale autore e interprete di narrazioni di forte impatto civile (I-TIGI, racconto per Ustica, Il sergente, ecc.) e per la capacità di raccontare il cambiamento della società attraverso i dialetti e la poesia sviluppata con il ciclo dei Bestiari. Appassionato di mappe, di treni e di viaggio, traccia i suoi racconti con un'attenzione speciale al paesaggio, al suo mutarsi e alla storia.

⁸ Fede/Idolatria, Speranza/Disperazione, Carità/Avarizia, Castità/Lussuria, Prudenza/Follia, Pazienza/Collera, Dolcezza/Durezza, Concordia/Discordia, Obbedienza/Ribellione, Perseveranza/Incostanza.

momento di passaggio.⁹E pian piano questa specie di recinti presero forma di istituti speciali, dove internare un insieme di persone, in genere ma non sempre e non solo, appartenenti alle classi sociali meno abbienti. Il marchio dello stigma accomuna una molteplicità di persone che per ragioni e condizioni diverse finiscono per frequentare il fondo della società. L'unico scopo di questi istituti era difendere l'ordine costituito dalla minaccia della *non ragione*, incarnata da quelle persone. Di fatto, in questi luoghi non veniva offerta nessuna cura o assistenza. «Non è facile definire in modo preciso come fossero e come funzionassero gli Istituti per la segregazione della non ragione. Né deve trarre in inganno il nome del più famoso di tali istituti: l'Ospedale Generale di Parigi; infatti tale istituto non aveva nulla a che vedere con quello che noi intendiamo oggi per ospedale, inteso come luogo pubblico di cura dei malati. L'Istituto per la segregazione della non ragione era un luogo per alcuni versi simile al Carcere per altri all'Ospizio; le persone erano in parte assistite in parte punite; il trattamento era molto duro, le condizioni igieniche precarie e il medico, figura marginale di tale istituzione, vi entrava raramente, solo in caso di malattie fisiche gravi; e il folle, una delle tante forme della non ragione, era recluso con gli altri e non riceveva alcun trattamento particolare». Questi istituti rappresentarono il luogo principale di internamento, una sorta di punto terminale nella deriva umana. Se nel passato il mostro era stato esibito, *mostrare e mostro* sono due parole con la stessa origine, se nelle farse giullaresche medievali e nelle satire del passato il grullo o lo sciocco avevano ricoperto l'importante ruolo di smascheramento della vera essenza delle cose, ora invece i folli vengono nascosti. Le loro idee bizzarre, i loro deliri, i loro comportamenti da «sfaccendati» sono troppo in attrito con il nuovo modello di società che si va costituendo. Con l'andare del tempo la funzione di questi ospizi si andò sempre più definendo come una vera e propria *valvola di decompressione sociale*. Ruolo che sarà meglio svolto successivamente dai manicomi soprattutto con l'affermazione dello stato borghese e con la crescita delle immense periferie dell'emarginazione nelle nascenti metropoli."

⁹ *La nave dei folli* è un poema allegorico pubblicato per la prima volta a Basilea nel 1494 dall'umanista tedesco Sebastian Brant. Questa nave che porta che porta fuori dalla città, insieme ai folli, le bizzarrie, le deviazioni morali, i vizi ed i peccati, salvaguarda la collettività dal pericolo da essi rappresentato.

1.3 La lunga storia del manicomio

"«Luogo per sanare e curare». Era scritto così sul cartello davanti all'ospedale psichiatrico di Klaufbeuren, da cui inizia il racconto di Ausmerzen. Manca il soggetto sanare e curare chi? Quando nella seconda metà dell'Ottocento si aprono i grandi manicomi moderni, il pensiero sottostante è condiviso, le planimetrie dei luoghi spesso sono sovrapponibili. Grandi aree, circondate da un inequivocabile muro che separa e distingue il fuori dal dentro, sani e malati, noi e loro. Anche dentro le separazioni proseguono, quelli tranquilli e quelli agitati, quelli che lavorano e quelli troppo gravi per farlo, medici e infermieri, laici e suore, educatori e guardiani. Un mondo separato e autosufficiente. Aree e padiglioni rispondono a un bisogno sociale e allo stesso tempo offrono una risposta che prima non c'era. Il bisogno sociale è quello del controllo e della custodia organizzata di tutta una galassia di esseri con caratteristiche non compatibili con lo stare fuori; per cui è meglio metterli dentro, metterli via. Non solo i matti, quelli che immaginiamo tali forse senza averne conosciuto alcuno, ma finivano in quei luoghi altrove anche tutti quelli che avevano pezzi riusciti male, più o meno evidenti, nel corpo e nella mente. Per un lungo tempo, non ancora appartenente in modo definitivo al passato, questi luoghi di custodia separata sono serviti a proteggere chi è fuori dalla vista- prima ancora che dall'incontro - con questi esseri diversi, errori di natura secondo Platone, figli del peccato secondo la tradizione giudaico-cristiana o «gettati nel mondo dal lancio dei dadi del computer di Dio», come diceva un bel libro".

"È da poco tempo che ci siamo abituati a pensare al manicomio come a qualcosa di "passato", come ad un'istituzione che non c'è più. In realtà non è proprio così, ci sono sempre i manicomi giudiziari e c'è ancora gente che è rinchiusa nei vecchi manicomi o in istituti analoghi (senza considerare il fatto che nella maggior parte del mondo i manicomi ci sono ancora e funzionano più o meno come quelli che esistevano in Italia fino al 1978). Ma certamente oggi, nel nostro paese, il manicomio non costituisce più quella realtà che ha accompagnato la vita delle generazioni passate: un luogo chiuso, tetro, un po' inquietante, collocato generalmente nella periferia della città, con il quale era

meglio avere a che fare il meno possibile (ed era considerata una disgrazia l'esser finiti dentro quegli istituti, o anche l'aver in famiglia un ricoverato o uno che era stato per un certo periodo ricoverato in manicomio). L'obiettivo delle esperienze alternative degli anni settanta era in primo luogo quello di smantellare il manicomio quale struttura oppressiva, ma contemporaneamente anche quello di demistificare l'idea che la gente aveva del manicomio, che era l'idea di un'istituzione dolorosa e inquietante ma necessaria, inevitabile.¹⁰ Una delle strutture manicomiali più conosciute nel territorio nella provincia di Vicenza, fu quello di Montecchio Precalcino, a pochi chilometri da dove abito. L'ex manicomio era ubicato nella Villa Nievo dei conti Bonin Longarone, nel 1937 l'amministrazione della provincia di Vicenza acquistò destinandola ad ospedale psichiatrico e trasferendovi nel 1939 i primi degenti, provenienti dall'ospedale SS. Felice e Fortunato di Vicenza. Il 1° di ottobre 1980 l'Ospedale Psichiatrico è entrato a far parte del presidio ospedaliero dell'unità locale socio sanitaria n.4 Alto Vicentino. Attualmente sede del Centro Servizi per la cura delle disabilità fisiche e mentali, di una RSA, di una comunità protetta e di un Dipartimento universitario dell'Università di Padova. Ho preso come riferimento l'ex manicomio di Montecchio Precalcino per introdurre una mia riflessione, in seguito alla presa conoscenza dell'esistenza, in quei tempi di un cimitero, che era adibito alla sepoltura dei "matti". Probabilmente questa realtà esisteva anche in altri istituti manicomiali, forse qualcuno non aveva più nessuno, oppure era stato abbandonato dalla propria famiglia, ma a mio avviso, qualunque sia la storia di queste persone, almeno una sepoltura assieme a tutti i comuni mortali, poteva esserci. Questo ci fa riflettere quanto lo stigma per il "diverso", fosse così profondamente radicato, nel creare anche dopo la morte un luogo di separazione dal resto della società. Virtualmente vorrei deporre un fiore, su quelle povere tombe, ora non più esistenti, a simbolo di una dignità negata, fino alla fine.

"È una storia questa, che si è incominciato a ricostruire da poco, anche perché in passato il manicomio ci veniva presentato come una conquista del progresso e della civiltà: e come tutte le conquiste delle civiltà, anch'esso avrebbe dovuto costituire un'acquisizione definitiva dell'uomo."

"Il manicomio fa la sua comparsa quale luogo di ricovero dei malati di mente, alla fine del XVIII secolo. Il nome stesso indica la funzione che questa istituzione vuole avere, di "ospedale dei pazzi" ("mani-" è da "mania", una denominazione di malattia mentale che risale all'antica Grecia e che

¹⁰ Stok F., *La lunga storia del manicomio*, in, *Fuori Norma la diversità come valore e sapere*, Attenasio L., (a cura di), Roma, Armando Editore, 2000.

venne utilizzata fino al secolo scorso; e in seguito è rimasto in uso l'aggettivo "maniac" o "maniacale", per esempio nella denominazione "psicosi maniaco-depressiva). Nell'uso ufficiale la denominazione "manicomio" è stata abbandonata, nei primi decenni del Novecento, a favore di "ospedale psichiatrico" o "ospedale neuro-psichiatrico", per sottolineare con maggior forza il carattere ospedaliero del manicomio (ed anche in considerazione delle connotazioni negative che il nome "manicomio" aveva presto assunto nel linguaggio quotidiano)."¹¹

"Alle soglie del 1800, con la Rivoluzione francese e la conseguente ventata di rinnovamenti, nasce la psichiatria. Il mito di questa nascita vede il medico Philippe Pinel spezzare i ceppi che tenevano incatenati i pazzi negli ospizi. Da questo momento, i criminali dopo un regolare processo andranno in carcere, i folli in quanto malati andranno ricoverati in manicomio. A Parigi in due ospedali gli uomini a Bicetre e alla Salpêtrière le donne. Qui Philippe Pinel (1745-1826), medico capo di entrambi gli ospedali, gettava le basi dell'istituzione manicomiale e, in seguito alle sue osservazioni ed esperienze personali, pubblicò nel 1801 il *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale, o mania*. Questo è uno dei primi libri a definire con rigore scientifico la follia come una malattia del corpo che deve perciò essere curata dal medico. L'obiettivo dichiarato da Pinel e dei suoi seguaci era «liberare i folli dalle catene». I folli che da ora in poi saranno i *malati di mente* dovranno essere curati. La cura sarà l'internamento. L'internamento sarà stabilito per legge da un certificato medico." Tratto da "*Luogo per sanare e curare*" di Mario Paolini¹², si entrava in manicomio se il medico condotto del paese rilasciava una dichiarazione così:

"Il sottoscritto medico condotto certifica di avere visitata A. di M. e di T.[*omissis*], nata a Sarmede, di anni 35, di professione contadina, residente in Salgareda e di averla trovata affetta da alienazione mentale, che presenta i caratteri ante descritti e per la quale riconosce l' assoluta urgenza di inviare l' alienata medesima al manicomio. Rilascia il presente agli effetti dell'art. 2 della legge 14 febbraio 1904 n. 36. Salgareda, 27/10/1906, dott. P.[*omissis*]."

"Per quanto riguarda l'Italia, la legge n.36 del 1904 perfezionata dal regolamento del 1909 dava ampi poteri ai medici alienisti e sanciva il ricovero coatto in manicomio. È pienamente rappresentativa di questa corrente di pensiero la definizione del malato mentale come «*pericoloso a se stesso e agli altri*» e perciò portatore di «*pubblico scandalo*». Le contraddizioni furono che, nella visione di Pinel e della cultura della sua epoca il manicomio è "chiuso" per proteggere i malati di

¹¹ Stok F., op cit.

¹² Mario Paolini (fratello di Marco Paolini già cit.) musicoterapeuta, pedagogista, formatore e docente di Didattica per la formazione degli insegnanti di sostegno; da più di 25 anni si occupa di persone con disabilità intellettive.

mente dal mondo esterno, dalla società in cui essi sono incapaci di integrarsi; il manicomio vuole essere una micro-società protetta, adeguata alle limitate facoltà mentali e morali dei ricoverati. La legislazione si preoccupò invece della difesa della società dal folle, visto come elemento di pericolo e di disturbo per i “normali”; essa riguardava, infatti, specificamente i malati di mente “pericolosi a sé e agli altri”.¹³ Ciò rafforzò lo stigma che si è protratto fino ai nostri giorni. Nella prima metà del Novecento non si verificarono sostanziali cambiamenti nell’approccio al malato di mente e nel suo affidamento alla custodia e alle «cure» del Manicomio. “Nel 1952 furono sintetizzati in Francia i primi psicofarmaci, i neurolettici, che pur agendo solo sui sintomi della schizofrenia¹³ aprirono nuovi orizzonti per un diverso approccio alla cura. In quegli stessi anni cominciarono emergere inediti punti di vista. L’affermarsi di nuove discipline, quali l’antropologia, la sociologia e le scienze politiche permisero, e tuttora permettono, una conoscenza più ampia del fenomeno del *disturbo mentale* e di ciò che ne deriva sul piano della condizione personale, economica e sociale. Da una parte queste discipline ipotizzano altre cause un tempo inesplorate, quali ad esempio gli innaturali ritmi di vita, gli alienati modi di produrre tipici della società moderna oppure la perdita della propria individualità che può condurre a sentirsi soltanto un insignificante elemento di un’indistinta massa. Dall’altra parte, cominciano a leggere e interpretare il manicomio come un luogo che non serve alla cura della malattia, ma contribuisce molto di più a sostenere i meccanismi del controllo sociale, perpetuando forme di emarginazione. Così, dalla psicanalisi all’antropologia che inserisce il *malato* all’interno delle varie culture del mondo, dai nuovi farmaci alla sociologia che colloca il *malato* dentro la complessità dell’intera società, dagli strumenti di conoscenza della letteratura e dell’arte ai nuovi indirizzi della sanità pubblica, prendono corpo in Europa e negli Stati Uniti innovativi indirizzi di assistenza psichiatrica. Esperienze volte al superamento della segregazione manicomiale si riaffacciano in Inghilterra nel secondo dopoguerra, con la sperimentazione della “comunità terapeutica” da parte di Maxwell Jones. È a questo precedente che si riallacciò inizialmente Franco Basaglia, quando dette vita agli inizi degli anni Sessanta, alla prima esperienza alternativa italiana, quella di Gorizia. Ma Basaglia andò presto oltre i confini dell’esperienza inglese, mettendo in discussione l’ambiguità di fondo che caratterizzava l’istituzione manicomiale, fin dall’epoca di Pinel, e ponendo le basi per un’alternativa globale al manicomio, e per un nuovo tipo di assistenza e di integrazione sociale dei malati di mente. In Italia

¹³Disturbo caratterizzato da profondi scompensi del pensiero e delle emozioni, che alterano il linguaggio, le capacità cognitive, la percezione e il senso del sé. Talora comprende esperienze definite psicotiche quali allucinazioni uditive e credenze irreali e persistenti, conosciute come deliri.

il lavoro di Franco Basaglia rese evidente l' effetto dell' istituzionalizzazione nel rendere priva di speranza la *carriera del malato di mente*. Egli definì con grande vigore polemico *la malattia e il suo doppio*: al disturbo mentale originario si aggiungeva la *malattia istituzionale*. Che derivava dalla lunga degenza e dalle condizioni di vita all'interno del manicomio. L'istituzione, che avrebbe dovuto curare, finiva in realtà per peggiorare ulteriormente la situazione del malato, privandolo totalmente delle proprie iniziative, della sua libertà e individualità, portandolo ad un completo decadimento delle abilità sociali.¹⁴ Questo riferimento è stato tratto dal libro "Asylums" di Goffman "è un'opera che richiama inevitabilmente i movimenti di critica e di riforma delle istituzioni psichiatriche negli anni Sessanta e Settanta. "Dopo aver analizzato le caratteristiche distintive delle istituzioni totali, Goffman descriveva il carattere collusivo delle «carriere»¹⁵ psichiatriche (i percorsi di istituzionalizzazione degli internati), il mondo dello staff, le cerimonie istituzionali e infine gli adattamenti degli internati alla cultura istituzionale, ovvero la loro lotta di resistenza per mantenere spazi di dignità. Per sollevare il velo su una dimensione così complessa, solitamente celata sia all'opinione pubblica sia alla ricerca sociale, era necessaria una sensibilità particolare. Egli realizza una descrizione impressionante di « ciò che realmente succede»in una istituzione totale, al di là delle retoriche scientifiche, terapeutiche o morali con cui chi detiene il potere nell'istituzione giustifica le degradazioni degli esseri umani che solitamente avvengono. Ciò che Goffman compie, in *Asylums*, è una storia di esercizio morale: rovesciare la pretesa che le istituzioni dettino la loro logica alle scienze sociali, far «parlare» attraverso la rievocazione sociologica di semplici gesti la dimensione tipicamente umana della resistenza all'oppressione." Goffman tratta il problema delle istituzioni totali in generale e degli ospedali psichiatrici in particolare mettendo a fuoco il mondo dell'internato e non quello dello staff.Egli presenta questa ricerca sul campo condotta in un ospedale psichiatrico di Washington"al di fuori del canone (o della retorica) della neutralità scientifica. Con l'ironia che gli è consueta, l'autore chiarisce subito che una ricerca sulla situazione dei degenti psichiatrici non può che collocarsi, in qualche modo dalla loro parte:

¹⁴ Erving Goffman, sociologo canadese(1922-1982) classificò i manicomi fra le cosiddette istituzioni totali, che definiva come luoghi di residenza e di lavoro di gruppi di persone- che tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo- si trovavano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato.

