

I pregiudizi, tra passato e presente, nel contesto psichiatrico del Club '74

Studente/essa

Martina Croce

Corso di laurea

Bachelor

Opzione

Lavoro sociale

Progetto

Progetto di tesi



Luogo e data di consegna

Manno, 13.07.2021

Fonte immagine: Scott D. (1840). Filottete lasciato sull'isola di Lemno dai greci nel loro passaggio verso troia. National Galleries of Scotland (United Kingdom, Edinburgh). <https://wikioo.org/it/paintings.php?refarticle=AQTV66&titlepainting=Philoctetes%20Left%20on%20the%20Isle%20of%20Lemnos%20by%20the%20Greeks%20on%20their%20Passage%20Towards%20Troy&artistname=David%20Scott>

“Essere curiosi coincide con l’aver cura di tutto, con quell’atteggiamento per il quale non si operano distinzioni, non si fanno selezioni, non si scarta a priori nulla dalla propria visuale, neppure il minimo particolare... a partire dagli spunti più esili”¹

Vorrei ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato e sostenuto nella stesura di questo lavoro, gli amici, i familiari e la mia docente di riferimento. Ma soprattutto un grande grazie per la disponibilità, l’umiltà, l’apertura, l’accoglienza e il sostegno che i membri del Club '74 e i colleghi del Servizio di socioterapia hanno dimostrato durante lo sviluppo di tutto il progetto. Senza di voi tutto questo non sarebbe stato possibile, vorrei quindi dedicarvi l’intero lavoro.

“L’autrice è l’unica responsabile di quanto contenuto nel lavoro”

Paolo Buletti (2019). Scuola ticinese. Stereotipi, pregiudizi. *Periodico della Divisione della scuola Dipartimento dell’educazione della cultura e dello sport*. Anno XLVIII – serie IV, N. 335, p. 32.

Tesi di Bachelor. Martina Croce, *Il pregiudizio in un contesto psichiatrico: il Club '74 (OSC, Mendrisio)*.

Abstract

Il pregiudizio legato ad un comportamento o ad una patologia rilevanti da un profilo psichiatrico accompagna la storia del pensiero umano da quando è maturata una consapevolezza in tal senso. Influenzato dai valori dominanti e da un determinismo sociologico plasmato dalle differenti epoche, questi preconcetti hanno influenzato il rapporto tra i cosiddetti 'normali' e gli individui che si scostano dai paradigmi comportamentali imposti dalla mentalità collettiva. Per comprendere come il pregiudizio si sia modificato nel tempo, è stato necessario ripercorrere alcune tappe significative che hanno caratterizzato la storia della psichiatria, attraverso fonti bibliografiche e testimonianze raccolte dai colleghi del servizio di socioterapia. È stata rilevata l'importanza dei pensieri stereotipati, dei luoghi comuni e delle paure che hanno caratterizzato e influenzato la mentalità collettiva e il comportamento della società a tal proposito. Un'analisi del rapporto fra la società, le figure curanti e la percezione di ciò che viene definito "diverso" ha reso possibile comprendere le ragioni che sottostavano e sottostanno tutt'ora ai giudizi riservati alle persone con un disagio psichico. Ho in seguito esposto le metodologie utilizzate nell'approccio con le persone in difficoltà fino ai giorni nostri, evidenziando i cambiamenti, le conquiste e i costanti rischi ad esse connesse. Il paragone fra passato e presente diventa utile per evidenziare i cambiamenti avvenuti e per mantenere accesa e attiva la riflessione su questi argomenti. Poiché la storia della psichiatria risulta comunque un tema molto ampio e complesso, ho ritenuto opportuno fare riferimento ad un luogo specifico per circoscrivere e rendere più chiaro il contesto di riferimento, vale a dire il Club '74 e il Servizio di socioterapia di Mendrisio. In particolare sono stati approfonditi gli approcci, le metodologie e le teorie che tale servizio cerca di promuovere e custodire costantemente. Per rendere più concreto il lavoro della socioterapia in termini di inclusione e di contrasto verso la stigmatizzazione, ho valutato alcuni casi esemplari di incontro fra la società e i pazienti psichiatrici che frequentano gli spazi del Club '74². Questa indagine è caduta in un momento particolare fortemente condizionato dalla pandemia. È importante tenerne conto, evidenziando i cambiamenti rispetto alle metodologie e agli approcci utilizzati nel lavoro con le persone, intervistando direttamente chi lavora sul campo e che ha potuto vivere in prima persona le inevitabili trasformazioni rispetto al tema dell'esclusione. L'indagine esplorativa, messa in pratica con il *Gruppo parola* è allo stesso tempo servita a stabilire un confronto fra percezione personale della realtà e le informazioni più teoriche assunte dalla bibliografia. Il materiale raccolto da questi scambi comunicativi diventa dunque fonte a cui gli operatori possono attingere per migliorare l'efficacia delle risposte rivolte ai bisogni. Infine ho approfondito i legami, fra il contesto di questa esperienza e la condizione universale di incertezza che caratterizza la nostra contemporaneità. Una valutazione del lavoro sociale di comunità ha permesso di appurare che la società in generale, e quindi non solo chi ha un disagio psichico, sta effettivamente vivendo un periodo in cui le sicurezze e la soggettività dell'essere umano sono fortemente messe in discussione, generando incisive ripercussioni a livello psichico.

² Art. 3. "Sono membri di diritto del Club gli utenti ed ex utenti (in seguito utenti) delle Unità terapeutiche-riabilitative, di quelle abitativo-ricreativo e delle altre Strutture e Servizi dell'OSC e gli operatori OSC" (LASP 806.100, 1999, art.3).

Sommario

1. Introduzione	1
2. La psichiatria istituzionale	3
2.1. La storia della psichiatria.....	3
2.2. La situazione attuale dall'esordio a oggi	6
3. Il contesto di riferimento	7
4. La psicoterapia istituzionale	12
5. Pregiudizi e rappresentazioni sociali.....	13
6. L'esperienza empirica	17
6.1. Il gruppo parola	17
6.2. Principali risultati emersi	19
6.3. L'utilità delle informazioni raccolte per l'operatore sociale	26
7. Conclusioni.....	29
8. Bibliografia	36
9. Sitografia	37
10. Allegati	39
10.1. Allegato 1 - Organigramma OSC	39
10.2. Allegato 2 - Organigramma servizio di socioterapia e Club '74.....	40
10.3. Allegato 3 - Formalizzazione attività/intervento.....	41
10.4. Allegato 4 - Club '74 luogo di contatto.....	43
10.5. Allegato 5 - Domande traccia interviste	45
10.6. Allegato 6 - Intervista 1	46
10.7. Allegato 7 - Intervista 2	63
10.8. Allegato 8 - Ambra: tra globalizzazione e universalismo.....	74
10.9. Allegato 9 – Autostigmatizzazione	75
10.10. Allegato 10 - Alcuni esempi concreti di inclusione	76

1. Introduzione

In questo lavoro di Bachelor vengono approfondite le rappresentazioni sul tema della marginalizzazione sociale del paziente psichiatrico che frequenta gli spazi del Club '74³. Studiando il vissuto di alcuni membri di questa associazione mi propongo di verificare l'importanza che la conoscenza delle diverse esperienze individuali assume per il lavoro educativo e per l'esistenza dei membri del Club stessi. Questi obiettivi saranno contestualizzati e integrati in una prospettiva storica. Le domande che mi sono poste sono le seguenti: una persona che viene ricoverata in un reparto psichiatrico, una volta dimessa, sarà accettata e accolta dal resto della società? Come si sente una persona che riceve una diagnosi psichiatrica in rapporto al resto della popolazione? Si sente inclusa oppure percepisce meccanismi di esclusione e stigmatizzazione da parte della società? Quali risorse e quali interventi da parte dell'operatore sociale possono favorire l'inclusione di queste persone?

Il tema dei pregiudizi mi ha coinvolta fin dall'inizio dello stage, infatti, attraverso diverse discussioni con i membri del Club è emersa, in modo informale ma evidente, la delicatezza e l'entità dei temi legati ai pregiudizi. Questi confronti mi hanno interessato al punto che ho deciso di approfondire l'argomento, coinvolgendo le persone stesse. Credo che, in qualità di futura operatrice sociale, comprendere il funzionamento di tali meccanismi mentali sia estremamente utile per adeguare i diversi interventi, considerando la letteratura di riferimento, ma pure considerando il punto di vista delle persone in questione. Accanto alla descrizione delle implicazioni sociali e culturali che influenzano i luoghi comuni in questo ambito, è risultato opportuno prevedere un confronto fra una prospettiva storica e la rappresentazione individuale del tema da parte delle persone con un disagio psichico che ho incontrato. La prima parte è stata approfondita attraverso fonti bibliografiche, mentre i capitoli che coinvolgono le persone sono stati oggetto di una ricerca empirica sviluppata attraverso un focus group. Per raggiungere l'obiettivo di ricerca è stato dunque creato un gruppo di parola, al quale hanno partecipato alcuni dei membri del Club '74: nei diversi incontri sono stati trattati i fenomeni collegati all'esclusione sociale determinata dalla percezione di un disagio psichico. Ognuno ha quindi potuto esprimersi rispetto al tema in questione, che è risultato di interesse comune: è stata offerta la possibilità di comprendere se tali rappresentazioni sociali, legate all'ambito psichiatrico, sono ancora attendibili e se sono mutate nel tempo.

Definire il contesto di riferimento è risultato importante, in quanto la cultura di una società influenza in modo importante il modo di interpretare i diversi giudizi, così come i diversi significati e le diverse spiegazioni che si possono ad essi attribuire. Ho avuto l'opportunità di svolgere lo stage dell'ultimo anno di Bachelor presso il Servizio di socioterapia⁴, inserito negli

³ Il Club 74 (in seguito Club) è un'associazione a carattere socioterapeutico, culturale e ricreativo, senza scopi di lucro all'interno dell'OSC. Sito del Club '74 (<https://www.club74.ch/chi-siamo/statuti.html>).

⁴ Forma di psicoterapia che persegue l'attenuazione dei disturbi mentali mediante l'inserimento del malato in un gruppo sociale costituito in modo da essere di per sé un fatto terapeutico. (<https://www.treccani.it/enciclopedia/socioterapia/>)

spazi del Club '74 del parco di Casvegno: la conoscenza dei presupposti storici, terapeutici ed etici, che hanno ispirato la sua nascita, è risultato utile per conoscere questo specifico ambiente. Ripercorrere le diverse tappe evolutive di tale servizio è stato essenziale: ho indirizzato l'attenzione sui diversi cambiamenti avvenuti, fino all'esordio della psicoterapia istituzionale, nata in Francia grazie allo psicanalista Jean Oury e portato alle nostre latitudini dallo psichiatra François Tosquelles. Questi capitoli sono stati redatti grazie alle informazioni raccolte dalle interviste svolte con Mauro Durini, coordinatore del Servizio di socioterapia, e con Manolo Lacalamita, animatore socioculturale. I due interlocutori hanno fornito preziosi spunti di riflessione che hanno guidato la mia ricerca, considerati i limiti dell'indagine ho comunque deciso di privilegiare i capitoli legati alla ricerca empirica. Mi è parso importante relazionare i contenuti esposti in un quadro normativo e istituzionale che coinvolge i diritti umani fondamentali confermati dal sistema legislativo: le leggi, istituite nel tempo, sono state fonte di grandi conquiste per combattere l'esclusione. Ne citerei due essenziali: l'introduzione della *Dichiarazione dei diritti umani* nel 1948 e a livello cantonale, integrata nel contesto dell'OSC di Mendrisio e la *Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)* del 1999. La trasformazione dei riferimenti normativi ha permesso di comprendere l'evoluzione della società nel corso degli anni. Il Servizio di socioterapia è parte integrante dell'attuale Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, la descrizione del contesto deve pertanto includere le diverse tappe variabili che hanno segnato la vita di tale ente: limitarsi al Club '74 sarebbe risultato riduttivo. Per questo motivo è stata approfondita l'evoluzione dell'OSC, del Club '74, del Servizio di socioterapia e della Psicoterapia Istituzionale. In un secondo tempo è stato importante aggiornare il discorso: attraverso la metodologia del focus group è stato possibile approfondire i punti di vista delle persone che vivono attualmente un disagio psichico. È stato importante riflettere sugli elementi emersi dalle interazioni per poter sviluppare delle considerazioni legate al lavoro dell'operatore sociale. Il punto di vista delle persone con cui il professionista lavora diventa estremamente importante per poter adattare i diversi interventi in funzione di ciò che pensano e percepiscono le persone con cui lavora. Solo in questo modo è possibile garantire un approccio adeguato e funzionale ai bisogni e alle rappresentazioni delle persone stesse. Infine ho allargato la prospettiva considerando la dimensione sociale e comunitaria. Infatti le modalità di intervento del Servizio di socioterapia si ispirano sulla seguente affermazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità: "uno dei "determinanti" di salute mentale, cioè dei fattori su cui possiamo incidere per migliorare il nostro star bene con noi stessi e con gli altri, è proprio dato dal miglioramento della qualità dei rapporti interpersonali" (<https://www.club74.ch/chi-siamo/mission>). Affermazione che viene ripresa anche dalla *Legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI)* su cui si basano l'OSC, i Centri diurni e i Club. In particolare l'articolo 74 LAI afferma che "l'assicurazione assegna aiuti finanziari ad organizzazioni [...] per l'aiuto agli handicappati attive a livello nazionale o nelle regioni linguistiche per promuovere l'integrazione sociale degli handicappati, affinché questi possano partecipare in modo autonomo e responsabile alla vita sociale" (LAI 831.20, 1959, Art. 74). Per questo motivo, presso il Club, sono promosse delle relazioni interpersonali in una struttura protetta. D'altra parte questi principi si possono facilmente ampliare, rendendoli parte di un discorso più collettivo: in effetti i legami sociali influenzano il benessere e la salute di tutti gli individui e non solo di chi vive una situazione di disagio psichico, riflessione che è stata approfondita nel capitolo conclusivo.

2. La psichiatria istituzionale

Per comprendere gli approcci e le modalità di lavoro a cui fa attualmente riferimento l'educatore sociale in ambito psichiatrico nel contesto lavorativo del Club '74, risulta opportuno far riferimento ad alcuni dei passaggi fondamentali che hanno caratterizzato la storia della psichiatria. Infatti solo approfondendo le conquiste e i cambiamenti che si sono verificati nel corso degli anni, è possibile dare un senso a ciò che possiamo osservare oggi nel lavoro con le persone con disagio psichico, considerando inoltre la relazione con il resto della società. Per redigere questo capitolo mi sono avvalsa di alcuni documenti forniti sia dal coordinatore del Servizio di socioterapia Mauro Durini (2020), sia dal docente Lorenzo Pezzoli (2019), responsabile del modulo «Salute Mentale» della SUPSI. Ho inoltre trovato pertinenti la pubblicazione di Basaglia F. (1968). *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico*, *L'introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria* di Civita A. (2005), *L'introduzione alla psicopatologia dell'adulto* (Pewzner, 2002) e la raccolta di testimonianze dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (Callegari, 1998). Proprio perché l'educatore non possiede degli strumenti di lavoro universali, come un pittore con i pennelli, risulta necessario evidenziare come esso debba fare affidamento a se stesso, alle capacità di avere cura⁵ delle persone, ai suoi valori e alla sua professionalità. Detto ciò, diventa evidente quanto la modalità di lavoro dell'educatore e quindi il rapporto con gli utenti, ampliando lo sguardo, risultino strettamente legati alle ideologie, ai luoghi comuni, alle necessità, alle paure, ai modi di vedere e di percepire il paziente della popolazione in senso più generale. Tutto ciò influenza, di conseguenza, i processi di inclusione ed esclusione delle persone che necessitano una presa a carico.

2.1. La storia della psichiatria

In Ticino i luoghi di cura per le persone con disagio psichico non hanno una lunga esistenza, seppur essa risulti particolarmente complessa e ricca di cambiamenti: solo alla fine del 1800 è stato istituito il cosiddetto Manicomio cantonale. Al principio le persone ricoverate erano fonte di vergogna, una maledizione. Come espresso da Mauro Durini (*Comunicazione personale*, 2020), chi recava danno veniva imprigionato, chi non era pericoloso non aveva accesso ad alcuna cura. Nel 1882 viene stabilito un contratto con l'Ospedale psichiatrico di Como, il quale accoglieva i pazienti residenti in Ticino e solo nel 1895 il Gran Consiglio ha dato il via alla costruzione del Manicomio cantonale presso la città di Mendrisio, inaugurato due anni dopo. Il termine "manicomio" viene utilizzato fino al 1932, mutando poi in Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) fino al 1993. Un passaggio importante che ha dato il via ad un sentimento di umanità verso le persone che necessitavano di un sostegno in quanto,

⁵ "Avere cura" non è "curare", non è un gesto asettico ma presuppone cortezza, attenzione, tempo, umanità, empatia, interesse e accompagnamento. (Pezzoli, *Comunicazione personale*, 2019. 000_05_Extra_2019.pdf)

per la prima volta, è stata presa in considerazione la loro situazione. La struttura ha inizialmente accolto 120 dei pazienti che erano stati trasferiti a Como e si basava su una struttura a villaggio, idea che cercava di contrastare l'immagine di una struttura unica e centralizzata, isolata dal resto della società. Goffman (1978) in *Asylum* definisce tali strutture come «luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - escluse dalla società per un considerevole periodo di tempo - dividono una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato» (Loriga S., *Comunicazione personale*, 2018). Il villaggio invece era auto-sufficiente, al suo interno vi erano una panetteria, una fattoria, una chiesa: il progetto cercava di proporre un ambiente che fosse accogliente, inoltre la presenza di più strutture permetteva di suddividere i pazienti secondo le diverse casistiche. Nonostante questa prima rivoluzione, appare evidente come un modello a villaggio non sia un modello che favorisca l'inclusione dei pazienti, piuttosto li reclude in uno spazio, seppur forse più ampio, che non favorisce alcun contatto con l'esterno. Questo principio venne poi abbandonato, in quanto la società faticava ad accettare che queste persone vivessero con tutte le comodità; da luogo di cura diventa dunque luogo di custodia per lo Stato e per le famiglie. In quest'epoca la malattia mentale era poco conosciuta, mancavano sul territorio i servizi che potevano aiutare e sostenere le famiglie confrontate con queste situazioni e i comportamenti dei pazienti non erano comprensibili dal resto della società. La paura del diverso, di ciò che sembra lontano dalla nostra realtà, di ciò che ci è sconosciuto e incomprensibile porta ad un ulteriore allontanamento della fonte di tali angosce e quindi del paziente psichiatrico. Come affermava Basaglia (1968), la malattia psichiatrica "non è un concetto elastico e discutibile ma qualcosa di fisso e strettamente legato ai valori del medico e della società rappresentanti" (p. 176). Colui che risulta diverso comporta spesso, ancora oggi, dei timori, basti pensare alle continue restrizioni rispetto all'immigrazione. Per "diverso" si intende "persone che per qualche aspetto, carattere o manifestazione, escono da quella che è tradizionalmente considerata la condizione normale" (<https://www.treccani.it/vocabolario/diverso/>).

Questo fenomeno di esclusione può essere spiegato in termini di identità personale. L'essere umano infatti, sin dalla nascita, cerca di creare una sua identità facendo riferimento alla cultura del suo paese, interiorizzando modi di pensare, di vivere, di comunicare tipici di tale località di riferimento. Tutto ciò che risulta diverso da questi elementi diventa una minaccia per la propria identità e quindi per le proprie certezze. Questo stato ha certamente influenzato l'operato dei curanti che, sia per la mancata consapevolezza professionale che per la paura legata all'incomprensibilità della malattia mentale, cercavano di mantenere una certa distanza dai loro pazienti, trattandoli più come oggetti passivi, che come soggetti aventi opinioni, pensieri e desideri da accogliere ed ascoltare. La persona che soffre di un disagio psichico mette in evidenza la fragilità dell'esistenza umana, le difficoltà, le sofferenze, le emozioni che vanno ad intaccare l'immagine perfetta che la società tende ad attribuire all'essere umano. "Il malato stona, imbarazza, ci ricorda che non siamo eterni. Meglio allora relegare la malattia all'interno delle proprie mura, al riparo dagli sguardi indiscreti, al buio della notte" (Pezzoli, *Comunicazione personale*, 2019). Si cerca dunque di allontanare chi potrebbe rovinare la propria immagine per paura di essere etichettati e giudicati come lo