¹⁵ Il concetto di «carriera», tratto dalla sociologia delle professioni, descrive le sequenze interattive in cui un attore viene socialmente costruito come «problema relazionale», malato e infine internato. Si tratta di un concetto centrale della cosiddetta *labelling theory*,una corrente di ricerca della sociologia americana che ha studiato, a partire dagli anni Cinquanta, i meccanismi di definizione sociale della devianza.

«Il mio metodo ha anche altri limiti [...]. Se si vuole descrivere fedelmente il mondo del paziente non si può essere obiettivi. (Di questo mi scuso – entro certi limiti – affermando che lo squilibrio è però dal giusto piatto della bilancia, poiché quasi tutta la letteratura professionale sui pazienti mentali è scritta dal punto di vista dello psichiatra, ed egli è – socialmente parlando – dall'altra parte. [...] In fine, diversamente da quanto accade in alcuni pazienti, io arrivai in ospedale animato da ben scarso rispetto della psichiatria in quanto scienza, e per le altre entità ad essa collegate». ¹⁶

"Ciò significa per Goffman vantare qualche variante di soggettivismo o di parzialità nella ricerca sociale (egli aveva una concezione naturalistica della sociologia). Goffman parte dal presupposto che la ricerca ha spesso luogo in situazioni preventivamente squilibrate, e che quindi l'obiettività è il punto d'arrivo e non di partenza della ricerca. L'obiettività si può raggiungere, almeno in sociologia, riconoscendo le asimmetrie di ruolo di posizione sociale o, se si vuole, di potere che danno una certa impronta all'interazione sociale.

1.4 Il superamento dell'ospedale psichiatrico

«...abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile»

F.B.

"Trieste, agosto 1971. Franco Basaglia assume la direzione dell'ospedale psichiatrico. Nell'accettare l'incarico si adopera per costituire un gruppo di lavoro formato da giovani medici, sociologi, assistenti sociali, volontari e studenti provenienti da diverse città e regioni, italiane ed europee. Molti sono attratti a Trieste dall'importanza che il discorso intorno alla psichiatria e alle istituzioni totali va assumendo in quegli anni nei movimenti sociali e di opinione, negli organi di informazione e nel dibattito politico. Il modello della comunità terapeutica, sviluppato in maniera originale a Gorizia da Basaglia e dalla sua equipe nel decennio precedente, ha assunto una risonanza nazionale dopo la pubblicazione de *L'istituzione negata* (1968). In quel libro, mentre si documentano gli sforzi per umanizzare l'istituzione, si denuncia per la prima volta il fatto che l'ospedale psichiatrico non può essere riformato: obbedendo a regole e leggi di ordine pubblico e

¹⁶ E. Goffman, Prefazione dell'autore, nel volume cit.

controllo sociale, non può soddisfare obiettivi di assistenza e di cura, essendo anzi produttore di malattia. A Trieste si dovrà dunque procedere nel solco tracciato da Gorizia per andare oltre il manicomio: trasformare l'organizzazione non per riformarla, ma per superarla attraverso la costruzione di una rete di servizi territoriali, alternativi e sostitutivi delle molteplici funzioni – di cura, ospitalità, protezione e assistenza – assolate dall'ospedale. La sfida è difficilissima: malgrado le numerose esperienze riformatrici avviate in Francia e in Inghilterra nel secondo dopoguerra, nessuno è mai riuscito spostare realmente l'asse delle cure dall'ospedale alla comunità. Non esistono saperi o pratiche consolidate cui ispirare il processo riformatore. Le norme giuridiche e legislative di cui si dispone, ancora basate sul giudizio di pericolosità del malato di mente, di fatto impediscono una vera apertura e civilizzazione delle funzioni di cura della psichiatria in senso territoriale e comunitario. "Vi è un cambiamento dell'organizzazione interna, esempio l'uso del ricovero volontario, anziché quello coatto, favorito dalla nuova équipe basagliana, diventa uno strumento di fondamentale importanza per non sottrarre ai pazienti i loro diritti. Molta attenzione viene riservata al cambiamento organizzativo degli spazi interni,"mettendo in discussione le rigide gerarchie professionali che regolano i gruppi di lavoro nel rapporto tra operatori e pazienti. Gli spazi ospedalieri vengono ristrutturati, organizzandoli un « comunità aperte». "Nelle équipe si tengono ogni giorno incontri e discussioni con tutti gli operatori e in periodiche assemblee, coordinate da Basaglia stesso, i pazienti vengono riuniti per discutere i vari cambiamenti in atto. Un'altro importante passo è la soppressione delle terapie shock e di tutti i sistemi di contenzione fisica. Viene abolita la divisione tra uomini e donne, e si prepara la creazione di reparti misti. La vita comunitaria si anima di molte iniziative e si moltiplicano le uscite in città, individuali o di gruppo, favorendo così, a poco a poco la reintegrazione nella società. "In questi primi anni il lavoro d'èquipe si concentra sulla ricostruzione dei bisogni e delle storie personali dei ricoverati, nel tentativo di ricomporre il loro rapporto con le famiglie e i luoghi di provenienza. Man mano che i grandi reparti vengono ridimensionati si organizzano gruppi di convivenza e gruppi appartamento dapprima all'interno dell'ospedale, poi in città. Lo stile di lavoro è orientato al sistematico coinvolgimento e alla formazione degli infermieri, che devono abbandonare la tradizionale funzione di «custodi» per assumere un ruolo attivo e responsabile nel processo di cambiamento. Tra le diverse forme di organizzazione dei ricoverati, che cominciano a riunirsi fra di loro attorno a svariate iniziative e attività, assume un particolare rilievo nel 1972 la costituzione della « Cooperativa Lavoratori Uniti» che associa circa 60 persone: internate, addette a mansioni di pulizia dei reparti, delle cucine e del

parco. L'attribuzione di un regolare contratto sindacale a ogni ricoverato-lavoratore rappresenta il risultato dell'impegno dei primi anni contro le pratiche di sfruttamento degli internati, impropriamente denominate «ergoterapia». La stipula del contratto e il riconoscimento della cooperativa, sostenuti anche da uno sciopero dei degenti che lavorano presso i servizi generali dell'ospedale, anticipano i percorsi che negli anni successivi porteranno alla costruzione sempre più numerosa di cooperative sociali. Riconoscere il diritto del lavoro, rompere la logica ospedaliera, creare comunità di convivenza più piccole e autonome rende evidente che a ostacolare la reale costruzione di percorsi riabilitativi non è la disabilità o la malattia in sé, bensì lo statuto giuridico e amministrativo di ricoverato o peggio di «internato». La cura e l'ospitalità, diurno/notturna, vengono riconosciute come diritto anche per quelle persone che, pur non necessitando del ricovero ospedaliero, sono obbligate a stare in ospedale psichiatrico in mancanza di alternative assistenziali, abitative, riabilitative e di inserimento sociale. Questi non sono più *ricoverati* ma gli *ospiti*. Si disegna così l'identità completamente nuova dell'utente dei servizi di salute mentale; una persona con problemi più o meno gravi che verrà curata nella comunità senza dover più ricorrere al ricovero, se non in situazioni di particolare eccezionalità."

1.5 1973 MARCO CAVALLO: Cronaca di una storia.

Marco Cavallo è una macchina teatrale. I matti non lo hanno costruito materialmente, non lo hanno mai toccato. Mentre cresceva la sua struttura in legno, mentre prendeva forma la cartapesta, mentre si plasmava la testa, i matti hanno costruito, senza mai toccare il cavallo, ripeto, qualcosa di più duraturo, di più indefinito. Il colore azzurro. La pancia piena di desideri, dall'orologio di Tinta al porto con le navi della giovinezza di Ondina, dalle tante Marie all'immancabile «fiasco de vin», dalla casa alle scarpe, al volo, al viaggio, alla corsa, all'amico, alla libertà. La libertà: i muri del manicomio frantumati, la teoria infinita di matti che, dietro al cavallo, esce dalla breccia e si perde per le vie della città. Boris accompagna il corteo suonando la fisarmonica. I nemici, la lotta ai nemici, a chi vuole chiudere la breccia, a chi vuole ricacciare nel recinto, nell'ordine fermo e servo, chi finalmente comincia a camminare, a scoprire che ha le gambe. Marco Cavallo in testa, in prima fila. Era una limpida domenica di marzo, pulita dalla bora quando, Marco

Cavallo tentò di uscire dal laboratorio. Era troppo grande, appesantito dal carico di bisogni, desideri che si portava dentro. Le porte erano strette, provò la porta del giardino, poi la veranda, pensando di saltare la ringhiera. Cercò di piegarsi, di mettersi di taglio, si abbassò, pancia a terra, si ferì. Niente. Restava chiuso dentro. Tutti erano lì a guardarlo: era quello il suo momento. Cominciò a correre nervoso per il lungo corridoio del vecchio reparto «P» trasformato in laboratorio, avanti e indietro, proprio come avevano fatto per anni i malati che lo avevano abitato. Giuliano cercò di calmarlo, dicendo che bisognava aspettare, che forse non era quello il momento, che bisognava avere pazienza. I malati cominciarono a pensare di avere solo sognato, secoli di grigio tornarono nelle loro teste, urla disumane assordarono le loro orecchie. Dino Tinta piangeva. Marco Cavallo, fremendo, testa bassa, cominciò una corsa furibonda, come impazzito, verso la porta principale e, senza più esitazione, oramai a gran carriera, aggredì quel pezzo di azzurro e di verde oltre la porta. Saltarono gli infissi, i vetri. Caddero calcinacci e mattoni. Marco Cavallo arrestò la sua corsa nel prato, tra gli alberi, ferito e ansimante, confuso all'azzurro del cielo. Gli applausi, gli evviva, i pianti, la gioia guarirono in un baleno le sue ferite. Il muro, il primo muro era saltato.

La prima grande uscita in città, paradossalmente trionfale. Poi, così come era destino, in giro per il mondo. La carica simbolica, certo, l'hanno costruita i matti.

A quattro anni di distanza, tanti desideri, ansie, aspirazioni, si sono realizzati. Altri, vecchi e nuovi, irrealizzati, sono drammaticamente presenti. Tanti costruttori del cavallo non ci sono più, tanti sono fuori.

La breccia si è allargata a dismisura da cancellare il manicomio stesso. Boris vive in un appartamento del parco dell'ospedale con Valeria. Nella sua casa continua a dipingere e a suonare. Il cavallo c'è ancora, anzi il simbolo, il significato, ciò che è resta e cresce. Non occorre più oggi spiegare cosa sia questo gigantesco cavallo azzurro, dovunque va, nelle scuole coi bambini, al festival nazionale dell'Unità, in giro per le mostre, le fiere, i mercati, oggi è una grande macchina teatrale. Il cavallo azzurro è il suo stesso significato. Sabato, prima della grande uscita, in manicomio una grande animazione accompagna i preparativi; ci sono i giornalisti, la televisione e molti cittadini incuriositi con la voglia di partecipare. Tra gli altri alcuni componenti il comitato di quartiere di San Vito - Cittavecchia con i quali avevamo in precedenza pensato e organizzato l'uscita. Il cavallo concluderà il suo viaggio attraverso la città nella scuola elementare "De Amicis", nel rione di San Vito.

Gli operatori dell'ospedale psichiatrico di fronte all'importanza e all'amplificazione che va assumendo "l'uscita" cominciano ad essere preoccupati per il possibile stravolgimento, l'ambiguità, la confusione che si potrà creare tra la gente e l'uso che potrà farne la stampa.

La paura è che l'uscita festosa, il "simbolo" possa nascondere agli occhi di tutti le difficoltà, le carenze, le miserie, la violenza, l'oppressione, che ancora sono presenti in manicomio e che anzi, con la progressiva apertura, vengono ancora più evidenziate.

Non si vuole che il corteo del cavallo, volutamente e giustamente allusivo, diventi esposizione trionfale, di vetrina si dice, di qualcosa già realizzato. Gli operatori vogliono denunciare invece l'assoluta mancanza di prospettive per chi dovrebbe essere dimesso, andare fuori. Denunciare la totale mancanza di case, di soldi, di lavoro, di strutture territoriali. Gli infermieri vogliono più specificatamente evidenziare le loro disagiate condizioni di lavoro sia sul piano retributivo che su quello normativo. La pesantezza di una legge vecchia, risale al 1904 la legge sui manicomi, che impedisce una reale pratica di assistenza e di risposta ai bisogni.

A mezzogiorno di sabato un'affollata assemblea al reparto accettazione uomini discute questi temi; la linea che emerge è che l'unica possibilità per porre in primo piano i problemi di tutti è impedire la festa. Questa risoluzione, di fronte all'attesa per la festa tradita, costringerebbe tutti i cittadini, i giornalisti, la direzione e soprattutto gli amministratori, i politici della città a prenderne atto e porterebbe in primo piano la concretezza della realtà manicomiale che si sta affrontando.

Per tutto il pomeriggio di sabato, in tutto l'ospedale, si susseguono riunioni a piccoli e grandi gruppi, per capire, cercare di trovare soluzioni che accontentino tutti.

In un primo momento gli artisti si sentono aggrediti da questa risoluzione, si oppongono e dichiarano che l'uscita, la festa si farà. La direzione e alcuni medici si schierano con gli artisti per la preoccupazione che un simile gesto possa compromettere a livello politico e amministrativo la prosecuzione del lavoro di trasformazione del manicomio. Si corre il rischio di una grossa spaccatura di tutto il gruppo: medici, artisti, infermieri, degenti, amministratori.

E' con questa preoccupazione, con questa tensione e in questo clima che si inizia nella scuola elementare, nella palestra già approntata per la festa, una riunione tra operatori, artisti e direzione. Dalle dieci della sera si va avanti discutendo, analizzando tutto il lavoro fino a quel momento svolto, le prospettive, con molto nervosismo e molta durezza. Più di una volta durante la notte la rottura del gruppo è cosa fatta. Alle 4 del mattino, non senza fatica, si arriva ad una mediazione.

Il cavallo uscirà, tutti, gli artisti in prima fila, distribuiranno un volantino e spiegheranno le ragioni dell'agitazione, le condizioni di lavoro in manicomio. Prima di andare via si stila il volantino, pulito e chiaro, che accompagnerà Marco Cavallo per la prima volta.

Lungo il percorso dell'enorme corteo domenica pomeriggio il volantino veniva distribuito:

A PROPOSITO DELLA FESTA DI MARCO CAVALLO

La festa di oggi rappresenta per noi un momento di lotta iniziato da oltre un anno contro tutto ciò che il manicomio in Italia è e rappresenta. Marco Cavallo vuole essere simbolo di un processo di liberazione in atto per tutti quelli che soffrono della vita manicomiale. In questo senso, coerentemente, dobbiamo sottolineare che, seppure questo processo di liberazione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste è avviato, coloro che vi lavorano sperimentano, giorno per giorno, nella loro attività pratica, sulla loro pelle e su quella dei malati la persistenza di problemi insuperati. La realtà attuale dell'ospedale è:

- 1) Che, malgrado il nostro impegno più intenso, le condizioni materiali di esistenza dei ricoverati sono ancora totalmente dominate dalla miseria e dalla mancanza degli oggetti più elementari (servizi igienici, vestiti, armadi, comodini, cibo decente ecc.)
- 2) Che le condizioni di lavoro degli infermieri sono estremamente disagiate (48 ore settimanali, scarsità di personale, salari irrisori, turni faticosi e impossibili)
- 3) Che manca qualsiasi prospettiva reale (lavoro, case, mezzi di sussistenza ecc.) per la maggior parte dei degenti così condannati a restare per sempre assistiti

Ribadiamo quindi la complessità di problemi la cui soluzione non può essere demandata ai soli operatori, poiché essa investe la responsabilità degli amministratori, dei politici. Individuiamo coerentemente nello sciopero generale nazionale del 27 e nello sciopero generale provinciale del 28 una ulteriore occasione di lotta per sottolineare assieme ai lavoratori ed alle forze sindacali l'esigenza di una trasformazione sociale senza la quale non può esservi trasformazione reale dell'istituzione psichiatrica. Ci impegniamo perciò ad una cosciente partecipazione a queste importanti scadenze di lotta.

Infermieri, medici e artisti dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste 25 marzo 1973

"Il 13 maggio 1978, al momento della promulgazione della legge 180, l'ospedale psichiatrico di Trieste ha quasi completamente cessato le sue funzioni. Nel novembre del 1979 Franco Basaglia lascia Trieste e si trasferisce a Roma, chiamato a dirigere i servizi psichiatrici nella regione Lazio. Il 21 aprile 1980 l'amministrazione provinciale dichiara con una delibera che l'ospedale psichiatrico di Trieste « può cessare dalle sue funzioni e quindi essere soppresso ». Da più di 20 anni Trieste vive senza manicomio. Dopo la creazione nei primi anni ottanta del Servizio per le tossicodipendenze, divenuto poi Dipartimento delle dipendenze (Sert), molti programmi indirizzati a persone con problemi di alcool e droghe illegali sono sviluppati in collaborazione con il Dsm:¹⁷ cooperative, laboratori, tempo libero, sport. Attualmente il Comprensorio di San Giovanni ospita meno di 50 persone in alcune piccole residenze e dal 1980 nessuno è stato più ricoverato. La rete dei servizi è costituita da 4 Centri di salute mentale per una popolazione di 247.000 abitanti. Dal 1999 la Clinica psichiatrica universitaria è parte integrante del Dsm e ha attivato un centro di salute mentale." Analizzando il tutto ed individuando gli "indicatori di risorse e di popolazione mostrano il cambiamento istituzionale e strutturale, alcuni risultati restituiscono il senso del processo di deistituzionalizzazione, facendo giustizia di molti luoghi comuni e pregiudizi che si sono sedimentati attorno all'idea della chiusura dell'ospedale psichiatrico. È infatti calato vertiginosamente il numero delle persone sottoposte a ricovero coatto, si è ridotto a poche unità per anno il numero delle persone internate nell'ospedale psichiatrico giudiziario, si registra una costante diminuzione del numero dei suicidi. Nel corso degli ultimi cinque anni si sono stabilmente organizzati programmi di cui gli utenti sono protagonisti: gruppi di auto aiuto che fanno capo a giovani associati in club con sede propria; programmi di informazione e organizzazione dell'aiuto reciproco per familiari, il programma Progetto Donna Salute Mentale che fonda la sua attività sulla valorizzazione delle differenze di genere. Insieme al forte sviluppo delle cooperative sociali, che lavorano in una prospettiva di « impresa sociale», questi programmi sarebbero impensabili al di fuori del coinvolgimento e della partecipazione dell'utenza. Quello che negli anni settanta era solo un sogno si è realizzato. Il luogo separato, chiuso dai cancelli e dalle mura, si è prima aperto per lasciare uscire. E oggi continua a essere aperto per accogliere persone, gruppi e istituzioni che restituiscono vita a quel luogo che era nato per negarla.

¹⁷ Dipartimento di salute mentale

«... la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in altra maniera, e questa testimonianza è fondamentale. Non credo che il fatto che un'azione riesca a generalizzarsi voglia dire che si è vinto. Il punto importante è un altro, è che ora si sa cosa si può fare. È quel che ho detto già mille volte: nella nostra debolezza, in questa minoranza che siamo, noi non possiamo vincere perché è il potere che vince sempre. Noi possiamo al massimo convincere e nel momento in cui convinciamo, noi vinciamo, cioè determiniamo una situazione di trasformazione difficile da recuperare.» (Basaglia 1979)

CAPITOLO 2°

CURA E RELAZIONE DI AIUTO

Senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire. Senza relazioni di cura nutrite con attenzione la vita umana non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza.

(Groenhout, 2004)

Questo secondo capitolo entra nel vivo dell'azione educativa, nel fare dell'educatore, all'interno della relazione di aiuto, sottolineando l'importanza dell'aver cura e il senso profondo che essa occupa in ognuno di noi. Interessante è come, Luigina Mortari¹⁸, all'interno del suo libro "La pratica dell'aver cura" individua gli aspetti fondamentali, che la contraddistinguono, e che la rendono essenziale nella vita esistenziale di ogni persona. "Tutti hanno necessità vitale di ricevere cura e di aver cura, perché l'esistenza nella sua assenza è cura di esistere: Si può dire che la cura sia il luogo dove comincia il senso dell'esserci. A sostegno della tesi secondo la quale la cura costituisce un aspetto universale della vita umana- definito *empirical universal* poiché direttamente esperito da ciascun essere umano - in genere viene adotta una constatazione fattuale: sono le condizioni in cui ciascun essere umano viene a trovarsi a rendere necessaria la cura. I bambini hanno necessità di divenire oggetto di cure perché non hanno ancora raggiunto quello stato di autonomia necessario per avere cura di sé; le persone anziane hanno bisogno di cura perché l'autonomia è ciò che vanno perdendo; chi è colpito da malattia o da handicap ha bisogno di cure perché si trova in uno stato di dipendenza. Ricevere cura significa sentirsi accolti dagli altri nel mondo, aver cura significa coltivare quel tessuto dinamico e complesso di relazioni

¹⁸ Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori, 2006.

in cui ogni soggetto riconosce, se educato a uno sguardo fedele alla datità delle cose, la matrice vivente del proprio essere nel mondo. Nonostante ciascuno conosca per esperienza la primarietà ontogenetica della cura, la nostra società non sa riconoscere il valore delle pratiche di cura, si può dire che proprio la svalutazione della cura è fra le cause di una qualità della vita non sempre adeguata alle attese di ciascuno. Se l'aver cura diventasse la preoccupazione primaria in ambito sociale, politico e soprattutto educativo, i mutamenti nelle condizioni di esistenza delle persone sarebbero radicali.”. "In ambito di educazione alla salute alcuni autori chiariscono come il termine *cura* possieda tre ambiti semantici diversi che è possibile ritrovare differentemente articolati, nella storia della medicina: il primo viene direttamente dal latino *cura* che significa amministrare, farsi carico, gestire, il secondo campo semantico si riferisce al termine tipicamente medico di terapia, trattamento o guarigione. Il terzo significato, invece, manifesta il sentimento di preoccupazione, di ansia, ma anche di sollecitudine, di attenzione, di profondo interesse nei confronti della sofferenza e del dolore dell'altro, di tutela verso gli emarginati e i deboli. Quest'ultima accezione di *cura*, inoltre, privilegia il processo, il percorso, che viene compiuto dal soggetto nell'incontro con l'altro, e il contesto nel quale si svolge, anziché il prodotto del trattamento, ossia la guarigione.¹⁹In quest'ottica la *cura*, si avvicina alla pedagogia intesa come sapere pratico (*praxis*) che si declina in *phrònesis*, prudenza, saggezza, sapienza e che contempla l'azione educativa come oggetto del sapere stesso, subordinandogli il sapere della poiesis e del risultato;²⁰si tratta anche del primo livello della prevenzione quello che porta a preoccupare e a progettare interventi prima che accada qualcosa che si reputa nocivo. " Che cos'è la cura? Innanzi tutto la cura, indipendente dal modo in cui si attua, si profila nei termini di una pratica, cioè di un agire che implica precise disposizioni e che mira a precise finalità. Assumere questa definizione significa prendere le distanze dal concepire la cura come un principio o come uno stato emotivo. Parlare di pratica significa concepire la cura come un'azione in cui prendono forma pensieri ed emozioni, interrelati e orientati verso una precisa finalità.”. Mortari continua, nel suo libro, una finalità questa, orientata a promuovere benefici per l'altro che però, risulta riduttivo concepirla solo in questo senso, perché questo

¹⁹ G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, Angeli, Milano 1997, pp 197-199; R. Caldin, *Ruolo degli insegnanti.....*

²⁰ Orlando Cian D., *Introduzione a una epistemologia dell'educazione*, Cleup, Padova, 1990; Xodo C, *Introduzione alla filosofia dell'educazione*.

implica che l'altro sia sempre in una situazione di dipendenza da chi ha cura. Si deve invece fare riferimento a un altro tipo di cura quella educativa, il cui fine è di mettere l'altro nelle condizioni di provvedere da sé ai propri bisogni"rendendolo capace sia di azioni cognitive, come individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi. La cura educativa può dirsi dunque orientata a promuovere la capacità di avere cura di sé, per essere in grado a propria volta di costituirsi come persone capaci di pratiche di cura per altri. Nel suo significato più generale la cura può essere definita una pratica che mira a procurare il benessere dell'altro e a metterlo nelle condizioni di decidere e di provvedere de sé al proprio ben-essere. Non solo la cura è universale; essa è anche necessaria per coltivare ogni aspetto della vita umana: sia quello corporeo sia quelli per così dire immateriali, cioè la vita cognitiva, emotiva e spirituale, quella che – con uno sguardo olistico che evita dannose separazioni concettuali - può essere definita” vita della mente “. Per svolgere appieno la sua funzione, la cura richiede dunque a chi ha-cura di impegnare tanto le proprie energie fisiche quanto quelle cognitive, emotive e relazionali. Qualora manchi del contatto relazionale fra i soggetti, qualsiasi pratica che vuole essere di cura di fatto cessa di esserlo, dal momento che la cura nella sua essenza è relazione. Per attualizzarsi la cura necessita che chi-ha-cura e chi-riceve-cura²¹comunicino e interagiscono l'uno con l'altro e che in questa interazione chi-ha-cura eserciti le qualità distintive dell'essere umano: linguaggio, pensiero ed emozioni che consentano di empatizzare e comprendere i reali bisogni dell'altro. " Si parlava poc'anzi che l'essenza dell'aver cura sia nella relazione, definendo così quella pratica di cura in cui si sa la giusta misura nel rapporto con l'altro, identificandola nella:

- *Ricettività* e cioè" nell'essere capaci di un modo giusto di interpretare la pratica di cura significa essere capaci di passività, quella che consiste nel lasciare che l'altro ci interpellati a partire da sé. Questa condizione si realizza quando chi-ha-cura assume una postura ricettiva. La ricettività è la capacità di fare posto all'altro: fare posto ai suoi pensieri e ai suoi sentimenti, ma per fare posto occorre creare dentro di sé come uno spazio vuoto, vuoto del troppo pieno delle proprie convinzioni e preoccupazioni,

²¹ Con le due differenti espressioni”chi-ha-cura” e “chi-riceve-cura”traduco *carer o caregiver e cared for o care receiving*, che nella letteratura anglofona vengono utilizzati per indicare le due differenti posizioni occupate dai soggetti che entrano in una relazione di cura. Questi ruoli possono essere fissi, come nell'educazione educativa o in quella terapeutica, oppure intercambiabili, come nella relazione amicale.

per rendere possibile l'ascolto dell'altro, una profonda capacità di ascolto, necessaria a comprendere ciò che l'altro cerca di comunicare. La ricettività trova il suo necessario completamento nella:

- *Responsività*. Essere responsivi significa saper rispondere adeguatamente agli appelli dell'altro. Questa postura relazionale richiede che, una volta compresa la direzione di senso in cui muoversi per essere di sostegno all'altro nella sua ricerca del suo essere proprio, si avverta forte la tensione ad agire per promuovere il suo ben-essere. La responsività implica una presenza attiva e vigile, spostando l'attenzione dalla propria realtà a quella dell'altro, riconoscendo la primari età anche temporanea dei suoi bisogni e delle direzioni dei suoi desideri. Ricettività e responsività configurano un atteggiamento di adeguata accoglienza dell'altro; quando l'altro percepisce un ambiente relazionale accogliente, si sente accettato e sa di poter contare sull'altro.
- *Disponibilità cognitiva ed emotiva* Ricettività e responsività presuppongono una sensibile disponibilità, sia emotiva sia cognitiva, a mettere a disposizione le proprie capacità e risorse personali nella relazione con l'altro. Noddings²² definisce la disponibilità come «l'essere pronti a donare e spendere se stessi per l'altro». «Qui introduco una mia riflessione che nasce nell'aver sperimentato personalmente, a seguito di una mia esperienza, che cuore e mente devono agire in egual misura, altrimenti se prevale la parte emotiva, cioè il cuore, il coinvolgimento diventa troppo personale perdendo di vista l'obiettività dell'agire, dall'altra parte però un agire solo cognitivo, non mi porta in una relazione empatica, è come un quadro dove vi sia un bel soggetto, la mente, ma senza le pennellate di colore, il cuore, o viceversa.
- "*Empatia*, Winnicott²³ attribuisce grande importanza alla capacità della madre di sentire dentro di sé l'esperienza del bambino di cui ha cura. Assumere la responsabilità di sentire la realtà dell'altro come componente essenziale dell'orientamento alla cura implica il riconoscimento di un ruolo essenziale all'empatia. L'empatia è quel co-sentire che consente a un soggetto di avvertire l'altro nel suo essere proprio. Quando si è capaci di empatia accade che l'esperienza di altri, quindi di ciò che non abbiamo vissuto e che non vivremo mai, diventi

²² Noddings, N., *Caring, A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley, 1984.

²³ Winnicott, Donald W., *I bambini e le loro madri*, Milano, Raffaello Cortina, 1987.

elemento della nostra esperienza. L'empatia si può definire una pratica di relazione ed è in quanto pratica che può avere effetti trasformativi su chi la esperisce, poiché vivere, seppure non in modo originario, l'esperienza dell'altro mi trasforma nel mio più profondo delle pieghe del mio essere.

- *Attenzione*, affinché la mia attenzione di avere cura dell'altro si traduca in azioni adeguate è necessario dedicare tempo alla comprensione del suo modo di essere, delle sue necessità, dei suoi desideri. Mayeroff²⁴ parla della conoscenza dell'altro come di una componente fondamentale della pratica di cura, poiché per riuscire ad agire promuovendo il divenire dell'altro secondo il suo essere proprio occorre individuare le sue potenzialità e i suoi punti deboli. Prestare attenzione rappresenta la prima forma di cura ed è la matrice dell'atteggiamento eticamente orientato. La disattenzione nei confronti dell'altro si profila, infatti, come un atto moralmente riprovevole, perché quando non si presta attenzione tende a prendere corpo quel sentimento di indifferenza che lascia che tutto accada. La capacità di attenzione è efficace se è continuata nel tempo, poiché solo in questo caso fornisce quelle informazioni necessarie per intervenire nella relazione quando è opportuno. A guidare l'agire con giusta cura dovrebbe essere il principio del *kairos*, ossia dell'agire al momento giusto, e per saper intervenire quando è necessario occorre aver fatto dell'altro l'oggetto di un'attenzione intensa e continua nel tempo.
- *Ascolto*, l'attenzione che cura va concepita funzionale non solo ad acquisire conoscenza dell'altro, ma anche a comunicargli la considerazione e il riguardo che chi ha-cura nutre per la sua persona. In questa prospettiva dedicare tempo all'ascolto, quando l'altro è in condizione di raccontarsi, diventa un'essenziale pratica di cura. Solo ascoltando si possono comprendere i processi di elaborazione del significato dell'esperienza che l'altro attiva per situarsi nel mondo. Quello di essere ascoltati è un bisogno di tutti. Sentirsi ascoltati aiuta a elaborare la propria esperienza e, nei momenti difficili, rende più sopportabile il dolore. Il sentirsi ascoltati da altri, anche se non ha il potere di cancellare o ridurre il dolore, aiuta a renderlo più sopportabile. Saper ascoltare significa mettere l'altro al centro, ossia considerare il suo essere presente per comprendere quello di cui ha necessità per vivere una vita umana, cioè

²⁴ Mayeroff, M., *On caring*, New York, Harper Collins Publishers, 1990.

degnata di essere vissuta. Mettere l'altro al centro vuol dire lasciarsi interpellare dalle sue parole qui e ora. Quello che conta è capire ciò che esprime. Ascoltare è saper fare dentro di sé uno spazio per l'altro. *Fare dentro di sé lo spazio per l'altro* si traduce immediatamente in accoglienza, indipendentemente dal momento in cui l'altro si fa presente nella nostra vita.”. Nel suo libro Marinella Sclavi²⁵ individua “Le sette regole dell'arte di ascoltare” e afferma che «chi pratica il *savoir faire* dell'ascoltare/osservare va contro corrente, e quindi è veramente utile quando ci si trova in difficoltà, rammentarsi queste regole, saperle a memoria».

- 1) Non avere fretta di arrivare alle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca.
- 2) Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista.
- 3) Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.
- 4) Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali, se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico.
- 5) Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze.
- 6) Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti.
- 7) Per divenire esperto nell'arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica. Ma quando hai imparato ad ascoltare, l'umorismo viene da sé.

“Tutti noi, se la nostra vita non è completamente manicomiale, mettiamo in pratica esperienze di osservazione guidata dall'ascolta attivo. Un altro dei criteri fondamentali si identifica nella

²⁵ Sclavi M., *L'arte di ascoltare e mondi possibili*, Milano, Bruno Mondadori, 2003.