sono coloro che venivano definiti folli. Collegata a questo fenomeno sociale, insieme alla mancanza di una formazione appropriata, vi è la conseguente correlazione fra le ideologie di riferimento e gli studi scientifici delle diverse epoche. Scienza che presupponeva di poter definire chi era malato e chi sano, chi era normale e chi no. Nel 1800 (Civita, 2005) le teorie vigenti erano di tipo organicista. La follia, così veniva chiamata la malattia mentale che assume tale terminologia solamente nel 1700 con Pinel e poi Esquirol, era strettamente collegata al cervello, riguardava dunque una disfunzione nella struttura neuronale. Pertanto i sintomi, che ne erano conseguenti, erano oggettivi e quindi non erano percepiti come collegati alla soggettività della persona (Pezzoli, *Comunicazione personale*, 2019), nonostante i principi rivoluzionari che già Pinel aveva cercato di esplicitare in precedenza⁶. Infatti lo psichiatra era riuscito a dare delle spiegazioni alla malattia mentale, ma molti aspetti di essa risultavano ancora incomprensibili. È proprio in questo spazio sconosciuto che le diagnosi di tipo organicista si espandono, in quanto permettevano di dare risposta a ciò che non si riusciva a comprendere. Come espresso dal documento dell'OSC (Callegari, 1998), la mancata formazione e informazione del personale curante, le diverse teorie scientifiche e il timore della società rispetto a questi pazienti hanno fatto sì che, per molto tempo, la presa a carico del paziente avesse come scopo la reclusione, l'esclusione, la protezione della società. Essere un malato mentale significava assumere un'etichetta a vita, dalla quale era praticamente impossibile discostarsi, anche perché il soggetto veniva ritenuto il diretto responsabile della sua condizione: l'alcolista - si riteneva - beve per scelta. Ciò era enfatizzato dalla modalità di lavoro dei curanti, cioè da coloro che hanno sempre fatto da tramite tra la società e i pazienti psichiatrici. Se erano loro i primi a sostenere il bisogno di protezione da chi era definito diverso, la società stessa non poteva che confermare i suoi timori e le sue paure. Il progressivo incontro e interesse verso ciò che succedeva negli ospedali psichiatrici ha poi messo in crisi i presupposti su cui si basavano gli interventi dei curanti, evidenziando l'inappropriatezza delle metodologie utilizzate. Al giorno d'oggi le metodologie di presa a carico sono diverse: sono stati eliminati l'elettroshock, i bagni freddi, le catene, le mura, le porte chiuse. Grazie all'avvento degli psicofarmaci negli anni '50, la malattia mentale è diventata più accessibile, in quanto si sono ridotti i fenomeni conseguenti e quindi i sintomi. Il paziente, come ricorda Pezzoli, è diventato più comprensibile: i comportamenti, che prima erano percepiti come estranei, diventano più simili a ciò che viene definito normale, influenzando positivamente l'incontro e il dialogo fra il medico, l'infermiere, il curante e la soggettività del paziente. Questo importante incontro fra le diverse soggettività ha permesso di evidenziare come le differenze non sono sancite dall'opposizione giusto - sbagliato, infatti ogni caratteristica ha una sua validità, una sua dignità e una sua ragione di esistere: in questo modo si conferma che il paziente è in primo luogo una persona. La percezione della diversità come parte della normalità e quindi l'assunzione della perfezione come un'utopia hanno permesso di sviluppare sentimenti di empatia verso coloro che un tempo venivano categorizzati come incomprensibili. Questa conquista ha avvicinato il curante all'utente e di conseguenza ha fatto sì che il lavoro dell'educatore si concentrasse sugli effettivi bisogni e sui desideri del suo interlocutore. Si è cominciato a riflettere sull'importanza della cura dei contesti: un luogo curato e adattato alle diverse esigenze delle persone che lo frequentano pone sicuramente delle basi positive per poter lavorare adeguatamente. Nel passato questi luoghi erano privi di stimoli, asettici, freddi e poco

⁶ Ad esempio, il principio nosodromico per cui nessuno è completamente inguaribile, quello patoplastico per cui la malattia mentale è soggettiva ed è dunque declinata a dipendenza della persona e infine quello della parzialità della follia per cui in ogni individuo rimane una parte che si può definire normale (Pezzoli, *Comunicazione personale*, 2019).

accoglienti. Come espresso dalle testimonianze raccolte dall'OSC, non risulta pertanto difficile credere che il lavoro dei curanti risultasse poco umano: dovevano infatti lavorare in ambienti poco stimolanti, senza adeguati orari di lavoro o adeguate retribuzioni e senza sufficienti risorse efficaci. Un tempo infatti l'infermiere doveva svolgere qualsiasi lavoro riguardasse la vita nell'istituzione: doveva tenere puliti gli spazi, occuparsi dell'igiene dei pazienti, portare i pranzi, vigilare durante la notte e preoccuparsi di controllare un numero smisurato di persone. Queste carenze operative e relazionali sono il prodotto del contesto che le ha generate: da una parte vi era una società che cercava di allontanare chi intaccava la sua immagine, dall'altra un personale curante che doveva lavorare in condizioni pessime, ridotte risorse economiche e pazienti che, influenzati dai fenomeni appena citati, non potevano che peggiorare la loro condizione psico-fisica, alimentando un'immagine negativa e dispregiativa. L'identità del paziente veniva infatti cancellata attraverso ambienti ed interventi alienanti, mortificanti e costanti per cui, lui stesso, non potendo più fare riferimento a ciò che gli apparteneva, confermava l'oggettivazione e i pensieri stereotipati della popolazione⁷, enfatizzando i sintomi della propria patologia. Infatti, la mancata libertà portava ad aumentare i comportamenti devianti, in quanto diventava l'unica occasione per poter controllare parzialmente la propria vita e per poter operare delle scelte autonome: allora l'alcolista cominciava a bere di più, lo psicotico diventava ancora più strano. Tutto ciò aumentava oltretutto la cronicizzazione delle malattie e i rischi legati all'istituzionalizzazione. Il paziente, abituato a vivere rinchiuso e abituato alle pressioni esercitate in tali ambienti, si adattava a questo stile di vita, rendendola una nuova normalità. Non diventa pertanto complesso capire come mai, anche a seguito dell'apertura dei reparti, queste persone non uscissero dalle stanze, come afferma Basaglia (1968) "l'atto rivoluzionario nel reparto chiuso non mi pare sia quello di aprire solamente la porta, sono le persone, la coscienza delle persone che vivono nel reparto che creano il sistema" (p. 300). Allo stesso tempo vi era lo psichiatra, figura mediatrice fra società e pazienti, che confermava le teorie organiciste e discriminatorie portate avanti dalla scienza, deresponsabilizzandosi e seguendo, come mandato, la tutela dei sani dalla follia.

2.2. La situazione attuale, dall'esordio a oggi

I contenuti del capitolo precedente evidenziano l'importanza, per gli operatori sociali ma anche per il cittadino stesso, di una continua e costante riflessione sulle modalità di approccio alla diversità. Questo perché il processo di esclusione delle persone che soffrono di un disagio psichico è tutt'ora presente, nonostante i diversi cambiamenti e le conquiste raggiunte nel tempo. Tali rivoluzioni hanno influenzato le metodologie d'intervento, grazie all'evoluzione scientifica e alla conseguente preparazione dei professionisti, ma è mutata pure la concezione del "diverso". Lo scarto risulta evidente anche nella pratica istituzionale, intesa come un approccio che promuove il riconoscimento, la comprensione, il rispetto della soggettività e della libertà umana, tema che approfondirò nei capitoli successivi. Certamente

⁷ Per stereotipi si intende "un'opinione preconstituita, generalizzata e semplicistica, che non si fonda cioè sulla valutazione persona dei singoli casi ma si ripete meccanicamente, su persone o accanimenti e situazioni" (<https://www.treccani.it/vocabolario/stereotipo/>).

Tesi di Bachelor. Martina Croce, *Il pregiudizio in un contesto psichiatrico: il Club '74 (OSC, Mendrisio)*.

non vengono più usate forme di contenzione fisica all'interno di un'istituzione alienante e totalitaria e il rapporto fra curanti e pazienti è più umano. Allo stesso tempo però questi ultimi incontrano comunque delle forti resistenze quando, una volta dimessi, provano a cercare lavoro o cercano di interagire con la società. "Prima di essere un malato mentale è un uomo senza potere sociale, economico e contrattuale: è una presenza negativa costretta ad essere ap problematica e acontradditoria per mascherare le contraddizioni della società" (Basaglia 1968, p.160). La continua riflessione rispetto al lavoro svolto "con" e non più "per" la persona diventa fondamentale per uscire dagli schemi del passato, basati su una forte gerarchia piramidale, sull'autorità del personale medico, su classificazioni, su regole ed interventi rigidi e incuranti della soggettività degli individui. D'altra parte, è importante sottolineare che i cambiamenti sociali di questo tipo non sono facili da raggiungere: le persone che lavoravano con i pazienti psichiatrici hanno dovuto mettere in discussione tutte le certezze, le sicurezze e le modalità di intervento, che fino a quel momento erano ritenute normali e appropriate. Gli operatori si erano dunque ritrovati in una situazione di forte incertezza e destabilizzazione dovendo rivedere i propri principi, gli ideali e i significati di riferimento che avevano favorito fenomeni di esclusione, a vantaggio di un progressivo riconoscimento dei diritti di coloro che dimostravano una sofferenza psichica, considerati ormai cittadini a pieno titolo. Solo chi è a contatto diretto con questi pazienti può promuovere l'inclusione, aprendo le porte alla società, agevolando una presa di coscienza di ciò che realmente accadeva nelle istituzioni, delle dinamiche di potere, delle ingiustizie, dei fenomeni istituzionalizzanti e dei metodi predeterminati ed alienanti: si tratta di una responsabilità civile che promuove una diversa lettura di chi prima veniva ritenuto pericoloso e incomprensibile. Una persona che rimane rinchiusa e nascosta non potrà mai essere capita e percepita nella sua vera essenza, senza un aiuto o una mediazione, anche di tipo comunicativo. Occorre tuttavia evitare di giudicare il passato e le relative modalità di lavoro in modo acritico, dando per scontato che le pratiche attuali siano per forza migliori e adeguate: in ogni pratica professionale è insito un processo evolutivo, non esistono acquisizioni definitive, nonostante il livello di umanità più evidente. Ogni intervento, proprio per evitare ulteriori errori, deve essere discusso e analizzato costantemente in relazione alle caratteristiche e alla soggettività della persona a cui è rivolto, coinvolgendo nel processo la persona stessa, in modo da poterne valutare l'effettiva efficacia. Per esempio l'uso di psicofarmaci può facilmente diventare un nuovo modo per favorire la coercizione, l'isolamento e la stigmatizzazione dei pazienti, nella misura in cui questi mezzi vengono usati per modificare le loro peculiarità, adattandole alla norma sociale e restituendoli al mondo, così come la popolazione si aspetta che sia. Nella società stessa, tuttavia, malgrado una diversa sensibilità, rimane evidente la presenza di processi discriminatori e di esclusione del malato, visto "come uno dei tanti elementi di disturbo per i quali c'è appunto l'istituzione e lo spazio adatto" (Basaglia, 1968, p. 432).