Passività attiva, avere cura per l'altro significa modellare la propria presenza in modo non intrusivo e sintonizzato. Significa farsi attenti al percorso di crescita dell'altro, preoccuparsi di proteggerlo e di sostenerlo, avendo considerazione del suo proprio modo d'essere e di pensare. Una presenza *non intrusiva* consiste nel facilitare l'altro con discrezione. In questo tipo di presenza chi-ha-cura stabilisce con l'altro una relazione significativa, ma allo stesso tempo discreta. Heidegger²⁶, definisce questo tipo di aver cura « autentico », per distinguerlo da quella forma di cura inautentica in cui un soggetto si sostituisce a un'altro nel suo prendersi cura: « Nell'essere con gli altri, nel comportamento fondamentale dell'aver cura [...] bisogna rivelare una fondamentale differenza: l'aver cura può comportarsi in modo tale da togliere all'altro la cura e da mettersi, prendendosi cura di lui, al suo posto. Questo comporta che l'altro rinunci a se stesso [...], che diventi dipendente e dominato: il dominio può essere tacito e non c'è bisogno che se ne abbia esperienza. Indichiamo questo aver-cura come l'aver-cura subentrante, che alleggerisce l'altro e lo domina. In contrapposizione a esso c'è un essere-con l'altro che non ne prende il posto, né lo sostituisce nella sua situazione o nel suo compito, né lo alleggerisce delle sue responsabilità; ma lo presuppone con riguardo per non togliere la cura, per non sottrarlo a se stesso [...]. Questo modo dell'aver cura è quello dell'autenticità». Heidegger continua affermando che la cura autentica riguarda l'esistenza degli altri, non le cose da procurare loro; la cura autentica li chiama in causa in quanto soggetti, li aiuta a diventare consapevoli e liberi per la propria cura, perciò per questa forma si può dire che sia un *anticipare liberando* poiché si tratta di una pratica educativa (aver cura) dell'altro concepito come soggetto in grado di *essere avanti a sé* e non come soggetto cui sottrarre la cura di sé. La cura autentica presuppone l'apertura al tempo futuro, è progettualità educativa che evolve in autoeducazione, l'aver cura di un'altra persona significa facilitarne il poter- essere, la propria unica ed irripetibile progettualità esistenziale, il protagonismo dell'avventura del vivere. «*Riflessività* "la responsività, intesa come disponibilità a impegnarsi per fornire una risposta ai bisogni dell'altro, per qualificarsi in termini positivi deve essere sostenuta dall'intenzione di individuare il modo migliore di agire. Fare propria questa responsabilità significa affrontare la costitutiva problematicità dell'azione di cura. È problematica o perché si fatica a capire ciò di cui l'altro ha reale necessità, o perché la nostra prospettiva interpretativa entra in conflitto con quella dell'altro, o perché la situazione è così inusuale che vengono a mancare quelle coordinate che sentiamo necessarie per elaborare un'interpretazione adeguata e attendibile.». Canevaro, in un passaggio all'interno del suo

²⁶ Heidegger M., *Essere e tempo*, Milano, Longanesi, 1976.

libro afferma che "l'esercizio di responsabilità si intreccia alla capacità di offrire all'altro la possibilità di un incontro, il piacere di capire, la gioia di sapere senza rinunciare ad un progetto che vada oltre. Nella gioia di capire l'altro, si annida il rischio della manipolazione: comprendendo si può manipolare la volontà dell'altro, ignorando il grado di resistenza dell'altro. E questo è tanto più possibile quanto più l'altro è in situazione di bisogno e, quindi, quanto più la relazione viene caratterizzata dall'aiuto. Vi è una grande differenza tra manipolare e ascoltare. Si può distinguere tra ascoltare per manipolare e ascoltare per comprendere. Bernard Schwartz ci dice: « Ci sono due modi di ascoltare. Il primo consiste nell'impossessarsi dei discorsi dell'altro per metterli al servizio della propria tesi e dei propri interessi, il secondo consiste nel sentire l'altro, nel capire "da dove" parla, nell'andare verso di lui. Il primo modo, sfortunatamente, e di gran lunga il più diffuso. Si ascolta senza veramente sentire e si utilizza l'ascolto come alibi per mantenere la situazione immutata e consolidare i malintesi, "si frustra colui che è stato ascoltato", che ha perciò l'impressione di aver parlato ad un muro». Questo autore parla di ascolto partecipante, che permette di accostarsi alla realtà, di comprendere le rappresentazioni che gli altri possono avere, e nello stesso tempo di restituire queste rappresentazioni per costruire un progetto." Ricollegandomi ai modi esistenziali che qualificano la giusta cura è ad esempio *Il sentire nella cura*, "i sentimenti non sono episodi discreti e occasionali, il colore stesso dell'esperienza. Raccontare l'esperienza significa raccontare le tonalità emotive con cui sono stati vissuti gli eventi. Non esistono dunque un prendersi cura e un aver cura emotivamente neutri; essi sono sempre emotivamente tonalizzati, perché «presso tutto ciò che facciamo, e in ciò presso cui ci tratteniamo, noi [...] in un certo senso ci "sentiamo"».²⁷ Le relazioni di cura, sia quelle asimmetriche sia quelle simmetriche, proprio perché sono in gioco da una parte il senso di responsabilità per l'altro, e dall'altra l'affidarsi a chi ha cura, comportano il generarsi di più o meno legami affettivi. Le pratiche di cura sono segnate da una forte e ambivalente intensità emotiva, dove si mescolano tonalità emotive accettabili e tonalità che fanno soffrire, sentimenti vitali e passioni distruttive. Tonalità emotive, emozioni e sentimenti sono, parte vitale dell'esperienza e sono una componente essenziale per l'elaborazione di una comprensione adeguata della vita, perché possono aiutare a trovare la giusta direzione e la giusta forma della deliberazione pratica. Diventa dunque essenziale chiederci quali sono le dimensioni emozionali che caratterizzano la pratica della cura adeguatamente buona. Una di queste è la capacità di nutrire *fiducia* nell'altro. Si tratta di un sentimento essenziale per una buona pratica di

²⁷ Heidegger, *ibidem*.

cura perché è la condizione necessaria per non essere intrusivi e lasciar essere l'altro. È il sapere avere fiducia che rende chi ha cura capace di sapere attendere, di dare tempo all'altro. Quando chi riceve cura si sente investito di fiducia, allora si affida all'altro. Senza questa fiducia reciproca non ci può essere una buona cura. L'aver fiducia non è un semplice sentire, ma si configura nei termini di una pratica, dal momento che chi ha fiducia promuove situazioni esperienziali in cui l'altro percepisce di essere riconosciuto nel suo valore. Connesso alla fiducia è il *saper accettare* l'altro così com'è. Sentirsi accettati dà sicurezza e la sicurezza è un bisogno essenziale dell'anima, poiché solo sentendosi al sicuro si può procedere verso l'ulteriore. Ma per aiutare l'altro a procedere oltre, affinché possa attualizzare le proprie possibilità esistive, occorre nutrire la relazione di quel sentimento vitale che è la *speranza*, vitale perché è quel sentire che fa della vita un tempo vivo. La speranza in altro è quel sentimento che fa trovare a chi-ha-cura soluzioni inedite alla problematicità dell'esperienza di cura, quella problematicità che spesso chiede il coraggio di andare oltre le soluzioni abituali azzardando l'inedito. La speranza è il respiro profondo della vita; è quel sentimento che mette in movimento, che spinge alla ricerca di ulteriori forme di esistenza. Per imparare a coltivare il desiderio di esserci è necessario poter respirare un clima impregnato di speranza. La speranza, però, come anche la fiducia, non è cosa che si insegna, non si trasmette come si trasmette un sapere codificato; si aiuta l'altro ad aprirsi a questo sentimento quando lo si incarna, quando si testimonia concretamente il coraggio di sperare. Non meno importante per una buona azione di cura è il sentimento della *tenerezza*, che non è mero sentimentalismo, ma è la capacità di andare incontro all'altro sapendo ammorbidire le nostre durezza cognitive e le nostre rigidità emotive. La tenerezza è il sentimento essenziale alla costruzione di spazi relazionali capaci di accogliere l'altro nella sua alterità. Nella sua essenza è il contrario della durezza di cuore, atteggiamento questo che ostacola l'incontro con l'altro. Il teologo Leonardo Boff²⁸ parla della tenerezza come di un sentimento politico della forza dirompente: « La tenerezza vitale è sinonimo della cura essenziale [...] È una conoscenza che va al di là della ragione in quanto mostra un'intelligenza che intuisce, vede in profondità e stabilisce comunione [...] La tenerezza irrompe quando il soggetto si decentra da sé stesso, va incontro all'altro, sente l'altro in quanto altro, partecipa della sua esistenza, si lascia toccare dalla sua storia di vita. Lavorare sulla sfera emozionale costituisce, dunque, un'azione fondamentale per chi si impegna in pratiche di cura e si

²⁸ Boff L., *Il creato in una carezza. Verso un'etica universale. Prendersi cura della terra*, Città di castello, Cittadella Editrice, 2000.

rivela essenziale sull'agire educativo, poichè educare significa essere costantemente chiamati a prendere decisioni nell'ambito di situazioni di forte incertezza, rispetto alle quali manca un sapere certo. Il pensare che supporta la deliberazione pratica si nutre non solo di operazioni logiche, ma anche delle indicazioni che fornisce la sensibilità emotiva. La saggezza educativa non è espressione di una razionalità pura, ma è una competenza complessa che si nutre sia delle ragioni del cuore sia di quelle dell'intelletto; si nutre di una ragione materna. *Competenza tecnica*, non si può attuare la pratica di una cura senza esplicitare una competenza tecnica di qualche tipo. Ogni relazione di cura richiede le sue specifiche tecniche. Quella educativa richiede che l'educatore si eserciti ad acquisirne varie tipologie. Per identificare quale sia la tecnica che dice l'essenza dell'arte dell'educare è necessario prendere in esame quella che è stata identificata come la sua direzione di senso autentica: rendere l'altro aperto alla chiamata alla cura. È necessario che l'educatore abbia un'adeguata padronanza degli alfabeti culturali della cui trasmissione è responsabile e delle pratiche didattiche che consentono di facilitare un apprendimento significativo. L'educatore capace di una giusta cura è colui che sa mettere in questione ogni pretesa di verità. È in questa continua problematizzazione che sta l'essenza della tecnica educativa, la quale si esprime nel «discutere, interrogare, confutare»²⁹ l'altro. La formazione dell'educatore dovrebbe prevedere percorsi di rielaborazione riflessiva della propria esperienza allo scopo di comprendere come i propri modi esistentivi dell'aver cura si vanno modellando. A questo scopo è essenziale sviluppare la capacità di auto-osservazione critica, che deve essere quello sviluppo temporale necessario per descrivere analiticamente l'evolversi dei modi propri di stare nella relazione. È sul materiale raccolto attraverso queste descrizioni che l'educatore può costruire una valutazione rigorosa e attendibile del proprio agire. *Aver cura di sé*, la cura è una pratica che si agisce non solo per gli altri ma anche per se stessi; in questo caso si parla di cura di sé, per indicare quel « prendermi cura di me stesso » che nel processo di formazione di ogni persona e, dunque, anche di chi svolge pratiche di cura dovrebbe essere al « primo posto ».³⁰ La pratica della cura di sé, intesa come aver cura di trovare la propria forma di vita, ha tradizioni antiche: ne parla già Socrate e viene poi ampiamente sviluppata nei primi secoli dell'era cristiana. In questa sua prima e primaria formulazione la cura di sé viene quasi a coincidere con il conoscere se stessi, poiché implica un certo modo di vigilare intorno a quel che si pensa e, più estesamente, a tutto quel che accade nella mente. È significativo che ci sia affinità tra

²⁹ Platone, *Tutti gli scritti*, Milano, Bompiani, 2000.

³⁰ Seneca Lucio A., *Lettere morali a Lucilio*, Milano, Arnoldo Mondadori, 1994.

le parole *epimeleia*, cura, e *meletè*, che significa nel contempo esercizio e meditazione,³¹ un'affinità che dice la sostanza della condizione umana, perché se si viene al mondo addossati del compito della cura del nostro esserci e l'essenza dell'esserci sta nel nostro pensare e nel nostro sentire, nella vita della mente, allora è ontologicamente strutturale e strutturante la relazione fra cura e riflessione. Solo riflettendo su se stessi sarebbe possibile, infatti, trovare il *logos* dell'esperienza, la verità di quel che si fa, trovare il senso del proprio agire così da ordinare il proprio fare attorno a una misura di senso. Trovare la direzione di senso del proprio divenire significa individuare ciò che è irrinunciabile e solo sapendo questo si possono decidere le priorità e, dunque i criteri necessari per un uso ragionevole del proprio agire. Avere cura di sé significa occuparsi del proprio pensare e del proprio sentire per conoscersi e trasformarsi. Conoscere sé stessi significa: pensare la propria esperienza, esaminare i propri modi d'essere nelle differenti situazioni, capire quali credenze orientano le deliberazioni nelle situazioni pratiche, comprendere quali tonalità emotive tendono a fare da sfondo ai nostri vissuti in certe situazioni, e come queste tonalità emotive esercitano una sensibile forza performativa sull'agire. Educarsi, del resto, è lavorare a una continua trasformazione di sé. Apprendere la tecnica dell'aver cura di sé è doppiamente essenziale per chi svolge la funzione di educatore dal momento che la ragione d'essere della pratica educativa consiste nell'aver cura che l'altro apprenda la passione e la tecnica dell'aver cura di sé e per essere capaci di promuovere tale apprendimento è necessario essersi esercitati a lungo in esso.

2.1 LA RELAZIONE DI AIUTO

"La relazione di aiuto si attua attraverso la cura dell'altro, la sollecitudine e la preoccupazione per il suo progetto esistenziale, particolarmente, ma non solo, in situazioni di estrema difficoltà o quando vengono meno le reti sociali abituali. Canevero indica come professioni d'aiuto quelle che entrano in rapporto con un bambino o con una bambina in un momento particolare del loro percorso (ad esempio quando i bambini frequentano un nido, la scuola dell'infanzia ecc.) permettendo di

³¹ Foucault M., trad. it., *L'ermeneutica del soggetto*, Milano, Feltrinelli, 2003.

sviluppare la propria crescita e la propria vita per tutto l'arco della stessa. Tuttavia vi sono delle circostanze particolari che riguardano momenti specifici o situazioni complesse e che esigono delle attenzioni peculiari: sono queste occasioni, soprattutto, che chiamano in causa le professioni di aiuto e che sembrano decisamente legate al binomio educazione-salute per tutto l'arco della vita.³² A proposito di bambini, nel lontano inverno del 1799 nelle foreste dell'Averyon viene ripreso "il sauvage" un ragazzo selvaggio, che tanto interesserà ad un medico di nome Itard. Affidato alle cure di Itard, accompagnato da una diagnosi precedente data da un altro medico Pinel definendolo un *idiot* con nessuna possibilità di educarlo, dal 1801 al 1806 si occuperà dell'educazione, spinto inizialmente nel formarsi un'identità nell'ambito della medicina. È dall'incontro fortuito tra Itard e Victor, così sarà chiamato il ragazzo, che nasce l'innovazione educativa e si avvia la costruzione di una nuova percezione dell'handicap. Come indica Gaudreau, la relazione tra Itard e Victor rappresenta "il paradigma di un incontro pedagogico privilegiato", con le sue imperfezioni, le sue incostanze e le sue crisi. Ma questa relazione simboleggia, anche, per il meglio, la ricerca reciproca dell'identità: Itard è divenuto *qualcuno* aiutando un essere che non era *nessuno* a diventare qualcuno.³³ L'inversione di rotta, in ambito educativo, viene appunto svolta da Itard il quale non intende semplicemente ricondurre il *sauvage* alla vita sociale, ma proseguire nel percorso educativo sviluppando e stimolando le sue competenze intellettive, le sue capacità personali. È curioso che la pedagogia speciale cominci con un medico – Itard – che non vuol saperne di medicina e che si appoggia, nella realizzazione del progetto educativo di Victor, ad una governante di casa, M.me Guèrin³⁴, dotata di buon senso, forse di *amore pensoso* di pestalozziana memoria. È l'educazione, infatti, che, supera la medicalizzazione della situazione del deficit pur attraversandola, perché intenzionalmente progettuale; la rivoluzione di Itard consiste, infatti nell'orientare l'azione educativa verso la conoscenza di quel soggetto che appare come "diverso", per scoprirne i potenziali di sviluppo senza trascurare l'organizzazione dell'ambiente. Itard non si ferma ad una diagnosi, né ai dati oggettivi, li accetta ma va' oltre. Non è negando il deficit che si costruisce un progetto educativo, ma realisticamente accettandolo e tangibilmente accogliendolo per attraversarlo,

³² Canevaro A., *La riduzione dell'handicap*, in Antinori F., *Autonomia, formazione e inserimento*

³³ Gaudreau J., *Itard e il « sauvage » dell'Averyon, La ricerca convergente di un'identità*, in Canevaro A., Gaudreau J., *L'educazione degli handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, NIS, 1989.

³⁴ M. me Guèrin, è la governante di casa di Itard, avrà un ruolo determinante questa figura femminile nel percorso educativo di Victor, relativo alla socializzazione e alla funzione del *maternage* realizzata per lo più attraverso una comunicazione non verbale e dedita alla promozione dell'affettività, della cura e della protezione. M.me Guèrin *umanizza* la relazione educativa fino a renderla solida sul piano affettivo: Itard la chiamerà *madre e maestra illuminata*.

in tutte le sue dimensioni di sofferenza e di conflittualità, e superandolo: l'integrazione da approccio curativo e approccio educativo conosce qui le prime timide conferme. "Sarà la dimensione dialogica l'aspetto più interessante della relazione con Victor. Se lo scopo della relazione di aiuto è di offrire sostegno a chi si trova in una situazione di disagio, questo si crea soprattutto in una relazione autentica e cioè quando vi sia reciprocità con l'altra persona. "Prendendo le parole di Rogers³⁵, l'uomo è in grado di comprendere e dirigere la propria vita, e ciò implica che in ogni rapporto rivolto allo sviluppo della persona, quale, in particolare, "la relazione di aiuto" di cui si parla, ci sono da rimettere in gioco tre condizioni alla base di un clima favorevole alla crescita: *Congruenza*, che ha a che fare con l'autenticità e la realtà. Essere sempre se stesso nel rapporto, al di là del ruolo che si ricopre, presentandosi in modo trasparente e sincero assumendosi la responsabilità delle proprie scelte. Questo elemento offre un enorme spazio esistenziale alla relazione operatore-utente, presentando a questi un nuovo modo di rapportarsi. *Accettazione*, considerazione positiva: la stima, quindi per quello che il paziente è in quel momento. Questo richiede grande disponibilità, perché si tratta di dare valore al paziente in modo assoluto non condizionato. Ciò comporta per l'operatore la necessità di abbandonare qualunque atteggiamento di manipolazione o controllo nel rapporto, ogni forma di giudizio o valutazione. Il potere va restituito al paziente nella cornice di un'atmosfera educativa, mai costrittiva. *Comprensione empatica*, cioè la capacità dell'operatore di percepire intuitivamente i sentimenti e i significati personali sperimentati dall'altro e quella di comunicare questa comprensione. Tutto questo vuol dire imparare ascoltare con sensibilità per rendere l'intervento autentico e stimolante; a tal proposito Canevaro parla di dialogo *congruente e coerente* vedendo in esso la base di qualunque rapporto basato sul rispetto ed il riconoscimento reciproco". A tal proposito, riporto alcuni fra i criteri che certuni studiosi ritengono imprescindibili nella relazione di aiuto: *chi aiuta non può approfittare del bisogno di aiuto dell'altro*, un lavoro su noi stessi, i nostri limiti, per non violare l'intimità dell'altro, ma soprattutto stare attenti di non fare un "saccheggio personale". Bisogna far sì di contenere la persona in modo che non si pentisca di quello che ci ha confidato. E qui entra in gioco la dimensione temporale e spaziale. *Chi aiuta è tenuto a sospendere il giudizio sull'altro*, in modo che l'altro non si senta minacciato da un approccio centrato solo sul giudizio e sulla valutazione. Vedere questa persona in un poter essere che ancora non è manifesto. *Nessuno viene sconfitto* ossia, ciascuno deve avere la sua parte di ragione ciò vale particolarmente nell'ambito della disabilità. L'obiettivo prioritario rimane quello di studiare e di

³⁵ Rogers, *Terapia centrata sul cliente*, Firenze, La Nuova Italia, 2001.

impegnarsi a fondo per progettare e attuare metodologie sempre più opportune alla riduzione dell'handicap. *Chi viene aiutato può (deve) misurarsi anche nel ruolo di aiutante (aiutando a sua volta)*, perché così facendo si evita il rischio di perpetuare la relazione d'aiuto e di creare dipendenza. *Un aiuto offerto non può essere né diventare l'aiuto*, perché questo convincimento fomenta l'onnipotenza di colui che aiuta e vanifica il confronto con gli altri, casomai possono esistere *gli aiuti* sempre riferibili a specifici contesti, come ad esempio il lavoro di equipe con progetti più significativi per la persona. *Chi aiuta intravede nell'altro una identità multiforme* “credere per vedere “e cioè andare oltre l'identità del disagio tenendo conto di chi è andare oltre a quello che vediamo e ritengo di conoscere. *La relazione di aiuto si muove con dinamiche di complementarità*, nel senso che la relazione è perfezionabile e lo diventa solo con il contributo di chi necessita di essere aiutato, sono caratterizzate da relazioni di aiuto pratiche non solo discorsive e iniziano con il “stare presso l'altro, incontrare l'altro dove lui stà”. " L'importante è che il lavoro di cura, educativamente inteso, e la relazione di aiuto non si confondano con il loro stesso fine (che è anche quello di permettere al disabile di vivere in mezzo agli altri), e non si irrigidiscano in interminabili iniziative tese a rafforzare il *curare*, in senso medico e psichiatrico, ma, parallelamente, dirette a cancellare l'esistenza della persona e il suo progetto di vita: così facendo, infatti, la relazione di aiuto diviene un'imposizione di aiuto asettica e impersonale, priva della dimensione dialogica della relazionalità e mancante di quello *scambio di umanità* che rende significativa le relazioni tra le persone." E qui mi ricollego al primo capitolo dove si è potuto vedere attraverso importanti cambiamenti il superamento della psichiatria, cioè dal passaggio della sola medicalizzazione con le conseguenze viste, alla “umanizzazione” della cura sottolineando l'aspetto fondamentale della relazione che si è venuta a creare all'interno della dimensione dialogica. Terapia ed educazione, due aiuti con lo stesso obiettivo, il benessere della persona, ma con modalità e finalità completamente diverse." La storia della pedagogia speciale inizia con un medico Itard, che ritiene prioritaria la dimensione educativa su quella terapeutica: educazione e cura come dimensioni dell'approccio al deficit, si intrecciano e si alimentano fino ad operare una sintesi nella quale l'educazione supera la medicalizzazione perché intenzionalmente progettuale. L'ottica educativa, infatti, considera l'altro sempre capace di sviluppo e di educabilità nella sua soggettività essenziale, che indica il criterio entro il quale il singolo uomo possa realizzare il proprio compito e progetto umano, diventare cioè sempre più se stesso nella comunità, all'interno di relazioni aperte, flessibili

che presuppongono l'intervento e il protagonismo delle persone coinvolte.³⁶ "Il lavoro educativo nella relazione di aiuto è, dunque complesso e oneroso, ma straordinariamente prezioso e fecondo, per l'educatore si tratta di conquistare una nuova *spontaneità competente* che solleciti a prestare attenzione al proprio modo di sentire nel momento in cui si incontra la vita affettiva dell'altro; una *spontaneità competente* che non si declina solo alla conoscenza dei problemi affettivi ma che si trasforma e si evolve fino a diventare stile di comportamento, esercitato nella consuetudine, rafforzato nell'apprendimento, rinvigorito nell'esercizio, vivificato nella ricerca personale, rinnovato nella possibilità di saper rispondere agli avvenimenti problematici della realtà. Una competenza che concilia affettività e razionalità "un lento procedere a cerchi concentrici equidistanti e tra di loro in equilibrio", un avanzare armonioso tra capire ed essere, tra consapevolezza ed espressione, senza perfezionismi unilaterali".³⁷ "Educazione, riabilitazione, cura e aiuto acquistano un senso solo se si mette l'altro nelle condizioni di venire "aiutato ad aiutarsi" e nel provvedere con senso di autonomia, al suo sviluppo alla promozione delle sue risorse. Infatti, come scrive P. Gasparri³⁸ riprendendo l'analisi fatta da A. Canevaro e A. Chierigatti: « Se è vero che l'aiuto si può rappresentare come un "dono", è anche vero che tale dono non deve essere invadente e vincolante, perché, in tal caso, si rischia di perdere di vista l'autentico desiderio dell'altro e il suo riconoscimento». In questo contesto ha senso riproporre le parole di un insegnante, Annalisa Busatto, in una riflessione fatta da Canevaro: "è bello che un dono sia leggero per chi lo riceve." Questo per ribadire l'importanza di un aiuto che non si impone, non sia ingombrante o invadente, ma che ponga attenzione alla vita e ai desideri dell'altro.

³⁶ Cian Orlando D., Premessa, in, Caldin R., *Introduzione alla pedagogia speciale*, Cleup, 2001.

³⁷ Montuschi, F., *Competenza affettiva e apprendimento dalla alfabetizzazione affettiva alla pedagogia speciale*, La Scuola, 1993.

³⁸ Gaspari P., *Aver cura. Pedagogia Speciale e territori di confine*, Milano, Guerrini e associati, 2002.

CAPITOLO 3°

MONTAGNATERAPIA

3.1 COS'É LA MONTAGNATERAPIA.

Questo 3° capitolo nasce in seguito alla mia esperienza di tirocinante all'interno del progetto di "Montagna che aiuta", o anche conosciuta come, montagnaterapia³⁹. Attualmente vi è ancora una questione aperta sul termine scelto di terapia, nella dimensione educativa "terapia" si diversifica da "educazione", quel agire educativo messo in pratica attraverso l'azione dell'educatore che è prendersi "cura di", e non in un'azione che possa prendere in carico solo l'aspetto medicalizzato come una qualsiasi altra forma genericamente nominata terapia. Acquisendo così un significato totalmente diverso in una relazione di aiuto e non solo di assistenza. Nel periodo di tempo da giugno 2011 a dicembre 2011, ho effettuato il mio tirocinio presso l'ente "LIBRA" società cooperativa sociale che si occupa di persone con problemi psichiatrici. Da diversi anni (12) all'interno della cooperativa è stato avviato questo progetto, si tratta di un'attività riabilitativa dove, piccoli gruppi operativi, organizzano, all'esterno della comunità, attività come l'escursione in montagna; "attivano una funzione di spazio di transizione orientato ad un percorso di emancipazione e di autonomizzazione", attraverso una serie di momenti che mettono in campo la dimensione collettiva in questo caso la dimensione grupppale." Il gruppo esplica una specifica funzione terapeutica nella misura in cui contribuisce a determinare nella vita del paziente una presenza emotiva interna che lo fa sentire più coeso, più continuo, più vitale. Vorrebbe funzionare da esperienza emotiva correttiva, da luogo capace di accogliere le parti psicotiche (e non solo quelle), per ricondurle ad un senso e ad un patrimonio comune" Il fattore fondamentale all'interno di una comunità sono la qualità delle interazioni che quotidianamente si svolgono al suo interno, sviluppando così attraverso questo apprendimento "sociale" un cambiamento". In un setting a cielo aperto come l'ambiente montano i partecipanti si ricollocano/riadattano alla situazione che si

³⁹ Il termine "montagnaterapia" è stato coniato in Italia nel 1999 a seguito della presentazione di un particolare approccio che univa la montagna "che aiuta a vivere" con la realtà del disagio e del disturbo psichico e fisico in un convegno su "Montagna e solidarietà" a Pinzolo in Trentino.

presenta al momento, ognuno dei quali reinterpreta quanto appreso in comunità. La trasversalità del gruppo è la conoscenza/tolleranza rispetto al compagno, la relazione interpersonale lontano dal setting abituale. "Al di fuori degli spazi e dei tempi abituali, quanto in fondo gli si richiederà domani, in un programma più articolato di reintegrazione sociale. La vera evoluzione del progetto consiste pertanto, a mio avviso, nello stimolare, recuperare, cogliere la curiosità rivolta al giorno che ci attende, alle persone che incontreremo, conosciute o mai viste prima. Le leve prioritarie rimangono la mutualità espressa dal gruppo (come non percepire la differenza con certi rapporti di complicità, la capacità di accogliere il disagio dei singoli), l'organizzazione e l'essenzialità/praticità, il sostegno affinché le piccole abilità personali trovino eco nel gruppo e diventino complementari a quelle di altri." "L'ambiente naturale e il gruppo sono alcuni importanti fattori di cambiamento, che differenziano gli interventi proposti rispetto alle tecniche riabilitative. I progetti sono individualizzati e scelti in funzione delle potenzialità/limiti dei partecipanti. Tra i benefici rilevati vi sono: superamento dell'isolamento, miglioramento della comunicazione e della qualità di vita percepita, ampliamento dei contatti sociali, riduzione dei ricoveri e dell'ansia, accrescimento di fiducia in sé e di emozioni positive." Dice Giuseppe Saglio⁴⁰ psichiatra e psicoanalista: " il rapporto tra il fare e il pensare dell'alpinista diventa per il paziente un rapporto tra il fare con e il pensare con il gruppo curante soggetto e spazio della cura con cui interagire per poter fare esperienza di esplorazione nel mondo e con altre persone, negli ambienti esterni umani e naturali che possono diventare incoraggianti e ristrutturanti. La montagna permette di fare un'esperienza individuale e di gruppo; di condurre e di essere condotti, di sentirsi autonomi e legati agli altri; di imparare ad essere responsabili nel proprio agire ad essere interpreti; di muoversi tra affermazione individuale e sentimento sociale, tra prevalenza di sé e cooperazione con l'altro. Espone ad un contatto e favorisce un incontro." Più di 90 ospiti hanno partecipato a questo progetto, per un totale di 500 escursioni globali nell'arco di 12 anni che hanno toccato il territorio di ben 12 province. "I risultati particolarmente lusinghieri ed il continuo approfondimento delle tematiche proposte, le continue interazioni con altre esperienze analoghe, la presenza di uno staff preparato e competente hanno indotto a proporre questa esperienza grupale esterna ritenendola estremamente proficua e deistituzionalizzante." Gli obiettivi dell'esperienza sono il recupero della curiosità nei

⁴⁰ Saglio G., psichiatra, analista propedeutica didatta della Società Italiana di Psicologia Individuale, docente presso la Scuola di specializzazione per psicoterapeuti, responsabile del coordinamento di un Centro di salute mentale in Valsesia. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche, ha dedicato particolare attenzione ai rapporti tra psicologia e alpinismo.

confronti con l'altro, l'incontro, il recupero di consuetudini ed abilità di fronte all'imprevisto, la valorizzazione della fatica quale margine di autostima, l'accettazione delle difficoltà personali come risorsa per la consapevolezza del proprio limite e lo sviluppo di relazioni mutualistiche. L'escursione si svolge durante tutto l'arco della giornata, dalla mattina alla sera, con una variabile che può dipendere dal tipo di percorso e dalla distanza per raggiungere la destinazione scelta, questa, decisa precedentemente da un operatore, esperto di montagna e con un'ottima conoscenza dell'aspetto geografico che dell'orientamento, che in "LIBRA" è stato identificato nella figura del dott. Stefano Fanchin,⁴¹ che ha al suo attivo più di 30 anni di esperienza come operatore, ed una elevata competenza delle varie problematiche/dinamiche che si presentano all'interno di un gruppo di persone con difficoltà. Una fonte inesauribile di conoscenza dell'ambiente montano, luogo fondamentale nello stimolare i partecipanti e far crescere la consapevolezza dello spazio e del tempo vissuto in itinere e post escursione. Riporto un estratto di una relazione del sopracitato, all'interno del convegno Montagnaterapia e Psichiatria, " Credo, è un pensiero personale, che uno degli indicatori che dà un senso alla *route* sia il racconto, a distanza di tempo, di chi vi ha partecipato: riappropriarsi della dimensione "memoria/ricordi" non è solo una soddisfazione per noi che si ascolta. È un esercizio positivo, una iniezione di autostima: è trasmettere con orgoglio " io c'ero". Si parla spesso di *route*-terapia." *Route* è un termine mutuato dai sistemi educativi dei movimenti ispirati a Baden Powel: è la strada che gratifica te stesso nella misura in cui il tuo successo è anche frutto di una condivisione di energie, il risultato/scambio di un gruppo intero. La *Route* è l'imprevisto/avventura che ti offre la strada d'improvviso, è la paura/trepidazione, la verifica delle proprie capacità di fronte all'ignoto. La *Route* è stupore, consuetudine alle difficoltà e alla fatica, consapevolezza di riconoscere l'altrui ruolo e di essere comunque accolti dagli altri. È scambio profondo. Ed è, per fortuna, il dovere di rispettare, da coinquilini, tutto quanto sia natura/vita, ricambiati dal privilegio di goderne le bellezze. La *route* è soprattutto incontro e relazione". "Nella teorizzazione dell'approccio di montagnaterapia proprio l'esperienza rappresenta un punto centrale del metodo. Esperire il sé (sano o malato) nell'ambiente naturale a contatto con il terreno in salita e discesa, con la parete, con la prospettiva della cima, con il tempo cronologico e meteorologico. Attuare questo nel gruppo, con la sua mediazione: ecco rappresentano il focus da costruire continuamente e da centrare con precisione."

⁴¹ Fanchin S., laureato in geografia, attualmente è operatore in una comunità di persone con problemi psichiatrici,, artefice del progetto "montagna che aiuta", successivamente ideatore del gruppo Campobase all'interno di Libra e collaboratore del progetto "Sopraimille" che si occupa di montagnaterapia.

3.2 PERCHÉ LA MONTAGNA?

"Perché proprio la montagna? Ognuno di noi ha una percezione personale di questo ambiente più o meno vicino a sé, più o meno frequentato e conosciuto. Sicuramente tutti abbiamo qualche idea, una suggestione, un ricordo, quando pensiamo alla montagna: uno spazio fisico immenso, maestoso, di fronte al quale l'uomo ha sempre avvertito un sentimento di reverenza, di fascino, di percezione dei propri limiti. Nel corso della storia la montagna è stata temuta, addomesticata, e infine dominata dall'uomo, ma non ha mai perduto la sua dimensione fondamentale: quella di evocare in chi la osserva emozione intensa." "Occuparsi di montagna significa occuparsi dell'uomo, che deve imparare a leggere le immagini di sé che vivono a contatto con una natura ancora meravigliosa, la quale può ridestare la disposizione innata nell'uomo allo stupore, all'emozione, al sentimento. Si tratta di un processo di riappropriazione delle inclinazioni naturali che troviamo nel bambino piccolo e che vengono perse nell'adulto perché, paradossalmente, i processi educativi orientati alla conoscenza razionale del mondo tendono ad escludere l'esperienza della conoscenza emotiva delle cose in relazione a se stessi." "L'imperativo categorico allora diventa educare alla ri-significazione della realtà *anche* attraverso i propri sensi e le proprie emozioni, e l'universo naturale, culturale, mitologico e fantastico della montagna costituisce una scelta di contenuto ben precisa, in particolare, per le valenze pedagogiche che può offrire dal punto di vista dell'esperienza comprensiva, che coinvolge intelligenza e sentimento. Definire la montagna una metafora pedagogica vuol dire affermare che un ambiente naturale e/o culturale reale può manifestarsi, *se investito di senso*, sotto diverse forme il cui significato dipende dal punto di vista dell'osservatore, e assumere un valore di mediazione in funzione educativa." Potremmo allora parlare della frequentazione dell'ambiente alpino, come di una possibile terapia? Della montagna come funzione terapeutica? Di per sé no, spiega, Giuseppe Saglio nel saggio "In su e in sé", tuttavia, "per chi è compromesso in questi rapporti e ritrova dentro di sé un'alterazione dell'equilibrio, l'impossibilità di un flusso comunicativo, l'angoscia di un'assenza di senso, la pressione di un vuoto esistenziale, la paura di un mondo esterno vissuto come ostile, inaffidabile o pericoloso lo spazio analogico può offrire sorprendenti opportunità." Questa dimensione analogica spaziale della montagna, assume una valenza specifica e fa sì che vi sia un recupero di potenzialità, risorse e qualità, proprie dell'individuo, da lui non più riconoscibili a causa del disturbo psichico. La montagna, può diventare, di fatto, uno strumento di cura."Attraversando la montagna si traccia una via per sé. Un percorso di cura e di crescita. Una via che altri hanno già compiuto, ma che ripropone l'essenza

dell'atto, contenuta nell'esperienza emotiva individuale continuamente confrontata e condivisa". *Insieme* nell'affrontare ostacoli, paure, eventi imprevedibili, situazioni scomode, emozioni incontenibili e sconosciute, offrire e ricevere aiuto. "Poter sperimentare il silenzio e la parola, il ruolo di attore e di spettatore, di guida e di bambino; un'esperienza di piena sensorialità, di uscita e di rientro, di fuga e di ritorno, di regressione e di evoluzione, di terra e di respiro." Per ritrovare così una nuova "sensazione della concretezza del mondo: qualcosa di più chiaro, di più vicino a noi: il mondo non più come percorso da rifare senza sosta o come una corsa senza fine, non più come una perenne sfida da accettare senza tregua, non come unico pretesto per una esasperante accumulazione né come illusione d'una conquista, ma come ritrovamento d'un senso, come percezione di una scrittura terrestre, d'una geografia di cui abbiamo dimenticato di essere gli autori." "La parola TERAPIA preceduta da un'attività qualunque con parvenze benefiche non si sottrae a questo rischio (come definizione alle quali siamo tentati di conferire un significato non completamente verificato), conferisce un che di professionale, scientifico: sollecita volentieri al dialogo, ma anche al conflitto. Si fa declinare in maniera ambigua e seducente. Unisce e divide." L'accostamento montagna/terapia può essere un marker per questo genere di gruppi. Ma lo sguardo deve aprirsi "sulla profondità intrinseca del gesto sul valore fondante e accomunante dell'ambiente naturale, del sentiero, delle terre alte. Terapia è un termine ambiguo e seducente che allude troppo necessariamente ad un male: ma la montagna non deve caricarsi di illusioni taumaturgiche, soprattutto se di moda. Il sentiero si presta meglio, piuttosto come palestra dello sguardo, universo di segni, per affrontare più consapevolmente i problemi di appartenenza di identità nella società nella quale presto o tardi comunque si deve tornare". "La montagna di per sé non è terapeutica diceva Paolo Di Benedetto⁴² in un lontano convegno. È il suo potenziale esemplificativo che noi guardiamo, alla sua capacità di accogliere attori diversi che condividono la medesima esperienza e possono riprodurre il valore, i contenuti in quel quotidiano dove si passa la maggior parte del tempo. E nel quale tutti avremmo diritto di camminare da protagonisti. Giovani, adulti, anziani, professionisti, gruppi, matti." Il sentiero è democratico, continua Stefano Fanchin, perché sul sentiero si perde quell'etichetta che la società urbana appiccica, sul sentiero si è tutti escursionisti, calpestando la stessa terra e respirando la stessa aria di libertà." Il sentiero è democratico l'aria del sentiero ti mette alla pari ti avvicina, perché siamo fuori dalla cogenza delle strutture di psichiatria e