3. Il contesto di riferimento

Per identificare i principi su cui poggia il Club '74 è opportuno fare riferimento al relativo sito (<https://www.club74.ch>) e al sito dell'OSC (<https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/organizzazione/>), oltre che alla legge LASP (LASP 806.100, 1999). Ulteriori informazioni sono riportate all'interno del rapporto della Commissione speciale sanitaria sulla pianificazione sociopsichiatrica cantonale, nel volume *Psicosi e pratica istituzionale* a cura di Giorgio Callea

(2000). Utili considerazioni sono riportate nel confronto con Mauro Durini (Durini, *Comunicazione personale*, 2020), coordinatore del Servizio di socioterapia, e Manolo Lacalamita, animatore socioculturale (vedi allegati 5 e 6). Nell'allegato 1 vi è l'organigramma dell'OSC mentre nell'allegato 2 è proposto l'organigramma del Servizio di socioterapia e del Club '74. Definire in modo circoscritto il contesto di riferimento su cui poggia la domanda di ricerca risulta opportuno, al fine di poter analizzare in modo più approfondito la storia e la situazione attuale del luogo considerato. La psichiatria⁸ a livello pubblico in Ticino si è sviluppata nel 1943 con l'apertura dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) a Casvegno, Mendrisio. Il manicomio comincia a diventare un luogo di cura e non più di sola custodia, vengono organizzate passeggiate e iniziano a svilupparsi dei laboratori di ergoterapia. Bisogna anche ricordare la terapia a livello farmacologico, che ha subito una forte evoluzione a partire dagli anni '50, e la presa a carico di un numero ridotto di pazienti, queste trasformazioni hanno favorito un'offerta più mirata e adeguata. Negli anni '70 i pazienti erano 800, oggi sono 200 i posti indicativamente forniti dalla Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e dal Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL). Lo stabile Valletta, in cui sono presenti il Club '74 e il Servizio di socioterapia, viene inaugurato nel 1932: al suo interno originalmente venivano collocati gli intemperanti, coloro che in effetti assumevano un comportamento che non corrispondeva agli standard sociali. Solo negli anni '50 cominciarono ad essere utilizzati i primi approcci terapeutici, allo stesso tempo però il personale non aveva una formazione professionale necessaria ed era chiamato soprattutto a vegliare, controllare e ad organizzare in modo autoritario. Anche i professionisti venivano rinchiusi nella struttura, le chiavi le deteneva solamente il capo. Non c'erano le mura, ma la contenzione veniva messa in pratica chiudendo a chiave ogni reparto: risultava un luogo completamente recluso. Gli ambienti di cura erano inadatti e poco funzionali, inoltre il paziente era circondato da pregiudizi. Questo stato durò fino alla fine degli anni '70, solo in questo periodo si sono messe in discussione le pratiche di contenzione utilizzate. In seguito la realtà ticinese muta radicalmente (Piffaretti, 2020), entrando a contatto con quella francese e grazie all'evoluzione delle cure farmacologiche. Questo processo è avvenuto parallelamente all'esperienza in Italia: Basaglia si fece promotore di un movimento di antipsichiatria negli anni '60, sviluppando modalità di intervento rivoluzionarie. Si formalizzarono nuove teorie di presa a carico dei pazienti e nuovi metodi di cura; l'ONC divenne effettivamente luogo di cura e di passaggio. Dando seguito alla volontà di spostare la psichiatria sul territorio, vennero anche istituiti i primi servizi ambulatoriali medicalizzati e non, per minori e per adulti, che operavano direttamente sul territorio (Sopra e Sotto-Ceneri), assumendo anche la funzione di prevenzione. Parallelamente vennero aperti i servizi psicosociali a Bellinzona, Lugano, Locarno e Mendrisio. L'animatore Ettore Pellandini, avendo sviluppato delle esperienze con Jean Oury (medico e psicanalista francese che ha dedicato anni alla Psicoterapia Istituzionale), portò la Psicoterapia Istituzionale in Ticino, caso unico in Svizzera, e diede origine ad attività psicoterapeutiche e all'apertura di laboratori e atelier di ergoterapia con l'obiettivo di riabilitare professionalmente le persone, favorendo momenti di incontro con i pazienti (film, gruppi parola...). Furono previsti spazi appositi di relazione tra pazienti e curanti, permettendo ai primi di diventare attori e protagonisti del processo comunitario. Con la presa di coscienza dell'importanza di mettere i pazienti a contatto con la popolazione, si maturò la necessità di collocarli in strutture meno

⁸ Presentazione OSC (a cura di DSS, DSP, OSC). <https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/depliant%20cpc%20carl.pdf>

medicalizzate. In questo modo il diritto alla mobilità venne riconosciuto. Inoltre si inaugurarono strutture di presa a carico su tutto il territorio e nelle cliniche private. Grazie a questi nuovi contatti interpersonali le persone hanno potuto condividere i propri vissuti e le proprie storie e hanno potuto avere occasioni per acquisire e recuperare le proprie capacità e motivazioni. La Psicoterapia Istituzionale evolse così ulteriormente e nacquero i primi Club, tra cui il Club '74, fondato appunto nel 1974, e i centri diurni delocalizzati, demedicalizzati, in cui pazienti, animatori, infermieri, assistenti sociali e medici assunsero una funzione multidisciplinare nella presa a carico. Oggi il Club "ha finalità terapeutiche e sociali di coinvolgimento, di ripristino della parola, di responsabilità, di solidarietà, di condivisione e di partecipazione" (<https://www.club74.ch/chi-siamo/mission.html>). I progetti socioculturali proposti, la mediazione relazionale e la complessa struttura organizzativa sono i mezzi che permettono di lavorare sull'autodeterminazione e sulla responsabilizzazione delle persone. Questo avviene anche attraverso il confronto e la condivisione delle diverse esperienze. Tutte queste finalità sono garantite, come detto in precedenza, dal Servizio di socioterapia, che utilizza gli spazi forniti dal Club per perseguire i propri obiettivi. Con l'entrata in vigore della nuova Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP 806.100, 1999), revisionata nel 1999 e con l'approvazione del Regolamento di applicazione, il 1 gennaio 1985, la struttura della psichiatria pubblica si è modificata, vengono messi per iscritto i diritti personali dei pazienti e la salvaguardia della libertà personale. La LASP racchiude le basi e le indicazioni legali riguardanti l'assistenza sociopsichiatrica. In particolare esplicita la formazione dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), che racchiude tutte le strutture pubbliche che prendono a carico un'utenza psichiatrica. La LASP ha lo scopo di tutelare i diritti delle persone bisognose di assistenza, di creare le premesse per garantire un'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica adeguata. Inoltre permette di istituire e organizzare le Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR), favorendo la prevenzione dei fattori che determinano fenomeni patogeni (ibidem, art. 1). Il primo diritto degli utenti, secondo la LASP, riguarda la libertà personale: ogni limitazione della libertà può essere giustificata unicamente per una terapia efficace, adeguata e indispensabile. Il secondo diritto concerne l'assistenza, che deve risultare adeguata e proporzionata. In concreto nell'articolo 2 viene esplicitato che "l'utente ha diritto a rimanere nel suo ambiente sociale e familiare, ad un collocamento nell'UTR che deve risultare corrispondente alle sue esigenze, a un intervento ininterrotto fornito da personale qualificate e all'applicazione di terapie proporzionali all'esigenza di cura definite con la sua partecipazione" (ibidem, art. 2). La legge prevede anche un Centro documentazione e ricerca, situato a Casvegno, che si occupa di raccogliere la documentazione e promuovere la ricerca. Si occupa inoltre di statistica psichiatrica, della verifica della qualità delle cure e di un'attività di formazione in ambito psichiatrico e psicosociale (ibidem, art. 6). Questi contenuti sono ispirati dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU 0.101, 1950).

Nel 1985 l'ONC diventa Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) e, circa dieci anni dopo, viene istituito il CARL. Sono due strutture separate e distinte in base al tipo di utenza: la CPC (Clinica psichiatrica cantonale) a Mendrisio è specializzata nella cura e la riabilitazione di pazienti psichiatrici acuti e il CARL (Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro), sempre a Mendrisio, offre uno spazio demedicalizzato e accoglie ospiti cronici e stabilizzati. Tutti i servizi presenti, prima gestiti autonomamente, sono stati raggruppati in un unico organismo: l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC). L'OSC rappresenta quindi l'ente statale del Canton Ticino che unisce tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali

pubbliche che accolgono e prendono a carico un'utenza psichiatrica⁹. L'OSC, in generale, prevede servizi medico-psicologici e centri psico-educativi per la cura dei minorenni. Ma anche centri diurni, servizi psico-sociali, servizi di psichiatria e psicologia medica, centri abitativi, ricreativi e di lavoro e una clinica psichiatrica cantonale per la cura di pazienti adulti e anziani (<https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/presentazione-osc/>).

Nel rapporto della Commissione speciale sanitaria riguardo la pianificazione sociopsichiatrica cantonale (Consiglio di Stato, *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale, 2014-2017*) viene esposto il mandato dell'istituzione. In particolare nel documento viene esplicitato che, con la formazione dell'Assemblea federale della Convenzione europea dei diritti civili, è stato posto l'accento sull'ambito della cura del malato psichico. È confermato che, solo attraverso la reintegrazione sociale si può evitare l'isolamento sociale, è inoltre riconosciuto che le persone malate devono essere partecipi del loro percorso di cura. Queste tesi hanno promosso appunto la Legge sull'assistenza socio-psichiatrica cantonale (LASP), che favorisce la presa a carico delle persone il più possibile vicino ai loro contesti sociali, evitando il ricovero. Nell'art. 1 della LASP (LASP 806.100, 1999, art.1) viene esposta la necessità di "creare le premesse per garantire un'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica adeguata nel rispetto delle libertà individuali", ma anche di "favorire la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale". Diventano dunque importanti i servizi territoriali, quelli medicalizzati (ad esempio i servizi psicosociali) e anche quelli demedicalizzati (ad esempio i centri diurni). La vicinanza sul territorio ha permesso ai diversi servizi di avvicinarsi maggiormente ai problemi reali e concreti con cui è confrontata la popolazione, offrendo servizi adeguati alle diverse esigenze. Infatti la pianificazione sociopsichiatrica cantonale (Consiglio di Stato, *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale, 2014-2017*) da parte del Consiglio di Stato, del Dipartimento della socialità e della sanità e della Divisione della salute pubblica, esplicita interventi su più ambiti, in concreto tocca i temi riguardanti la psichiatria e l'anzianità, la salute e il lavoro, le prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni e adulti, il centro abitativo, ricreativo e di lavoro e la formazione presso l'OSC.