⁴² Di Benedetto P., psichiatra-Dipartimento Salute Mentale Azienda Ussl Rieti, referente montagna terapia macrozona del centro Italia

fra escursionisti ci si incontra e lo scambio è alla pari. Vero! forse...Ma cosa intendiamo per democrazia? Dovrebbero essere democratici ogni luogo e ogni momento dell'anno. Democratico è forse il luogo in cui i cittadini mantengono l'equidistanza da un centro (la legge, l'informazione, l'opportunità di lavoro, di relazione). Oppure il luogo dove l'accesso è equamente garantito come avviene sul sentiero: è normale che nel fugace incrocio di gambe e sorrisi si possa sorvolare sulla differenza. Nella sofferenza mentale il difficile subentra al rientro." E allora, se il sentiero è democratico e terapeutico solo nella circostanza e non si protrae nel restante tempo, lo sforzo è faticoso e inutile." L'attività escursionistica con la sofferenza mentale può intervenire efficacemente invece sul vincolo che lega il paziente alla contingenza. Quando parliamo di biodiversità– e qui ritorna alle parole chiave del convegno– come condizione fondamentale degli ecosistemi siamo in qualche modo alludendo a una complessità dell'ambiente di vita, un patrimonio di risorse ed opportunità, di soluzioni di sopravvivenza. La complessità– nelle scienze sociali – è un agente al quale ci si può allenare proprio dal momento in cui ci si affranca dall'immediato, dal momento in cui lo sguardo si fa prospettico ed esplora dentro ogni relazione– quella con il paesaggio, quella con il contesto, quella con le persone– nuove profondità. Ci si allena alla profondità mettendo in costante allerta tutti i sensi e tutti i sentimenti. Ci si allena all'incontro profondo nel momento in cui la conoscenza soppianta i benefici dell'utile immediato e diventa investimento nel futuro. Quando si crea l'opportunità concreta di aprirsi all'altro, al nostro/ al suo racconto e si tenta di scambiare qualcosa di capitalizzabile nel tempo. L'atto di curiosità verso un mondo sconosciuto dove il gusto della sorpresa e la mutevolezza delle opportunità rappresentano linee guida, è la prima garanzia di complessità, preconditione per il superamento dello sguardo superficiale." Prima dell'uscita non è mai stato fatto un sopralluogo accurato sugli itinerari scelti per garantire certezze, questo per allenare la capacità di cogliere ed accogliere nuove situazioni ed imprevisti. Si cerca di evitare percorsi affollati di moda, ove si arrivi in rifugi/hotel con tutte le comodità che si possono trovare in qualsiasi centro urbano, dando per scontato ciò che ci si attende. Non ci si sente neanche obbligati nel seguire indicazioni direzionali, così da non sentirsi spaesati quando questi non vi siano. "La complessità è soprattutto possibilità di scelta, orientamento alla libertà". "Preferiamo coinvolgere il gruppo nel segno antropico vissuto, quello appena sussurrato dell'abbandono di una contrada, quello della baita all'alpeggio, del terrazzamento, del tratturo boschivo, dell'antica fonte di pietra. È qui che preferiamo ascoltare voci di gente, è qui che sentiamo che l'incontro eventuale è più raro – con l'escursionista outsider come noi e con l'abitante insider – sfugge obbligatoriamente

alla banalità. È in questa situazione che i sensi hanno maggiore opportunità di essere toccati dall'avvistamento della fauna, dagli odori delle erbe selvatiche, dai colori del bosco dalla luce del cielo, dalla rugosità del sasso, Qui il cammino diventa meta." Sempre all'interno dell'intervento al convegno, il dott. Fanchin, fa riferimento ad un'altro fattore fondamentale, la dimensione "tempo" che nel paziente psichiatrico, è una dimensione negata impossibile da fissare nell'immaginazione, come lo scorrere del tempo, il diritto a ricordare un passato, la speranza in un futuro, solo un ripiegamento nel presente, alla ricerca disperata di sensazioni forti che però si riducono in un caffè o in una sigaretta, sensazione superficiale che passa nell'immediato presente. Durante l'escursione è capitato più volte di incontrare, all'interno di vecchie contrade, persone che ci raccontano di essere tornate lì dall'estero proprio dove avevano trascorso la loro infanzia, di solito lasciamo qualcosa in ricordo di questo incontro come per esempio il calendario con le nostre foto della stagione passata, e i ragazzi promettono di ritornare. È proprio in questa dinamica che il tempo ritorna a scorrere tra passato e futuro, e non si riduce al presente, non lo riduce ad istante, gravato di contingenza."Soprattutto l'incontro con l'altro rappresenta un'educazione reciproca alla diversità. Il sentiero diventa interessante per la sperimentazione di strade, azioni o coesistenze nuove, diventa il quadro generale dove è possibile persino per il matto lasciare un segno duraturo. Spettatori ma nel contempo attori sul medesimo palcoscenico." Un segno, dunque, come la ricostruzione di un ometto di sassi, la manutenzione di un sentiero a beneficio degli altri, una frase nel libro di vetta, tutto questo per lasciare una traccia di sé, dove sentirsi parte di una storia. Esperienze utili le quali insegnano, che tutti possono intervenire sull'ambiente che ci circonda dando il proprio contributo in modo attivo, consapevole ma soprattutto comunicabile. "La montagna ha in sé una grande capacità trasformativa che può svilupparsi attraverso una serie di dimensioni trasformative: infatti sia lo stare in luoghi e in situazioni diversi dal solito, sia la possibilità di attuare movimenti, di muoversi, producono cambiamenti positivi in persone con disabilità, che siano esse disabilità fisiche, psichiche o sociali." Le dimensioni trasformative possono essere: " il confronto cognitivo ed emozionale con spazi diversi (e spesso non civilizzati) da quelli di cui si ha normalmente esperienza diretta e quotidiana: gli spazi aperti e l'ambiente esterno (che possono essere sentiti come il confronto "l'altro "da me); il silenzio e la solitudine, che possono rappresentare il confronto con"il mio ambiente interiore"; la necessità del muoversi, contrapposta all'esperienza dell'immobilità; la necessità di dotarsi di competenze e strumenti adeguati (l' orientamento, la capacità del"muoversi" in maniera razionale su terreni impervi e su percorsi "diversi", l'imparare a

proteggersi dalle intemperie, il trovare un “equilibrio” utile ecc.); la capacità, quindi e la necessità di diventare autonomo; il ritrovarsi a far parte di un gruppo vero, la fiducia dei compagni, la condivisione dell’esperienza; l’ avere una guida, qualcuno che sappia organizzarti, insegnarti, guidarti, e il rapporto importante di fiducia con essa; il cambiamento della propria prospettiva di vista attraverso una dimensione di spostamento verticale e l’ innalzarsi (l’ascesa), come metafora di evoluzione personale; la dimensione esplorativa e l’incontro con il nuovo e lo sconosciuto; il tempo e il progetto del viaggio, e poi la possibilità del ricordo e della rielaborazione successiva, che riportano ad una dimensione temporale normale anche con l’aiuto di mezzi audiovisivi, il prima, il durante , il dopo; la globalità dell’esperienza, che interessa la globalità fisica, sensoriale ed emotiva." "L’aspetto di sfida che la montagna detiene rimanda nel soggetto l’ idea di superare un ostacolo. Chiunque ha scalato una montagna, sia pure piccola e facile, conosce bene il sentimento di successo e di soddisfazione legato allo sguardo che si perde nell’orizzonte. Seguendo Spivak, nel nostro approccio alla riabilitazione psichiatrica, l’ efficacia di un programma terapeutico-riabilitativo va verificata sulla base dei cambiamenti che produce all’interno delle diverse aree dello spazio vitale (abitazione, lavoro, cura personale, spazio sociale e famiglia) promuovendo nel paziente psicotico cronico “esperienze di successo” in un contesto caratterizzato da esperienze ripetute di fallimento e povertà di stimoli. Una tale visione del lavoro terapeutico-riabilitativo con pazienti psichiatrici, ha trovato terreno fertile all’interno dell’approccio metodologico della montagnaterapia. Nella definizione della montagnaterapia si fa riferimento ad alcuni concetti chiave della riabilitazione psichiatrica come il lavoro sulle dinamiche di gruppo in ambienti che siano esterni ai tradizionali ambienti della cura, o come all’elemento unificante della riabilitazione che concepisce l’individuo come unità biopsicosociale e di conseguenza il disagio come espressione di un disadattamento che si esprime a livello individuale, sociale, familiare ed istituzionale. La costituzione del gruppo di lavoro della montagna terapia si configura a livello riabilitativo come ergoterapia o terapia occupazionale laddove”occupazionale” non significa promuovere l’inserimento lavorativo, ma occupare il contesto spazio-temporale dell’individuo in senso attivo. Si tratta quindi di un intervento prioritamente terapeutico-riabilitativo che utilizza l’attività legata alla montagna sia in modo espressivo che ristrutturante stimolando il paziente sotto diversi punti di vista: cognitivo, sociale ed emotivo."

“Pertanto risulta che la pratica della montagna, se vissuta in un certo modo, è interiormente tra le più formative. Fin dall’inizio la montagna è stata l’ambiente più congeniale alla mia

formazione sia fisica sia mentale. Mi ha consentito di soddisfare il bisogno innato che ha ogni uomo di misurarsi e di provarsi, di conoscere e di sapere (...) L'affrontare in solitudine la natura più severa mi ha abituato innanzitutto a prendere da solo le mie decisioni, mi ha insegnato a misurarle con il mio metro e a pagarle, giustamente, sulla mia pelle (...) E' proprio grazie a questi preliminari se ho potuto compiere ogni volta un viaggio affascinante dentro me stesso per meglio scrutarmi, capirmi, e anche per comprendere maggiormente gli altri e il mondo attorno a me (...) Adesso io conosco meglio me stesso e ciò che ho fatto. So quello che voglio da me e dagli altri. Ho più chiaro in cuor mio che delle mete regalate non hanno valore, poiché vanno prima sognate e poi guadagnate" (Bonatti, W. 2008).

3.3 CAMMINARE

Camminare è una delle prime attività dell'uomo. Camminando si liberano mente e corpo, attraverso la sudorazione a livello corporeo, ma soprattutto a livello psichico camminare ci aiuta a liberare la mente, stimolando i nostri sensi: attraverso la vista osserviamo la realtà circostante che in un ambiente naturale come la montagna ci regala panorami fantastici, cieli di un azzurro intenso, il profilo dei monti al tramonto , dunque luce, colori e il buio. L'odore, della terra, del legno, di resina "delle stagioni ci fa essere più vicini alla nostra parte animale", l'udito per ascoltare i suoni che la natura ci regala o l'ascolto del silenzio rotto solo dal rumore dei nostri passi, del nostro respiro, del battito del cuore "tutto questo risveglia l'attenzione e l'abbandono", il tatto nello sfiorare con le mani le foglie degli alberi, nell'abbracciare con il nostro corpo il tronco di un albero (come personalmente faccio spesso, inizialmente questo gesto accolto con perplessità, ma poi imitato da più persone con divertimento) nel toccare rocce, fiori, funghi, terra; il sapore nel bere l'acqua di un ruscello o dei frutti della terra quali mirtilli, castagne, more di rovo, mele selvatiche." Il camminare come arte richiama l'attenzione sugli aspetti più semplici dell'atto: il camminare rurale misura il corpo e la terra, mentre il camminare urbano produce incontri sociali imprevedibili. Il camminare rimodella il mondo mappandolo, tracciandovi dei sentieri, incontrandolo." "Camminare è un atto volontario vicino ai ritmi involontari (respiro e battito cardiaco), è uno stato in cui la mente, il corpo, il mondo sono allineati, in congiunzione come le note in un accordo. Il ritmo del passo genera il ritmo del pensiero e il tragitto del paesaggio evoca o stimola un tragitto nel corso dei pensieri." "Camminare è come cercare il proprio lato selvatico, ma anche la propria

consapevolezza. Può essere una pratica di ricerca interiore, di ricerca del proprio essere. Pensiamo che ognuno di noi ha il suo tempo, che si trasforma in un ritmo: il ritmo del cuore, il ritmo del respiro...Rallentiamo, fermiamoci magari per prenderci del tempo...da vivere. Troviamo delle pause che possano rigenerarci, tra il tempo della corsa e il tempo della quiete.” "Le Breton definisce il camminare un' attività antropologica per eccellenza “L'esperienza della marcia decentra da sé e ripristina il mondo, inscrivendo l'uomo nei limiti che lo richiamano alla sua fragilità ed alla sua forza. Stimola continuamente nell'uomo il desiderio di comprendere, di individuare il suo posto nella trama del mondo, di interrogarsi su ciò che stabilisce il legame con gli altri” (Le Breton, 2001). L' atto di camminare riporta l'uomo alla coscienza del proprio esistere, dell'esserci e rappresenta quindi un modo per riprendere contatto con sé stessi, con il proprio corpo, la propria mente, con il proprio ruolo nel mondo. Camminando effettuiamo un viaggio metaforico dentro noi stessi che ricorda molto ciò che consiglia Thoreau “Volgi il tuo occhio all'interno e scoprirai migliaia di regioni, nel tuo cuore, vergini ancora. Viaggiate tutte e fatti esperto di cosmografia interiore” (Thoreau, 1989). Durante questo tipo di esperienza non camminano solo gambe ed occhi ma anche la mente. Camminare può essere un momento ideale per esercitare il pensiero. Camminare aiuta a comprendere il proprio atteggiamento di fronte al cambiamento ed a sviluppare la capacità di adattamento (flessibilità). Camminate di una certa lunghezza fanno emergere un nuovo modo di vivere il tempo. Chi cammina si colloca piuttosto che nello spazio nel tempo scandito da tutta una serie di eventi di cui ci si riappropria (i pasti, il riposo, il sonno, le funzioni fisiologiche, il silenzio, ecc.)." A proposito del tempo scandito dal silenzio, "Sappiamo tutti che esistono vari tipi di silenzio, differenti modalità di metterlo in atto e diverse motivazioni da cui esso può nascere. Anche in educazione, vi è un silenzio opaco e urlante che può essere di condanna, di chiusura di mortificazione, di minaccia, di collera, di rancore, di oppressione. Ma può esserci anche un silenzio rispettoso di approvazione, di incoraggiamento, di rimprovero costruttivo, di stima, di fiducia, di donazione, di libertà. Qui il silenzio si riveste del suo vero significato educativo e diventa il trovare spazio dentro sé per l'altro, il sospendere ogni forma di giudizio o di chiacchiera interiore per dare vita all'ascolto ed alla crescita. Anche in educazione è bene comprendere che il dicibile non è tutto e non può far tutto. Forse ciascuno di noi dovrebbe riscoprire la vera forza del silenzio capace di andare oltre la finitezza dell'uomo e di aprire finestre "meta espressive".(Von Balthasar, 1984)"

3.4 I RITI DELLA MONTAGNA: IL GRUPPO, LO ZAINO

3.4.1 IL GRUPPO

"La prima caratteristica del gruppo da analizzare è quella di essere contenitore non solo di persone fisiche ma anche dei relativi eventi psichici. Il gruppo è un altro corpo (differente da quello di ogni membro e dalla summa dei corpi di tutti i partecipanti) ove l' utente può riprendere il processo di disgregazione, integrazione, introiezione ed individuazione interrotto prima e durante la malattia. Esso è uno spazio fisico delimitato (dalla testa e dalla coda della fila indiana) che contiene le proiezioni della psiche in-definita dei pazienti, è un' entità con una dimensione temporale nota e circoscritta, che riguarda al tempo stesso l'origine- genesi del gruppo e le finalità- mete da raggiungere. ...Il gruppo consente ai partecipanti un'esperienza di appartenenza, che è molto importante per la costruzione (o ricostruzione) del senso di Sé come persona che ha diritto a vivere e occupare uno spazio affettivo (Neri, 2004), continua Bizzarri⁴³, tramite quel processo di animazione, sentimento di fiducia del terapeuta e degli altri utenti nei confronti del gruppo quale luogo in cui gli aspetti della personalità e della psiche latenti attendono di essere svelati." "Il gruppo in montagna è qualcosa di particolare perché come dice Annibale Salsa⁴⁴ *La montagna è uno spazio vitale ed anche un laboratorio di "nuovi" modi di stare al mondo*". "Le persone che noi seguiamo hanno generalmente un disturbo psicotico o, quantomeno, grave. Come sappiamo, il disturbo psicotico è caratterizzato da un imponente disturbo di tutta la persona. Il senso del sé è fragile, perché è l'IO che destrutturato. A questa destrutturazione contribuisce un pensiero che mano a mano si riempie di idee strane e di strane convinzioni; un *sentire* lacerato da un senso fallace della realtà (allucinazioni, deliri...); la volontà è addormentata, bloccata; le emozioni sono assolutamente incongruenti, spesso mancanti; il tono dell'umore è incontrollabile e incontrollato. L'ambiente esterno viene sentito come ostile. Abbiamo, quindi, manifestazioni come irrequietezza, sensazioni di estraneità, paura del contatto, isolamento. Tutto questo porta ad un'esperienza di frantumazione. Il paziente psicotico è sfatto, discontinuo, morto." Entrando in una condizione di emarginazione ed isolamento, sviluppando a sua volta un processo di *esclusione sociale*. Che progressivamente porta ad una "rottura, che stacca individui e gruppi dalle relazioni sociali dalle istituzioni e anche dalle

⁴³ Vedi bibliografia

⁴⁴ Salsa A., antropologo, docente di antropologia culturale all'Università di Genova, Past President Generale del CAI.

emozioni, impedendo la piena partecipazione alle normali attività ed esperienze della società in cui vivono. Questa rottura può avvenire sia da parte dell'individuo, sia da parte della società in generale." Nasce qui una riflessione, un dubbio, portando queste persone in montagna, ove vi sia "sfiducia in sé stessi e paura di non farcela", in un setting a cielo aperto," inizialmente che può sembrare ostile, esterno, sconosciuto",vi è, affrontando passaggi particolari, superando paure, raggiungendo mete che potevano sembrare irraggiungibili, vedere di riuscire dove si pensava di fallire, dove vi sia tranquillità, equilibrio interiore, capacità di pensare a se stessi, capacità di visualizzare i propri movimenti" "una forte iniezione di fiducia e di autostima" in sé stessi e verso gli altri. E qui entra in gioco la dimensione gruppale "la capacità di entrare e di far entrare. , cioè la capacità di far posto all'altro. Questo ci porta al contesto dell'accettare. Far posto, accettare, sono parole che riportano ad un processo di trasformazione, che può essere un processo mentale, affettivo e fisico.". Quindi accogliere, per arrivare ad un senso di appartenenza, nel sentirsi parte, appunto di un gruppo, dove, vi sia un'esperienza, di cui ha bisogno il paziente psicotico, "di un forte attaccamento. Il senso di appartenenza è un sentimento fondamentale dell'essere umano, è un suo bisogno di base.". Nel gruppo condividiamo con gli altri, la fatica, lo zaino, il cibo, la gioia, la paura, la pioggia, il sole, il caldo, il freddo, le canzoni, le storie, il silenzio... Nel gruppo impariamo ad appartenerci, sentirlo come il nostro gruppo, a riconoscerci, è una risorsa dove puoi dare e ricevere, è aiutarsi reciprocamente, accettando le varie dinamiche che via via si presentano, rispettando la propria e l'altrui individualità. "Nel gruppo si trova, quindi, uno spazio per conoscersi, confrontarsi, individuare modalità costruttive per fronteggiare momenti di disagio; le persone si impegnano per il loro cambiamento e per quello sociale, in un clima di fiducia e amicizia, promuovendo le proprie potenzialità attraverso il coinvolgimento personale. E noi siamo vicini molto vicini. Nel gruppo impariamo a fidarci degli altri, ad aiutarli in caso di necessità, come ho letto in una tesina di una tirocinante "...si aprono spazi di confidenza, di confronto e di racconto di sé...." in montagna si formano veri patti di fiducia, tra il gruppo e la *GUIDA*, cioè quella figura che con grande competenza e grande sicurezza rende noi competenti e sicuri e ci conduce alla meta. Abbiamo così stabilito un forte legame affettivo con il gruppo. Il gruppo è sentito dentro di sé, come una presenza emotiva interna, che lo fa sentire non più frantumato, discontinuo, morto, ma coeso, continuo, vitale."

3.4.2 LO ZAINO

Lo zaino, è l'oggetto in cui la mia osservazione, durante le uscite, si è soffermata con interesse, perché a mio avviso, ma trovando successivamente riscontri in altri elaborati, come riporterò qui di seguito, rappresenta lo stato mentale in quel momento della persona che, lo ha precedentemente preparato e poi portato sulle spalle durante l'escursione. Si possono vedere zaini strapieni, o enormi zaini vuoti. Una risposta a questo mia osservazione l'ho trovata nell'ambito della psicologia all'interno della tesi, già citata, di Bizzarri, che riporta; " In entrambi i casi, le scelte riflettono la condizione psichica dell'utente: prendendo in prestito i termini della teoria delle relazioni oggettuali, una eccessiva vacuità denota un luogo interno in cui ancora non esistono oggetti (conquiste psichiche e pratiche) di cui il paziente si è impossessato. All'altro estremo, uno zaino straripante di oggetti inutili indica una specie di bulimia, un'introiezione confusa che l' operatore e lo psicologo possono aiutare a chiarire. Aspettando la gita, l'utente si trova a dover gestire un carico emozionale forte e nuovo: si tratta di un miscuglio di agitazione, paura, voglia di farcela, desiderio di uscire e di essere in gruppo, timore di sentirsi male, paura di allontanarsi dalla propria stanza in comunità. È per questo che, appena saliti sul pulmino, iniziano le solite domande dei pazienti "Quando arriviamo? Quanto manca? Quando mangiamo? Quando torniamo?" interrogativi che certamente rimbalzano nella testa di ogni operatore che si occupi di riabilitazione al di fuori delle mura della Comunità o del Centro Diurno. Pensare al domani e preparare lo zaino sono due passi molto importanti ed esplicativi dello stato del paziente, considerato che una delle caratteristiche evidenti della patologia psichiatrica è proprio l' assenza di dimensione temporale oltre all' oggi, all'istante. La pianificazione di una giornata presenta delle difficoltà per cui appare ancora più difficile portare la mente al domani. I giorni nelle comunità terapeutiche e nei centri diurni, per quanto siano strutture necessarie in cui inquadrare il processo di cura ed auspicabile guarigione del paziente, finiscono con l'assomigliarsi: la gita in montagna chiama al contrario una progettualità nuova da imparare e gestire, davanti alla quale l'utente ha un'importante responsabilità. Vero è che ogni paziente è libero di cambiare e mantenere la parola rinalda sia la partecipazione al gruppo, ma garantire sia la fiducia nelle proprie possibilità." Altri aspetti che l'ambiente montano facilita nell'osservazione che riguardano l'utente sono: la sfera dell'autonomia, come appunto la preparazione dello zaino, nel presentarsi con un vestire adeguato o meno alla situazione (ho visto di tutto pantalone in lino elegante, scarpe in cuoio da cerimonia, divisa da soldato della prima guerra mondiale, borse a tracolla in paglia ecc.); la sfera emotiva, paure, limiti, percezione del pericolo,

gioia, rabbia, empatia con l'altro; la sfera corporea, l'uso dei sensi, la stanchezza fisica, blocchi psico-motori; la sfera relazionale, l'isolamento (qui va un mio pensiero a M., utente, che cammina sempre in coda, con la stessa cadenza di passo in tutte le situazioni, nel suo silenzio "patologico" interrotto solo nel coinvolgerlo in qualche nostra conversazione o con la richiesta da parte sua della terapia o del caffè), socievolezza, complicità con gli altri del gruppo, rapporto con gli operatori ed infine la ripercussione degli utenti con l'ambiente naturale che li circonda, curiosità che possono riguardare la flora, in modo particolare abbiamo approfondito, anch'io personalmente, la conoscenza in campo micologico, questo con l'apporto di Fanchin, già citato precedentemente, profondo conoscitore del mondo dei funghi, suscitando parecchio interesse da parte degli utenti e con grande soddisfazione di questi, al ritrovamento di qualche bel porcino, consumato successivamente assieme, in occasione di un'uscita di più giorni nella cena; interesse anche per la fauna, abbiamo assistito ad un incontro ravvicinato direi adrenalinico con una vipera proprio vicina ai piedi di Stefano! all'eleganza del volo di un falco, al silenzioso e timido capriolo ecc.; l'interesse geografico con l'aiuto di cartine della zona in cui eravamo, la storia dei vari luoghi visitati, trincee della prima guerra mondiale, forti, lapidi, croci, cimiteri, oppure nel trovare case diroccate che raccontano storie di genti, di usi e di costumi, di vite passate, dando così un senso profondo al nostro fare, ma soprattutto al fare del gruppo, ricreando così degli interessi assopiti nella malattia, e ritrovati attraverso i molti significati che l'ambiente montano offre come un dono prezioso per tutte le persone che lo "abitano" in modo consapevole.

3.5 ESPERIENZA DI TIROCINIO

Come citato precedentemente ho effettuato il tirocinio presso l'ente "LIBRA" Società Cooperativa Sociale che si occupa di persone con problemi psichiatrici. Nata nel 1996 come Libra Piccola Società Cooperativa e solo successivamente nel 2004 denominata come sopra riportato. "Libra" gestisce servizi residenziali 5 comunità alloggio (protezione 24hx7gg) e 8 gruppi d'appartamento protetto dislocati nelle ULSS n°6,4,3. Il tirocinio si è svolto in tre diversi ambiti all'interno della cooperativa, presso la comunità alloggio "Mure" a Mure di Molvena (VI), presso lo spazio occupazionale protetto "Librart" a Dueville (VI) e all'interno del progetto "Montagna che aiuta". La comunità alloggio "Mure" è composta da un'equipe di 7 operatori, un coordinatore, un educatore, un'infermiera e uno psicologo. Attualmente vi sono ospitati 12 utenti. La struttura è ubicata in un

ampio contesto collinare, essa è costituita da due piani fuori terra nello specifico: piano terra dove vi sono disposte la stanza per gli operatori, la cucina, la sala da pranzo/riunioni, due camere a due posti letto, un bagno per gli operatori. Al primo piano sono dislocate cinque camere da letto con il servizio igienico collegato. Le attività all'interno della comunità alloggio si sviluppano attraverso una serie di momenti che mettono in campo la dimensione collettiva con il fare dato che sia i pazienti che gli operatori trascorrono il loro tempo tra riunioni, gruppi di attività, incontri, e sono costantemente inseriti in un insieme di relazioni interpersonali che ri-definiscono il loro modo di essere e di comportarsi. Con questo la comunità alloggio, ad esempio, si propone di fornire all'ospite degli strumenti personali per maturare e poi gestire i propri bisogni in rapporto a quelli degli altri individui, di cui non può sempre fare a meno, e con i quali è necessario che impari a cooperare, in modo più adeguato, nell'ambito della vita comunitaria. Le attività previste, definite settimanalmente, si sviluppano nei seguenti ambiti d'intervento: cura di sé, aspetto sanitario, attività domestiche/ cura dell'ambiente, attività di tempo libero/ momenti ludico-ricreativi, gestione dei soldi personali, autonomia negli spostamenti nel territorio. "Librart" è uno spazio occupazionale protetto dove gli ospiti sono impegnati in varie attività educative/creative e simil-lavorative che veicolano molte valenze terapeutiche. Il laboratorio è sito a Dueville, adiacente alla comunità "il Bosco" ha un'équipe di operatori, educatori, coordinati e supportati da un psicologo-psicoterapeuta. L'équipe multi professionale, ogni due settimane; coinvolge gli utenti in base alle risorse e al progetto individuale, in modo che ogni proposta sia diversificata secondo il livello personale. Le attività sono suddivise in due gruppi: attività lavorative come la falegnameria e l'assemblaggio, il cartonaggio, la lavanderia; attività creativo-espressive e artistiche come la pittura, il mosaico, le perline, il découpage, la carta riciclata ecc. secondo un programma annuale e stagionale. All'interno degli spazi occupazionali si privilegiano i seguenti aspetti: la ri-acquisizione ed il mantenimento di capacità pratiche e precisione manuale ed un progressivo miglioramento relazionale; la preparazione ad un percorso lavorativo esterno quale un tirocinio o un lavoro protetto. La scelta di svolgere il tirocinio presso questa struttura è maturata in seguito alla mia già, avvenuta partecipazione, come volontaria, a delle uscite, all'interno del progetto "Montagna che aiuta" un'esperienza molto significativa, che mi ha permesso in un contesto a me conosciuto e favorevole, di confrontarmi con una nuova dimensione quale la salute mentale, in un accompagnamento che ha assunto una veste "speciale". Nel mio progetto di tirocinio avevo individuato alcune fasi: la prima fase basata sulla conoscenza e l'osservazione delle varie dinamiche all'interno della comunità, del

gruppo utenti e dell'equipe professionale con presa visione dei vari progetti, condizione che mi ha accompagnato durante tutta la mia esperienza all'interno del tirocinio. Il prendere visione, attraverso la comprensione e l'osservazione del contesto e cioè DOVE e con CHI, è il primo passo ad un approccio di COSA poi andrai a FARE. Quell'entrare in punta di piedi nel rispetto dell'ambito in cui ti trovi per capire, un mondo nuovo, diverso e speciale in cui immergerti totalmente, sospendendo il giudizio sull'altro, entrando in una relazione di aiuto, che mi porta ad andare oltre l'identità del disagio, tenendo conto di CHI É, e cioè andare oltre quello che vediamo e riteniamo di conoscere. La seconda fase caratterizzata dall'analisi delle varie situazioni, l'individuazione dei problemi e dei bisogni, per la realizzazione di un Piano Educativo Individualizzato, si è realizzata in parte, fondamentale, all'interno della comunità, e l'aver partecipato settimanalmente agli incontri dell'equipe multi professionale, il luogo in cui ho potuto raccogliere la complessità delle varie realtà presenti e il confrontarsi tra le varie figure professionali nell'affrontare difficoltà, nel trovare una possibile soluzione, tenendo conto delle necessità di ognuno, con il contributo di tutti, in un aiuto reciproco. Interessante, è stata la presa visione dei vari progetti educativi individualizzati, con la presenza dell'educatrice che mi ha accompagnato durante questa mia esperienza da tirocinante. Ho potuto comprendere quanto complesso e lungo lavoro vi sia nel raggiungere obiettivi anche minimi e nel creare opportunità, per la realizzazione di un progetto di vita. La terza fase, l'attuazione del progetto, non si è realizzata, proprio per l'effettivo poco tempo a disposizione non sufficiente, sia per la stesura e sia per la presa conoscenza dei vari casi, non mi è stato possibile costruire un P.E.I. e di conseguenza pianificarlo.

La particolarità di questo tirocinio è di avermi dato la possibilità di entrare in diversi ambiti all'interno della cooperativa, con caratteristiche diverse tra loro e l'opportunità di conoscere e confrontare i vari aspetti della quotidianità all'interno di una comunità.

Presso la comunità "Mure" ho potuto osservare e partecipare all'organizzazione giornaliera della vita di comunità, dal riassetto delle camere, alla preparazione del pranzo o della cena, la lavanderia, le spese per i prodotti di necessità personali, attività ludico/ricreative ecc.. tutto questo suddiviso in turni ben precisi fra gli utenti precedentemente organizzati, condivisi e accolti. Il mio fare all'interno di "Librart" è stato quello di condividere la realizzazione degli oggetti lavorando assieme agli utenti, nell'ascolto, nel relazionarmi e nell'osservazione delle varie dinamiche che si venivano creare all'interno di questa dimensione collettiva, nel dividersi i compiti, lavori, nella gestione del tempo a disposizione, nell'acquisizione di una consapevolezza e responsabilità del proprio fare. Ed

infine ma non per ultimo di importanza, la mia partecipazione all'interno del progetto "Montagna che aiuta" un'esperienza per me fondamentale, cui avevo già precedentemente preso parte, esperienza che mi ha dato l'input per poi scegliere questo cammino in ambito psichiatrico, attraverso un accompagnamento speciale, dentro ad un contesto non medicalizzato come è la montagna. Un cammino dove ho potuto osservare e condividere emozioni quali, gioia, rabbia, paura, nelle varie sfaccettature della malattia psichiatrica e ancora nell'accogliere attraverso l'ascolto, i bisogni, i desideri, nel percepire la sofferenza, nell'individuare risorse individuali e dinamiche all'interno del gruppo, in un aiuto reciproco e di complicità. Tutto questo attraverso l'ascolto, un ascolto di parole ma anche di silenzi, dove il fare dell'educatore, come una pianta, deve affondare le sue radici, solo così è possibile entrare in una relazione di aiuto, di fiducia reciproca, nella comprensione dell'altro per la realizzazione di un possibile progetto di vita.