Il Servizio di socioterapia è, come detto in precedenza, un servizio dell'OSC, esso - utilizzando i concetti della Psicoterapia Istituzionale - "gestisce e coordina spazi di attività socioterapeutiche, si occupa della presa a carico di utenti, in gruppo e individualmente e della gestione terapeutica dell'ambiente, sia nell'ambito di Casvegno che sul territorio" (<https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/depliant%20cpc%20carl.pdf>). La Psicoterapia Istituzionale è di origine francese, Paese in cui, verso gli anni '50, sono stati istituiti i primi Club terapeutici che hanno agevolato un cambiamento a livello pratico, maggiormente attento alla dimensione umana e alla dimensione comunitaria. Chi si occupava dei malati all'interno degli ospedali si è accorto che la responsabilizzazione e l'attivazione dei pazienti nella gestione del loro quotidiano e l'apertura dei reparti risultavano due mezzi efficaci d'intervento. I pazienti hanno dunque potuto riacquisire ruoli e diritti attraverso una relazione paritaria con i curanti. Il Servizio di socioterapia accoglie le persone provenienti dalla Clinica psichiatrica cantonale (CPC), dal Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), dalle

⁹ Sono intese "le persone che soffrono di un'incapacità di discernimento probabilmente durevole e per le quali la procedura risulta adeguata in considerazione della tutela degli interessi della persona stessa; riguarda coloro che compromettono gravemente o con imminente probabilità la propria vita e salute o quella altrui, coloro che sono soggetti a una misura sancita dal Diritto penale federale e coloro che necessitano di altri interventi terapeutici e riabilitativi nel campo sociopsichiatrico" (LASP 806.100, 1999, art. 2).

strutture e dei servizi OSC, così come le persone che sono esterne e che dunque non sono ricoverate. Le persone sono coinvolte “nella pianificazione, nell'organizzazione e nella valutazione di quelle attività sociali, culturali e ricreative, che assumono finalità terapeutiche, riabilitative e di reinserimento sociale” (<https://www.club74.ch/chi-siamo/statuti>). Attualmente, a causa della situazione pandemica, chi è ricoverato ha la possibilità di frequentare il servizio al mattino dalle 9:00 alle 12:00, mentre chi arriva dall'esterno dalle 13:00 alle 17:00. Questi limiti fanno molto riflettere, perché si scontrano con i principi fondamentali del Club: la libertà di circolazione e l'approccio partecipativo.

Il Club risulta dunque come “strumento di lavoro e di risposta operativa all'interno dell'allora Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale per lottare contro i meccanismi di repressione ed alienazione istituzionale” (Piffaretti, 2020, p. 27). In particolare, prevede degli atelier di contabilità e della cassa del Club, commissioni finanziarie e atelier creativi, artistico-manuali, di fotografia, di teatro e di cucina. Vi sono gruppi “In- Formazione” (che presentano agli studenti il modello operativo del Club) ma anche di sport e musica e Fac Totum (si occupa di installazione di mostre, traslochi, montaggio capannoni, realizzazione di ampi progetti di decorazione...). Prevede inoltre un bar, un negozio (la bottega magica), che vende vestiti a prezzi molto contenuti, soprattutto per le persone che vengono ricoverate nella Clinica psichiatrica Cantonale con urgenza, un orto e un Art Brut Club, che permette di documentare la vita delle persone attraverso l'arte. In aggiunta Il Club garantisce il funzionamento, l'assistenza e l'istruzione tecnica del Teatro Centro Sociale e redige anche un periodico chiamato “Insieme”, infatti all'interno dello stabile Valletta è presente un ufficio adibito per la sua redazione. È inoltre importante specificare che ogni lavoro e ogni atelier prevedono uno spazio apposito in cui sono già disposti i vari materiali necessari.

Nel documento (OSC, 2005, p. 3) vengono esplicitati i concetti cardine delle cure presso l'OSC. Il lavoro in équipe multidisciplinare risulta indispensabile, in quanto garantisce un confronto costante e una consapevolezza reciproca. È un approccio che permette all'operatore di crescere a livello personale attraverso la conoscenza di nuove competenze. Ciò risulta fondamentale per fornire all'utente le risposte più adeguate. Il piano terapeutico dà all'équipe le informazioni dell'utente e permette di identificare processi di cura che includono l'analisi della situazione, gli obiettivi futuri, le risorse necessarie, gli interventi da concretizzare e la valutazione costante degli interventi stessi. Nelle strutture dell'OSC il piano terapeutico (LASP 806.100, artt. 29 e 30) viene elaborato dai professionisti che si prendono cura dell'utente, mentre la cartella clinica è elaborata dal medico curante. Entrambi i documenti devono essere redatti il prima possibile e devono essere costantemente aggiornati. Il primo contiene in generale la descrizione della natura dei problemi socio-psicopatologici dell'utente, la descrizione e la giustificazione delle misure privative o restrittive della libertà personale, della loro necessità e proporzionalità; gli obiettivi terapeutici e riabilitativi a media e lunga scadenza e la prognosi, con una valutazione delle risorse socio-familiari e personali dell'utente, così come osservazioni importanti concernenti l'utente. Il documento e ogni terapia, devono essere discussi con l'utente; in caso di incapacità di discernimento o di urgenza, la situazione viene discussa con il rappresentante legale o con una persona per lui significativa. In ogni caso vi è la possibilità di consultare una persona di fiducia prima di prendere una decisione. Infine, nel documento (OSC, 2005, p. 5) vengono elencate le attitudini richieste all'operatore che lavora presso l'OSC. In particolare, deve assumere un atteggiamento positivo, disponibile, creativo, di adattamento e flessibilità

mentale e di critica costruttiva e un atteggiamento conforme alle politiche dell'istituto. Deve farsi carico delle responsabilità relative al suo ruolo, avere spirito di gruppo nella prospettiva di un lavoro multidisciplinare e garantire sempre cure di qualità. Inoltre, deve saper riconoscere e rispettare le competenze delle figure professionali con cui collabora e utilizzare una comunicazione trasparente. Ma deve anche avere buone capacità di introspezione e di empatia, deve "rimuovere" i pregiudizi e acquisire una sensibilità pedagogica. Infine, deve saper aggiornare le proprie conoscenze e i suoi strumenti di lavoro¹⁰.

Per riportare la visione più soggettiva e quindi meno teorica rispetto al contesto di riferimento ho trovato opportuno allegare una canzone sviluppata da un paziente che ha frequentato gli spazi del Club (vedi allegato 4). Il testo espone in modo evidente i diversi concetti della Psicoterapia Istituzionale, ad esempio vengono citati l'accoglienza, l'uguaglianza, la parità di diritti, la libertà di espressione, la collaborazione e i legami sociali.

4. La Psicoterapia Istituzionale

Il servizio che accompagna gli utenti del Club '74, come detto, si ispira alla cosiddetta "Psicoterapia Istituzionale": diventa di conseguenza fondamentale ricostruire i presupposti scientifici, terapeutici, filosofici ed etici che l'hanno ispirata in modo da comprendere i cambiamenti avvenuti nel corso degli anni in riferimento al rapporto fra personale curante e pazienti con disagio psichico. Questo modello d'intervento nasce in Francia negli anni '40, François Tosquelles (Durini, *Comunicazione personale*, 2020), uno psichiatra spagnolo, sperimentò i primi approcci di dialogo con i malati. I pazienti in periodo di guerra, a causa delle necessità economiche, vengono spinti ad aiutare i contadini, ritrovando un ruolo attivo nella società. In questo contesto si iniziarono a vedere come i legami sociali risultassero fondamentali per i pazienti psichiatrici, nonostante questi primi approcci, la società faticava ancora ad accettare quest'apertura. Nel periodo post-bellico Jean Oury, psichiatra francese, come spiega Callea, G., (2000) in *Psicosi e pratica istituzionale*, fonda nel 1953 la clinica psichiatrica privata "la Borde", nella quale continua ad ispirarsi ai principi della Psicoterapia Istituzionale. Il personale che lo affianca è multidisciplinare: ci sono filosofi, psicologi, cuochi, ed altri ruoli: il personale e i pazienti insieme assicurano la gestione della clinica. Nella prassi la Psicoterapia Istituzionale comprende la libertà di circolazione, quindi non sono previsti cancelli, chiavi o muri, i pazienti possono partecipare alle diverse attività (amministrazione, cucina...) anche se a volte, la gestione di queste opportunità risulta difficile. La responsabilizzazione e le competenze del paziente sono comunque in questo modo valorizzate e riconosciute. Questi principi valgono anche per i professionisti, che sono chiamati - oltre a raggiungere le finalità del mandato terapeutico - a mettere in campo le loro competenze personali e le loro passioni: in questo modo si favorisce la possibilità di trovare un ambiente di lavoro positivo e costruttivo, in cui ognuno si sente valorizzato e riconosciuto. Allo stesso tempo si possono scoprire interessi comuni fra utenti e professionisti e possono nascere convergenze inedite. Questi presupposti sono importanti, in quanto creano benessere e i lavori vengono svolti con entusiasmo ed interesse. Il personale è eterogeneo e

¹⁰ Ulteriori informazioni rispetto al servizio di socioterapia e al Club '74 si possono trovare nelle interviste sviluppate con Mauro Durini e Manolo Lacalamita (allegati 6 e 7).

ogni professionista ha più valenze: ad esempio, il cuoco, portando i suoi interessi nella clinica, può offrire dei benefici senza limitarsi all'attività di cucina, oppure chi ha una passione per la creatività assume sia il ruolo di curante che di figura creativa. Si lavora dunque per competenze, questo permette di spezzare la gerarchia di potere fra paziente e curante, ognuno è responsabile di se stesso, considerando le competenze soggettive nell'ambito di una cornice controllata, ma non costrittiva. La polivalenza è corrisposta poiché ogni professionista fa parte di più équipes contemporaneamente, questo ha come effetto la formazione continua, i vari contesti risultano più collegati, la comunicazione diventa più fluida, inoltre si sviluppa più inventiva e creatività. Ogni persona dev'essere accolta per la sua singolarità e i progetti terapeutici devono essere adeguati ai suoi bisogni in modo tale che essa possa sperimentarsi in molteplici attività. Viene riconosciuto il principio patoplastico, inteso come la possibilità di modificare la sintomatologia attraverso una rielaborazione e un lavoro sul contesto e sull'ambiente. Oury introduce anche il modello del Club terapeutico per andare oltre gli aspetti meramente teorici. Il Club diventa oggetto mediatore fra pazienti e istituzione: obbliga ad operare in modo orizzontale per competenze, sono pertanto tutti sullo stesso piano e insieme collaborano per sviluppare progetti comuni. Come spiegato da Durini (*Comunicazione personale*, 2020):

Il Club è un organismo associativo dotato di autonomia decisionale che organizza e gestisce una serie di attività all'interno delle istituzioni. Vi fanno parte di diritto tutti i soggetti della clinica, pazienti ed operatori e tutti possono essere eletti alle cariche che ne garantiscono il funzionamento.

Il gruppo funge inoltre da connessione con le istituzioni, al suo interno le modalità di funzionamento e di relazione con enti esterni vengono messe in discussione. Viene mantenuto continuo lo spirito critico, anche su ciò che si sta facendo, sulla società e su ciò che lo circonda, mettendo in evidenza le contraddizioni. Oggi la Psicoterapia Istituzionale risulta sempre più difficile da applicare, perché la società si basa sempre più sulla specializzazione e non agevola il concetto di eterogeneità (ibidem). I professionisti sono formati in ambiti sempre più stretti, inibendo un ventaglio ampio di esperienze e di capacità. L'eccessiva gerarchizzazione si scontra con il pensiero orizzontale, vi è l'aumento degli interventi a livello farmacologico e delle prese a carico psicoanalitiche e gli interventi vengono divisi, non risultando più multidisciplinari.

5. Pregiudizi e rappresentazioni sociali

L'interazione e il giudizio riferiti alle malattie mentali è spesso disturbato da valutazioni fuorvianti, che hanno un'origine culturale, radicata nei modelli sociali immaginati e che trova un suo fondamento nella dimensione storica e sociale. Risulta pertanto opportuno approfondire, attraverso una ricostruzione evolutiva il significato di "rappresentazioni sociali" e di "pregiudizio", al fine di comprendere le implicazioni comportamentali e semantiche determinati da questi specifici pensieri preconcepiuti. Vi sono vari autori che hanno cercato di spiegare i pregiudizi ma ho deciso di utilizzare fonti che approfondiscono il tema attraverso un punto di vista maggiormente sociale. Secondo Serge Moscovici (1989), psicologo e

Tesi di Bachelor. Martina Croce, *Il pregiudizio in un contesto psichiatrico: il Club '74 (OSC, Mendrisio)*.

sociologo, “in un’ottica costruttivista, la realtà che ci circonda e la percezione che ne abbiamo sono costruite culturalmente attraverso schemi mentali sviluppati nella nostra continua interazione con l’ambiente” (Solcà P., *Comunicazione personale*, 2020). Pertanto, secondo Moscovici, “le rappresentazioni sociali hanno una doppia funzione: rendere familiare lo strano e percettibile l’invisibile. Ciò che è sconosciuto o insolito comporta una minaccia perché non abbiamo categorie in cui porlo” (1989, p. 365). Mentre, come espresso dal professore Bruno Mazzara Il pregiudizio è “la tendenza a considerare in modo ingiustamente sfavorevole le persone che appartengono ad un determinato gruppo sociale” (Solcà P., *Comunicazione personale*, 2020), ciò ancora prima di una valutazione approfondita e oggettiva dei fatti. Oppure, come afferma lo psicologo sociale Gordon Allport (1954), il pregiudizio è un “atteggiamento sfavorevole ed ostile che presenta caratteri di superficialità, indebita generalizzazione e rigidità, implicando un rifiuto di mettere in dubbio la fondatezza dell’atteggiamento stesso e evitando la persistenza a verificarne la consistenza e la coerenza” (Solcà P., *Comunicazione personale*, 27.03.2020). “Tali schemi si differenziano dagli stereotipi in quanto, questi ultimi, rappresentano le convinzioni sviluppate sulle caratteristiche di un gruppo, nei pregiudizi invece prevale una componente più valutativa” (<https://www.ekr.admin.ch/i557.html>). Il pregiudizio, come espresso da Renato Martinoni, professore emerito di Letteratura italiana presso l’Università di San Gallo, “il più delle volte è collettivo” (Martinoni, 2019, p. 23), inoltre può avere diverse caratteristiche: infatti ci “sono quelli razziali, quelli etnici, quelli religiosi, quelli sociali, quelli culturali, quelli di genere” (ibidem, p. 23). Secondo questa fonte, “Il pregiudizio determina ancora di più, rispetto allo stereotipo, il modo di percepire la realtà, anche se a volte non è facile stabilire dove finisce lo stereotipo e dove comincia il pregiudizio” (Ibidem, p. 23). Gli stereotipi sono invece “aspettative che possono influenzare i nostri comportamenti, essi costituiscono la base sopra cui si costruiscono pregiudizi, discriminazione e razzismo” (Amnesty International, 2011, p. 18), rappresentano “il nucleo cognitivo del pregiudizio” (Villano, 2019, p. 61). Le rappresentazioni sociali, come pure gli stereotipi e i pregiudizi sono strettamente connessi con la società di riferimento e l’appartenenza a determinati gruppi sociali. L’identità in tal senso non è statica, ma mutabile nel tempo in funzione degli eventi, delle situazioni e delle relazioni che coinvolgono quotidianamente le persone che posseggono caratteristiche differenti le une dalle altre. Sono proprio tali differenze che, attraverso parametri di giudizio e sistemi di norme e di valori, creano le opportunità per riflettere sul proprio sistema di premesse ¹¹ per, eventualmente, modificarlo: è proprio per tale componente soggettiva che entra in gioco questo processo individuale che fa di ognuno di noi un essere unico. La consapevolezza, che la nostra identità viene costruita a partire dal contesto di riferimento e dalle relazioni che instauriamo, ci permette di accogliere modi di essere e pensare diversi dai nostri, in quanto permette di assumere l’inesistenza di verità o realtà assolute. Le

¹¹ “È una cornice che ci permette di localizzare, identificare, etichettare, classificare, dare valore e significato alle percezioni, alle osservazioni, ai nostri comportamenti e a quelli altrui, alle persone e a tutto ciò che ci succede intorno. È costruita a partire dai contesti educativi, sociali e culturali di riferimento, dalle conoscenze, dalle esperienze e dalla propria storia personale, dai preconcetti e dai pregiudizi, dalle competenze cognitive, emotive e relazionali, dalle seduzioni estetiche e dalle situazioni contestuali, dalle aspettative e dalle convenienze personali” (Nuzzo, A., *Comunicazione personale*, 2018).

rappresentazioni dell'alterità, cioè "il carattere di ciò che è o si presenta come altro, come diverso, come non identico" (<https://www.treccani.it/vocabolario/alterita/>), come spiega Solcà (2020), sono il risultato di modalità "di classificazione sociale della realtà". Per far sì che identità e alterità, intesa quest'ultima come il concetto che sottolinea l'unicità dell'Altro, possano incontrarsi, risulta importante una certa consapevolezza del proprio sistema di premesse e della propria cultura di riferimento, per rendere di conseguenza possibile l'assunzione di un atteggiamento empatico. L'empatia, come spiega Paolo Villano, professore associato di psicologia sociale presso l'università di Bologna, è "la capacità di assumere la prospettiva altrui e comprenderne gli stati d'animo" (2019, p. 9). Solo attraverso l'empatia infatti, risulta possibile incontrare l'Altro, accettando la diversità come caratteristica che appartiene ad ognuno di noi e che quindi merita di essere rispettata. La cultura, le ideologie, i riferimenti, se vissuti in modo rigido, favoriscono lo sviluppo di nuove forme di discriminazione. D'altra parte, come spiega Solcà "la necessità di uscire dai propri schemi mentali, richiede apprendimento, esercizio ed esperienze relazionali", oltre che "la capacità di relativizzare il proprio punto di vista culturale" (Solcà P., *Comunicazione personale*, 2020). Ricollegandomi alla storia della psichiatria, ciò che ha ridotto le barriere fra la società e i pazienti con disagio psichico è stato proprio l'incontro fra le parti che ha favorito la comprensione, da parte della popolazione, del punto di vista di coloro che, fino a quel momento, erano rimasti nascosti e reclusi. Risulta importante ricordare che la cultura e le identità personali, seppur fluide, devono avere una certa stabilità, in modo tale che ognuno si possa identificare in esse e costruire una certa continuità fra i passaggi evolutivi a cui è soggetto, anche se "nelle attuali condizioni sociali occorre pensare a una mente multiculturale, capace di acquisire e gestire una molteplicità di modelli culturali fra loro differenti in termini di credenze, valori, emozioni e pratiche" (ibidem). Una mentalità centripeta invece considera le caratteristiche ritenute usuali, "normali" in modo inflessibile, in quanto i "propri comportamenti, le proprie scelte, i propri modi di pensare" vengono ritenuti "come ovvi, normali e giusti" (ibidem). Ad ogni modo ogni individuo tende a dare un giudizio di valore a ciò che va oltre i confini del gruppo in cui si identifica, più un sistema di premesse si allontana da questi limiti, più vi è la tendenza a giudicarlo negativamente, in quanto ritenuto poco comprensibile. Una continua riflessione su questo comportamento permette alla persona di accogliere la diversità che lo circonda, uscendo dai propri schemi e dalle rappresentazioni di riferimento. Le rappresentazioni sociali sono appunto schemi mentali che vengono costruiti culturalmente attraverso "un'interpretazione condivisa di ciò che è la realtà che ci circonda" (ibidem). Secondo le teorie costruttiviste¹² ognuno di noi fa riferimento alla cultura per costruire e comprendere la realtà che lo circonda e la percezione di essa attraverso un costante scambio con l'ambiente. Gli stereotipi e i pregiudizi, influenzati anch'essi dalla cultura, derivano dalla "tendenza a percepire le persone attraverso categorie precostituite" (ibidem), ciò che non risulta parte di queste categorie non viene solitamente considerato. Infatti la nostra mente utilizza questi meccanismi per orientarsi nella realtà che ci circonda, semplificandola attraverso giudizi di somiglianza o di differenza, che trovano origine a partire dal sistema di premesse personale. Tali meccanismi servono quindi all'individuo per sentirsi appartenente ad un gruppo che risulta avere caratteristiche simili alle sue e per differenziarsi da chi presenta elementi differenti. È importante però avere

¹² I costruttivisti sostengono che "di qualsiasi natura possa essere, o in qualsiasi modo risulti alla fine *la ricerca della verità*, gli eventi sono soggetti a tante *costruzioni*, numerose quanto le nostre facoltà ci permettono di concepire" (Nuzzo A. & Pirozzi F. *Comunicazione personale*. 2018, p. 7).