Concludendo, le mie aspettative da questo tirocinio si sono realizzate in parte, sicuramente l'aspetto umano/relazionale, sia da parte delle altre figure professionali, ma soprattutto nei confronti degli stessi utenti si è rivelato l'aspetto più evidente, questo nel avermi accolto e permesso di entrare in questa realtà di vita in comunità, regalandomi momenti significativi e racconti di vita personale carichi di emozioni, di sogni, di necessità. L'aspetto un po' più carente, in questa mia esperienza, è stato l'aspetto dell'attuazione del fare dell'educatore, esempio nell'elaborare e concretizzare un piano educativo individualizzato. Comunque, è stata un'esperienza che mi ha arricchito sia sotto l'aspetto professionale ma soprattutto, sia sotto l'aspetto umano.

A proposito di ascolto.....

" Chi non comprende il tuo silenzio probabilmente non capirà nemmeno le tue parole " Elbert Hubbard

3.5.1 Diario di Bordo: uscita di montagnaterapia

La partenza è prevista per le 9,30, il ritrovo presso la comunità "Borgo Antico" a Marostica la sede dove lavora Stefano responsabile del progetto "Montagna che aiuta". Da oggi sono ufficialmente in veste di tirocinante, avevo già partecipato a delle uscite come volontaria. Dunque la mia presenza era già stata precedentemente notata. Assieme viene anche un' altro operatore Alessandro che partecipa al progetto già da diversi anni. Normalmente vi è la partecipazione minima di due

operatori, l'altra operatrice che si alterna alle uscite è Alice. Affrontare questa particolare esperienza, mi dà molta sicurezza, la presenza di operatori, con una notevole conoscenza delle varie dinamiche che si possono presentare durante tutto l'arco della giornata. Sarà sicuramente per me una preziosa fonte di apprendimento nell'osservare chi opera in "campo" giorno dopo giorno. La giornata non si presenta tra le migliori sotto il punto di vista del meteo (l'uscita si fa con qualsiasi tempo),probabilità di piogge in arrivo,così apprendo da Stefano delle diverse disertazioni da parte degli ospiti. Il gruppo sarà un po' più ristretto del solito, normalmente è di 8-9 persone a rotazione, chi è sempre presente e chi invece è meno costante, conforme la "voglia", lo stato di salute, o quant'altro. Dalla comunità "Borgo antico"viene F. un ospite che si avvale di una buona costanza nelle uscite. F. qualche tempo prima mi aveva rivelato che venendo in montagna, la paura di affrontare passaggi, come ad esempio attraversare il guado di un torrente, l'aveva superata, allora per lui impossibile, dimostrandomi grande soddisfazione mentre me lo comunicava. Presso la comunità "il Bosco" a Dueville (VI) troviamo gli altri utenti che parteciperanno all'uscita. L'itinerario per la giornata è nella zona nord-ovest di Fiera di Primiero (TN). Arriviamo alle 12,00 circa, breve sosta per il pranzo a sacco, pausa sigaretta molto desiderata! e cambio calzature, scarponi adeguati alla situazione. Il tempo stà dalla nostra parte. Gli utenti presenti, partecipano già da diversi anni alle uscite , osservo che si destreggiano con naturalezza nell'affrontare la giornata, cominciando fin dalla mattina nel vestirsi in modo adeguato alla situazione, nel preparare lo zaino e i propri viveri. Un altro particolare che ho notato è la gestione della terapia (farmaci) che assumono nell'arco della giornata, la gestione naturalmente è affidata agli operatori, ma con responsabilità da parte degli utenti che questa non venga dimenticata,e soprattutto che venga assunta. Altra importante direzione sono le sigarette, che, come si sa all'interno del contesto psichiatrico, assumono significati molto particolari. Osservo, che vi è una responsabilità acquisita, da parte degli utenti, con delle regole, nel decidere durante tutta la giornata dei momenti sul consumo di queste. Il cammino si snoda tra boschi, prati, sentieri, mulattiere,con il piacevole accompagnamento , da parte di Stefano nel renderci partecipi su quello che ci circonda, l'aspetto geografico, geologico, la flora, la fauna, la storia con i vari insediamenti umani che incontriamo "cammin facendo". Mi piace osservare, le dinamiche del gruppo in cammino, come si snoda, l'inizio, la testa, il centro la pancia e il fine la coda. Nel mantenere sempre la stessa posizione, da parte da parte di alcuni utenti, la stessa distanza, anche in caso di dispersione o diluizione. Nel rallentare, quando qualcuno accusa stanchezza, nel confortarsi vicendevolmente al raggiungimento di una possibile meta, in un aiuto

reciproco. Questo cammino, fatto di osservazione, di ascolto, di relazione, nel pormi da interlocutore con i “ragazzi”, nell’affrontare insieme questa esperienza, condividendo, stanchezza, gioie, stupore, risate, paure, un accompagnamento “speciale” e unico, che mi arricchisce sia, sul piano professionale, sia, soprattutto su quello personale. D., un’utente un pò più problematico degli altri, molto ansioso, ad un certo punto, mi confida che ha paura di ciò che non conosce, come appunto il luogo in cui ci troviamo, e chiede insistentemente, rivolgendosi agli operatori, di poter prendere delle gocce di terapia che lo possa rilassare, io non conoscendo la situazione cominciavo a preoccuparmi, ma nello stesso tempo noto, che, sia gli operatori che conoscevano bene il soggetto, sia gli stessi utenti, non davano tanto peso, anzi i ragazzi lo riprendevano nel dirgli che si lamenta sempre! tutto questo rientrava nella “normalità” e comunque si risolveva sempre senza problemi. Dopo averci riempito gli occhi delle meraviglie che ci circondano, siamo arrivati in centro a Fiera, fermandoci a visitare la “vecchia” Pieve, bellissima chiesa in stile gotico, con grande trasporto di R., su di lui, tutto quello che riguarda l’aspetto religioso, ha un effetto particolare. Una breve pausa in centro, con l’acquisto, da parte di Stefano, di libri con itinerari montani per le prossime uscite. Prima di ripartire per il rientro ci si ferma di rito a mangiare il dolce, qualche volta preparato dagli stessi utenti. L’arrivo in comunità, è per le 19 circa, orario fissato per la cena, ci salutiamo dandoci appuntamento, con interesse da parte degli utenti, se ci sarò alla prossima uscita.



Altissimo di Nago (TN)



Altissimo di Nago (TN)

CONCLUSIONI

Abbiamo visto come l'approccio alla disabilità e alla salute mentale abbia subito profonde trasformazioni nell'arco dei secoli. Questo grazie a persone che hanno avuto il coraggio di cambiare avendo una visione che andava oltre a quello che si proponeva assumendo quel credere per vedere e non viceversa. Partendo dal giovane medico, Itard che avviò la sua azione educativa nei confronti di Victor non impostata soltanto sulla trasmissione di nozioni, "bensì come smantellamento di determinati bisogni legati alla vita naturale precedente e come instaurazione di nuovi bisogni e di determinate abitudini connesse con la nuova vita sociale". Al di là della metodologia che egli mette in campo e che sarà alla base della nascente scienza dell'educazione, "è soprattutto il fatto che egli abbia deciso di farsi carico dell'educazione del giovane sauvage e di immaginare questa come possibile". Immaginazione che ha sviluppato qualche secolo dopo, non lontano dai giorni nostri, Franco Basaglia, sviluppando un approccio innovativo e controcorrente verso la salute mentale. Inseguendo "il vento della contestazione, a partire dagli anni 60' del secolo scorso, che iniziava a soffiare forte in Europa mettendo in crisi tutti gli aspetti della vita economica, sociale e culturale. In particolare viene messo in discussione tutto ciò che ha a che fare con l'autorità, nella famiglia, nelle istituzioni, nel rapporto tra uomo e donna. Le immagini della disabilità fino ad allora del " bambino da proteggere" e del " malato da curare" vengono messe in crisi dal nuovo sistema di valori emergente. In particolare viene posto in discussione il modello medico e le modalità spesso segregative dell'assistenza ad esso collegate". Dopo lunghe battaglie sia sul piano burocratico sia soprattutto verso il pregiudizio e la paura nei confronti della malattia mentale si arriverà grazie al contributo di Basaglia e dei suoi collaboratori, alla chiusura definitiva, a fine anni settanta, dei manicomi. Restituendo dignità, diritti, una vita sociale, affetti a queste persone altrimenti abbandonate in questi luoghi spersonalizzanti. "Si modifica il ruolo dei "tecnici" che progressivamente passano da attività di custodia e di assistenza ad attività di facilitazione, di mediazione, di accompagnamento". Educazione e cioè il "prendersi cura di", non solo l'aspetto medicalizzato che individua i limiti nel deficit della persona, ma il mettere in campo tutti quegli aspetti che si sviluppano all'interno della relazione di aiuto autentica nel segno del rispetto e del riconoscimento reciproco, creando un clima favorevole alla crescita della persona. A seguito della mia esperienza di tirocinio con utenti psichiatrici ho maturato una riflessione, sulla possibilità di

vita nella malattia mentale, se non ci fosse stato chi avesse dato loro una voce e avviato una serie di trasformazioni toccando la sfera degli aspetti sociali, culturali, politici ed economici. Il mio pensiero va a Franco, Michele, Valentino, Daniela, e a tutti gli altri, con i loro desideri, sogni, affetti, la consapevolezza della malattia vissuta accompagnata da una grande sofferenza, ma con la possibilità di essere aiutati e di poter migliorare il loro vivere, tra cui la montagnaterapia e tante altre attività di aiuto al superamento di questo malessere fisico e mentale. Ma a quanti Franco, Michele, Valentino, Daniela ecc...è stata negata la possibilità di una vita dignitosa, come un vuoto a perdere pieno di speranze, desideri, sogni.....da una canzone di Gaber *I, as a person*:

“Ma io ci sono,come persona,
come persona io ci sono ancora
con tutti i miei sentimenti,
con tutti i miei sentimenti più profondi
io ci sono, io ci sono
con la mia indignazione,
con la mia rabbia,
io ci sono ancora,
io ci sono ancora con la mia voglia di cambiare
io ci sono ancora,con la mia fede io ci sono,
con la mia fede io ci sono ancora.
Io sono ancora qui
Io come persona ci sono
Io come persona ci sono ancora
Io ci sono, io ci sono
Come persona,come persona
Io ci sono.”

BIBLIOGRAFIA

- ATTENASIO L., (a cura di), *Fuori norma la diversità come valore e sapere*, Roma, Armando Editore, 2000.
- BASAGLIA F., *Conferenze brasiliane*, 1979, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- BAUMAN Z., *Modernità e Olocausto*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- BERTOLINI G., MASSA R., (a cura di), *Clinica della formazione medica*, Milano, Angeli, 1997.
- BIZZARRI V., *Il mio cuore-mente insieme a loro: riabilitazione nel setting montano di un gruppo di Utenti psichiatrici*, Roma, Università La Sapienza, Facoltà di Psicologia, Tesi, Corso di Laurea Specialistica ‘ Diagnosi e riabilitazione cognitiva, 2009.
- BOFF L., *Il creato in una carezza. Verso un etica universale. Prendersi cura della terra*, Città di Castello, Cittadella Editrice, 2000.
- CALDIN PUPULIN R., *Introduzione alla pedagogia speciale*, Padova, Cleup, 2001.
- CANEVARO A., CHERIGATTI A., *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Roma, Carrocci, 1999.
- DELL'ACQUA PEPPE, *Fuori come v'è? Famiglie e persone con schizofrenia*, Roma, Editori Riuniti, 2003.
- FOUCAULT M., trad.it, *L'ermeneutica del soggetto*, Milano, Feltrinelli, 2003.
- FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1998.
- GASPARI P., *Avere cura. Pedagogia speciale e territori di confine*, Milano, Guerrini e Associati, 2002.
- GAUDREAU J., *Itard e il «sauvage» dell'Averyon. La ricerca convergente di un'identità*, in Canevaro A., Gaudreau J., *L'educazione degli Handicappati. Dai primi tentativi alla pedagogia moderna*. Nis, 1989.
- GOFFMAN E., *Asylums Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Biblioteca Einaudi, 1961.
- GREGORIS A., *La montagna come risorsa educativa: un approccio alla complessità e un percorso di ricerca*, Padova, Università degli studi di Padova, Tesi, Facoltà di Scienze della Formazione, 2000.

- HEIDEGGER M., (1927), *Sein und Zeit* ,trad.id., *Essere e tempo*, VERDEGGIERÁ M.,Milano, Longanesi,1976.
- LEPRI C., *Viaggiatori inattesi. Appunti sull'integrazione delle persone disabili*, Milano, FrancoAngeli, 2011.
- MAYEROFF M., *On caring*, New York, Harper Collins Publishers,1990.
- MONTOBBIO E. LEPRI C., *Chi sarei se potessi essere. La condizione adulta del disabile mentale*, Tirrenia, Edizioni del Cerro, 2000.
- MORTARI L., *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori, 2006.
- MONTUSCHI F., *Competenza affettiva e apprendimento dalla alfabetizzazione affettiva alla pedagogia speciale*, La Scuola, 1993.
- MOSCOVICI S., *Psicologia delle minoranze attive*, Torino, Boringheri, 1981.
- MORAVIA S.,*Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron*, Roma-Bari, Laterza, 1972.
- NODDINGS N.,*Caring a Femmine. Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley, 1984.
- ORLANDO CIAN D., *Introduzione ad una epistemologia dell'educazione*, Padova, Cleup, 1999.
- PAOLINI M., *Ausmerzen, vite indegne di essere vissute*, Torino, Einaudi, 2012.
- PICCIONE R., *Manuale di psichiatria*, Bulzoni, 1995.
- PILERI I., *La relazione di aiuto nel caso di disabili motori in seguito ad amputazione: il centro protesi INAIL di Vigorso di Budrio*, Bologna, Università di Bologna, Facoltà di Scienze della formazione, Tesi di laurea, 2007.
- PLATONE,*Tutti gli scritti*,Milano, Bompiani,2000.
- ROMANO G. R., *Il gioco come tecnica pedagogica di animazione*, Lecce, Pensa multimedia, 2004.
- ROGERS,*Terapia centrata sul cliente*,Firenze, La Nuova Italia, 2001.
- SAGLIO G. ZOLA C., *In su e in sé*, Torino, Priula & Verlucca, 2008.
- SCARAMUZZA S., *La montagna come terapia, una nuova metodologia per la riabilitazione in psichiatria*, Rovereto, Tesi di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, 2003-2004.
- SCLAVI M., *L'arte di ascoltare e mondi possibili*, Milano, Bruno Mondadori, 2003.
- SENECA LUCIO A.,*Lettere morali a Lucilio*,Milano,Arnoldo Mondadori ,2004.

WINNICOT DONALD W., *I bambini e le loro madri*, Milano, Raffaello Cortina, 1987.

Materiale Grigio

COOPERATIVA LIBRA, Carta dei Servizi.

BUONO G., *Versante Riabilitativo: esperienze di Montagnaterapia*, Atti convegno, Montagna Solidale: i versanti della Montagnaterapia, Pomezia, 2009.

DI BENEDETTO N.G., *Dimensioni terapeutiche del gruppo: quale gruppo?*, Atti convegno, Sentieri di salute: la montagna che cura, Bergamo, 2010.

FANCHIN S., *Montagnaterapia in Cooperativa Libra*, Atti convegno, Montagnaterapia e Psichiatria, 2005.

FANCHIN S., intervento al convegno, Natura, biodiversità e diversa abilità, Forlì, 2010.

GIARELLI G., *Il mostro, il peccatore e l'anormale, in Setting riabilitativi con gli adolescenti handicappati*, USL 9, Reggio Emilia, 1992.

SCOPPOLA G., atti del convegno, Montagna Solidale: i versanti della montagnaterapia, Pomezia, 2009.

Sitografia

<http://www.montagnaterapia.it>

<http://www.sopraimille.it>

<http://www.triestesalutementale.it>

<http://www.inail.it>

RINGRAZIAMENTI...

I primi in assoluto sono alla mia famiglia, per il sostegno e per avermi supportato e sopportato! In tutti questi anni, un grazie ai miei genitori per tutto quello che hanno potuto darmi ed un pensiero affettuoso a tutti gli amici che hanno fatto parte, ognuno con la propria modalità, a questa mia esperienza. Un grazie a Martina, compagna di corso, per tutte le cose fatte assieme, grazie a tutti i professori, in particolare alla professoressa Cesaro per la sua disponibilità e cortesia nell'avermi seguito nella stesura della tesi. Un grazie va al Dott. Stefano Fanchin per la sua preziosa presenza nelle uscite di montagnaterapia, nell' avermi dato la possibilità di partecipare attivamente in questo progetto, per l'accoglienza ricevuta e per tutto il materiale procurato nella composizione della tesi. Un grazie alla cooperativa Libra e a tutte le persone che mi hanno accompagnato durante tutto il tirocinio. Non per ultimi, un grazie a tutti i ragazzi del gruppo "Campobase " con cui ho condiviso momenti importanti, nell'andar per monti, tra salite e discese, grazie per avermi dato la possibilità di vivere un'esperienza particolare ed emozionante, unica, soprattutto sotto il profilo umano.

Dedico questo mio scritto a tutti gli invisibili, agli ultimi e a chi non ha avuto voce....