consapevolezza dei propri pregiudizi, in modo tale da non rendere i propri pensieri per forza esatti, per incontrare l'Altro risulta infatti necessario avere schemi flessibili, che possano accogliere nuove rappresentazioni. Questo processo può essere favorito nel momento in cui ci si rende conto che ciò che osserviamo passa attraverso il nostro sistema di premesse, che appunto semplifica la realtà. Se vissuto in modo rigido, questo principio, non ci permette di introdurre nuovi schemi o rappresentazioni, non va infatti dimenticato che ciò che ci circonda è tendenzialmente molto più complesso. Come espresso da Paolo Buletti, uscire dai propri pensieri preconcepi non è così semplice, in quanto "c'è dentro l'economia di tempo e di energie: si risparmia un bel po' di fatica se non ci si inoltra troppo nelle profondità, se si rimane a galleggiare in superficie nel brodo dell'abitudine" (Buletti, p. 32). Buletti continua, evidenziando l'importanza di non soffermarsi alle prime impressioni e al primo sguardo, ricordando la necessità di effettuare una loro verifica continua di questi e lasciando "spazio alle storie di ognuno, alle storie al plurale, percepite come possibilità e non come verità" (ibidem, p. 33), con umiltà. L'incontro con l'Altro è anche un momento di "ricchezza e di nutrimento reciproci [...] se mi concedo il tempo di dare valori ai particolari potrò trovare delle similitudini, dei punti di contatto che mi permettono di far lievitare la familiarità invece della paura dello sconosciuto" (ibidem, p.33). L'incontro e la conoscenza dell'Altro risulta anche occasione per scoprire "l'altro che sta dentro di noi" (ibidem, p. 33). D'altra parte, come già accennato, ognuno di noi utilizza questi schemi, in quanto - per forza di cose - la realtà che ci circonda dev'essere semplificata per essere compresa. La consapevolezza di tale meccanismo permette di ricordare che ogni cosa che noi interpretiamo è soggetta ad una generalizzazione e che dunque non per forza essa risulta corretta, diventa quindi necessario verificarla. Spesso quest'ultimo aspetto non viene però praticato poiché, come detto in precedenza, essendo il pregiudizio un giudizio negativo, le persone tendono ad allontanare l'elemento alieno e disturbante, piuttosto che comprenderlo e conoscerlo. Le conseguenze di tale atteggiamento, espresso in modo rigido, sono molteplici. Come spiega Solcà (*Comunicazione personale*, 2020) le criticità legate ad una visione stereotipata sono rappresentate da semplificazioni perlopiù errate. È importante però sottolineare che, come espresso nella teoria dell'identità sociale di Tajfel e Turner, sviluppata a partire dagli anni '70, ognuno ha bisogno di "mantenere un concetto di sé positivo piuttosto che negativo" (ibidem). Proprio perché l'identità deriva dai gruppi di appartenenza, il soggetto ha bisogno di valorizzarli e di rappresentarli secondo una gerarchia superiore, anche "a costo di sviluppare sentimenti negativi verso i membri dell'outgroup e di discriminarli" (ibidem). Spesso, anche quando tali pensieri vengono smentiti dalla realtà dei fatti, le persone tendono ad interpretare tali occasioni come delle eccezioni. Un altro fenomeno collegato a tali processi è definito dalla teoria dell'effetto Pigmalione per cui "le attese, le ipotesi e le speranze di chi osserva influiscono sui risultati dell'osservazione. Si trova ciò che si cerca indipendentemente da ciò che succede effettivamente nella realtà" (Maida S., *Comunicazione personale*, 2018). Come spiega Paolo Villano, la difficoltà a smentire tali schemi risulta onerosa, perché queste impostazioni sono descritte come "tratti caratteriali [...]. Se consistessero solamente in attributi facilmente misurabili, come l'altezza e il peso, la questione della valutazione e dell'accuratezza sarebbe più semplice" (Villano, 2019, p.7). La generalizzazione legata alle valutazioni soggettive di ciò che ci circonda viene inoltre incrementata perché, come spiega il professore, creiamo dei collegamenti "fra caratteristiche che in realtà non sono associate fra loro e per le quali si stabilisce una corrispondenza fra l'appartenenza a una categoria e una particolare disposizione, a cui troppo spesso aggiungiamo un giudizio di valore" (ibidem, p. 8). Ad esempio, un paziente che viene ricoverato in un reparto psichiatrico viene giudicato in

modo negativo, in quanto collegato alla rappresentazione del “folle”, dell’“incapace”. Un paziente degente presso, ad esempio, il reparto di geriatria, sarà invece valutato con uno sguardo più empatico e valorizzante. Collegandomi a ciò, come spiega Stefano Vassere, direttore delle Biblioteche cantonali ticinesi e docente, risulta necessario specificare l'importanza del peso e dei significati che vengono attribuiti alle parole. Egli infatti evidenzia come “una parola, che può essere ad esempio *etnico* risulta neutra e innocua se accompagnata a parole come *cibo* o *musica* e carica di valori denotativi se unita per esempio a *scontri*” (Vassere, 2019, p.17). Allo stesso modo accade, per riprendere l'esempio scritto in precedenza, fra paziente geriatrico e paziente psichiatrico. Sempre Vassere ricorda che il modo “in cui ognuno riceve la lingua e la usa, [...] racchiude e propone una data visione del mondo” (ibidem, p. 17).

6. L'esperienza empirica

Attraverso un'analisi storica è possibile comprendere la nascita e lo sviluppo del Servizio di socioterapia nel contesto dell'OSC così come è possibile approfondire la visione della marginalità e dell'esclusione nei confronti delle persone che soffrono di un disagio psichico. Per comprendere come si presenta la situazione ai giorni nostri, rispetto a queste tematiche, risulta necessario far emergere il punto di vista delle persone che frequentano attualmente il Club '74. In questo capitolo verranno dunque esposti gli elementi che hanno caratterizzato la ricerca empirica concentrata sulle seguenti tematiche: le rappresentazioni sociali, i pregiudizi, l'esclusione e la marginalizzazione delle persone che vivono una situazione di disagio psichico.

6.1. Il gruppo parola

Per rispondere alla domanda di ricerca della tesi, ossia comprendere la rappresentazione del tema della marginalizzazione sociale del paziente psichiatrico che frequenta gli spazi del Club '74, è stata utilizzata la metodologia di discussione in gruppo. Per sviluppare l'interrogativo principale sono state formulate ulteriori sotto-domande: una persona che viene ricoverata in un reparto psichiatrico, una volta dimessa sarà accettata e accolta dal resto della società? Come si sente una persona che riceve una diagnosi psichiatrica in rapporto al resto della popolazione? Si sente inclusa oppure percepisce meccanismi di esclusione e stigmatizzazione da parte della società? Quali risorse e quali interventi da parte dell'operatore sociale possono favorire l'inclusione di queste persone?

È stato stabilito, attraverso il confronto con le persone coinvolte e considerando il numero di partecipanti, di programmare cinque incontri della durata di un'ora l'uno. Fra le persone che hanno partecipato ve ne sono otto che frequentano il Club '74, un'animatrice socioculturale e la sottoscritta. Questi momenti sono stati finalizzati all'ascolto del punto di vista delle persone coinvolte rispetto al tema delle rappresentazioni sociali e più nello specifico rispetto ai temi dei pregiudizi e degli stereotipi. La discussione e la riflessione sono state stimulate dal materiale (video, canzoni, storie, poesie, frasi) che ognuno ha potuto portare,

volontariamente, durante i diversi incontri e che in un qualche modo si collegavano al tema di fondo.

La metodologia del focus group è risultata particolarmente efficace in quanto permette di trattare i diversi temi per un periodo di tempo piuttosto lungo, inoltre offre la possibilità di “risparmiare tempo e risorse [...]”. Durante una sessione, relativamente breve, si può raccogliere una notevole quantità di informazioni e di altri dati utili” (Carey, 2013, p. 20). In aggiunta il focus group risulta essere utile “se si vogliono studiare le motivazioni delle persone, i loro atteggiamenti e le loro opinioni su temi specifici” (ibidem, p. 20). Nell’allegato numero 3 è riportata la formalizzazione del progetto con i relativi obiettivi. È importante specificare che, in accordo con i partecipanti, gli appunti presi durante i cinque incontri non saranno resi pubblici per rispettare la privacy di ognuno, infatti alcune persone potrebbero altrimenti essere riconoscibili.

Presentando il progetto alle riunioni di segretariato che vengono svolte in socioterapia, si è colto un certo interesse nei confronti di questa proposta. Molti hanno formulato l’intenzione di voler aderire all’idea ma il numero di persone stava diventando eccessivo. In particolare non ci sarebbe stato tempo sufficiente per garantire un’espressione di qualità a tutti i partecipanti. Non ho previsto di allargare il ventaglio delle domande, oltre a quelle indicate, al fine di privilegiare un’espressione più libera possibile, modalità che ho potuto gestire assumendo il ruolo di moderatrice. In alcune occasioni ulteriori domande sono scaturite dal confronto diretto con le persone. Tale metodologia ha permesso di entrare nei dettagli della ricerca senza fretta e in modo rispettoso, trattandosi comunque di un argomento piuttosto delicato. Vi sono stati dei momenti di silenzio, che è risultato funzionale accogliere per favorire ulteriori riflessioni nelle persone, permettendo allo stesso tempo di elaborare quanto condiviso fino a quel momento. Altre volte invece è stato necessario stimolare il confronto, ponendo domande o esprimendo nuove riflessioni. Vi sono state occasioni in cui la dinamica è andata oltre il tema di fondo: per questo motivo diventava opportuno riportare la discussione sull’argomento iniziale. Alcune considerazioni apparentemente fuorvianti sono state tuttavia accolte ed ascoltate, in quanto rappresentavano momenti di sfogo o comunque argomenti di forte interesse generale. D’altra parte il focus group non permette di tenere traccia di ogni singola frase espressa dai partecipanti, per questo motivo è risultato importante il ruolo della mia responsabile pratica, la quale si occupava di trascrivere le frasi più significative direttamente durante gli incontri. Ho successivamente ricostruito quanto emergeva dalle discussioni, ritagliandomi un momento a seguito degli incontri. In questo modo ho privilegiato i contenuti essenziali generati dalle domande, senza porre rilievo sull’identità del soggetto e sulla cornice del suo intervento.

Infine ho cercato di mostrarmi attenta e coinvolta mentre gli altri si esprimevano, evitando di assumere un ruolo che si distanziasse da quello dei partecipanti. Osservare qualcuno che prende appunti mentre parliamo, soprattutto con un computer, potrebbe influenzare negativamente sia l’espressione delle persone che il clima del gruppo, si può infatti creare tensione e le persone possono pensare di essere analizzate o inquisite.

6.2. *Principali risultati emersi*

Durante gli incontri con il gruppo parola sono emerse parecchie informazioni interessanti, garantite dall'anonimato, per rispetto della privacy dei partecipanti. Questa misura ha favorito il libero pensiero e una partecipazione spontanea: alla fine delle sessioni è stato previsto un momento conclusivo per promuovere una riflessione su quanto emerso. In questo modo si sono ordinati i contenuti espressi attraverso la pratica della sintesi che ha agevolato i collegamenti fra le diverse informazioni e la mia domanda di ricerca. Durante il primo incontro è stato proposto un racconto che poneva la questione dei pregiudizi che spesso vengono attribuiti a chi è originario di un altro paese. Portare una storia (vedi allegato 8) che non fosse subito concentrata sull'ambito psichiatrico ha permesso di non risultare troppo invadente e di evitare una discussione affrettata su un tema tanto delicato e coinvolgente. Ho ritenuto opportuno introdurre l'argomento progressivamente, esponendo inizialmente alcune definizioni dei concetti fondanti, come "pregiudizio", "stereotipo" e "pensiero preconcorso", spiegando successivamente, come si sviluppano tali processi nel nostro *modus vivendi*. L'intenzione di rimanere su aspetti generali, evitando una focalizzazione sul vissuto dei partecipanti, almeno durante il primo incontro, ha sicuramente influenzato i loro interventi: gran parte della discussione si è infatti concentrata sulla condizione degli stranieri o dei frontalieri. I primi confronti si sono quindi indirizzati sulle difficoltà degli stranieri legate ad esempio alla discriminazione rispetto al colore della pelle. In seguito la discussione si è concentrata sul tema dei frontalieri in Ticino, quest'ultimo è infatti particolarmente sentito, in quanto molti dei partecipanti hanno la cittadinanza italiana. L'approfondimento di questo tema, maggiormente legato alla sfera personale, ha favorito lo sviluppo di altri argomenti correlati alla storia personale di ognuno. In questo stadio è emersa la constatazione che i pregiudizi riguardano più ambiti della nostra vita. Ad esempio vi sono alcuni che hanno riconosciuto di essere stati vittime in quanto italiani che hanno provato a cercare lavoro in Ticino: secondo una diffusa visione, sarebbero stati accusati di rubare il lavoro ai residenti indigeni. Le stesse persone intervenute hanno poi assunto la consapevolezza che, in aggiunta a queste accuse, vi sono anche i pregiudizi legati al loro vissuto e al loro percorso svolto all'interno della clinica e del Club '74. Questo è stato uno dei primi interventi che ha fatto emergere la storia personale di alcuni partecipanti. Secondo loro gli individui sarebbero suddivisi in due ranghi: "i cittadini di serie A", categoria che rappresenta coloro a cui vengono riconosciuti i diritti e le potenzialità e "i cittadini di serie B", che vengono costantemente discriminati, in quanto diversi o in quanto possiedono caratteristiche che non rientrano nei canoni della cosiddetta "normalità". Questa dinamica provoca ingiustizie e discriminazioni: non tutti vengono presi in considerazione in modo appropriato e dignitoso. Rispetto a questo è emersa una testimonianza la quale confermava la difficoltà di trovare un appartamento in affitto, in quanto, chi avrebbe dovuto accettare la richiesta, aveva dei pregiudizi e aveva sviluppato un'opinione negativa sulla persona in questione. Questa opinione sarebbe stata fortemente influenzata da un precedente ricovero in clinica e quindi ritenuta poco affidabile. Ci si è in seguito concentrati sul funzionamento dei pregiudizi. Un partecipante ha inizialmente sostenuto di non avere pregiudizi, successivamente si è reso conto di averne: "per fortuna che non ne avevo!", ha confessato. Cogliendo quest'occasione è stato importante riconoscere che ogni individuo possiede questi meccanismi, questa consapevolezza dovrebbe tuttavia impedire di farsi influenzare in modo eccessivo. È in

seguito nata una discussione sulla difficoltà di uscire dai propri preconcetti: non è così scontato né semplice, ci vuole un allenamento e una riflessione critica costante sui propri schemi mentali, sul proprio modo di pensare e sulla loro rigidità. Tali schemi mentali, secondo i partecipanti, vengono alimentati da una tendenza innata a seguire la massa: le persone hanno paura di avere un'opinione differente da quella comune, da quella più diffusa. Si fa fatica ad essere diversi, ad avere pareri differenti, perché si viene giudicati in quando non conformi a ciò che viene definito "normale" o "comune". La paura, suscitata dal pensiero che gli altri possano giudicarci negativamente, ci porta, di conseguenza, ad accettare più facilmente ciò che la maggioranza pensa. Un esempio concreto emerso ha ricordato il nazismo, in questo contesto chi aveva un'opinione diversa da quella collegata al movimento veniva oppresso. Come espresso nel gruppo, "il problema non è tanto la singola persona che ha pregiudizi, il problema è quando questi diventano collettivi e creano discriminazione". Infatti una persona da sola difficilmente riuscirebbe ad escluderne altre, creando emarginazione, mentre quando il collettivo si unisce contro qualcuno o contro un gruppo di persone può diventare pericoloso. Si è pensato soprattutto ai paesi in cui vi è una selettiva possibilità di votare: difficilmente le persone emarginate possono riuscire a rivendicare i loro diritti, perché la loro opinione risulta parte di una minoranza. A questo proposito un partecipante ha espresso la sua volontà di poter votare di nuovo, diritto che per il suo passato non gli è più concesso: a sostegno della sua tesi riportava l'opinione che chi sta "ai piani alti" non vuole che determinate persone votino, proprio per non permettere loro di rivendicare i diritti che gli spettano. A sostenere quanto da lui espresso Bauman (1999) "L'individuo che si rende consapevole della propria responsabilità rappresenta l'incubo di ogni potere. Chi esercita il potere riconosce solo una forma di responsabilità ai propri sudditi. Nel linguaggio del potere, essere responsabile significa obbedire agli ordini" (pp. 15-16). L'esclusione e la discriminazione di certe persone diventano quindi concrete quando è il collettivo che le provoca. Di questa influenza reciproca che si sviluppa fra le persone si è anche parlato in un confronto tra i partecipanti: esistono dei preconcetti comuni, degli schemi mentali che, nonostante la componente soggettiva di ognuno di noi, diventano parte dell'opinione generale, tale processo veniva definito dallo psichiatra e psicoanalista Carl Jung "inconscio collettivo", ovvero "lo strato o livello della psiche dove sono contenute le tracce delle esperienze primordiali dell'umanità, che tornano a manifestarsi attraverso immagini ricorrenti (archetipi) nei miti, nelle creazioni artistiche e nei sogni" (<https://www.treccani.it/vocabolario/inconscio/>). È stata altrettanto interessante l'affermazione riportata da un signore che diceva: "tante cose si potrebbero evitare con un po' di buon senso", riflessione che è emersa in lui dopo aver fatto ascoltare al gruppo la canzone *Driver to tears* dei *Police*. Con questa canzone ha voluto sviluppare una riflessione sul tema dell'ingiustizia che spesso osserviamo intorno a noi e alla quale spesso rimaniamo indifferenti. Non ci poniamo domande, non andiamo a fondo alle cose, come se non fosse nostra responsabilità. È notevole il ragionamento che ha sviluppato rispetto alle diverse possibilità che avremmo per migliorare alcune cose; come espresso nella citazione, se le persone avessero un minimo di rispetto reciproco tante cose non accadrebbero. Partendo da un discorso più collettivo, la discussione si è poi concentrata sull'individualità di ognuno: tutti - hanno concordato -, nel loro piccolo, possono fare qualcosa per cambiare o almeno influenzare gli eventi e le situazioni. Infatti il pregiudizio è già nell'essere umano, basta saperlo interpretare ed affrontare per poter accogliere la diversità come un aspetto arricchente e degno di valore. A questo proposito è stata raccolta una testimonianza che ha confermato l'utilità degli incontri, una persona ha infatti espresso la seguente affermazione:

“con questi incontri ho cambiato la visione di ciò che mi circonda, non mi lascio più condizionare da pensieri che non mi appartengono, mi fa vivere meglio”. Questo ragionamento mi ha permesso di comprendere quanto la soggettività e l’individualità di ognuno sia importante da tutelare, anche in processi che prevedono un coinvolgimento collettivo. Ascoltare se stessi e la propria individualità permette di non perdere la propria identità e allo stesso tempo permette di tutelare e favorire una certa coerenza fra pensiero e azione. Altrettanto interessante è quanto espresso da un altro partecipante: “il pregiudizio è un termine inserito nel dizionario, “è solo una parola” alla quale si attribuisce un significato negativo in quanto spesso viene collegato a comportamenti, pensieri, idee negative. Concretamente però tale parola assume un valore negativo solamente se va a nuocere la libertà degli altri, quando non vi è una volontà di approfondire la realtà dei fatti e delle cose. Detto questo, si è poi pensato a cosa può concretamente fare una persona per sconfiggere i pregiudizi, per trovare un rimedio, una cura a questi schemi mentali che limitano o che possono limitare la libertà degli altri. Basandosi su esperienze personali, i partecipanti hanno sottolineato l’importanza dello studio, della cultura, della conoscenza e della curiosità per avvicinarsi a ciò che è definito diverso, mentre l’ignoranza amplifica e incrementa i pregiudizi, i pensieri preconcepiuti e in generale le semplificazioni nell’analizzare e nell’interpretare le situazioni. Ampliare il proprio sguardo al di fuori di ciò che ci riguarda e ci circonda ci permette di cogliere aspetti differenti dai nostri e quindi di riconoscere che ognuno di noi è portatore di caratteristiche, di esperienze e di conoscenze uniche e irripetibili, così come ognuno sviluppa un’appartenenza a culture e contesti differenti. Come espresso da un membro del gruppo, “ci sono delle cose che ci fanno proprio unici, è una cosa genetica, nel DNA”. Al di fuori della “componente genetica”, questa espressione fa emergere quanto l’unicità di ognuno di noi sia tanto importante, riconosciuta e valorizzata tanto che la si percepisce come parte indissolubile di ognuno di noi. Questo accade proprio perché, come sostenuto dal pensiero costruttivista citato in precedenza, tutto ciò che ci circonda ci influenza e ci permette di sviluppare idee, pensieri, riflessioni soggettive, ogni persona che conosciamo, ogni contesto che visitiamo influenza il nostro modo di essere e di agire. Bisogna quindi porre l’attenzione su questo aspetto per non perdere la propria soggettività e la propria unicità e allo stesso tempo per comprendere che ognuno di noi è diverso. Diventa quindi importante, come espresso nel gruppo, rendersi conto dei pregiudizi per poterli superare ed andare oltre, accogliendo la “diversità”. L’argomentazione è stata in seguito approfondita attraverso una riflessione sugli atteggiamenti che si possono assumere per contrastare il pregiudizio. Concretamente è emersa la necessità, oltre che di riconoscere la diversità come parte dell’essere umano, avere la capacità di accettarla per assumere pensieri e comportamenti rispettosi nei confronti dell’altro. Il comportamento, le intenzioni e le azioni concrete che compiamo, secondo quanto emerso, contano di più del pensiero finalizzato a sé stesso, questo perché finché i concetti non vengono concretizzati e messi in pratica non possono nuocere l’altro. I pregiudizi ci sono e ci saranno sempre, come emerso dal gruppo “è impossibile prescindere dai pregiudizi”, ma è importante assumere la consapevolezza che la libertà di una persona finisce dove inizia quella dell’altro e che, come espresso da un membro “non è giusto pensare che tutti ragionano come te”. Di conseguenza, proponendo un collegamento con il vissuto delle persone che sono state ricoverate presso i reparti dell’OSC, diventa evidente l’importanza di conoscere l’altro per non rimanere ancorati ai pregiudizi collegati a chi si trova in un momento di difficoltà. Tale conoscenza dell’altro, del suo modo di vivere e di agire diventa importante anche e soprattutto se sviluppata da parte dei familiari delle persone che sono in una situazione di

disagio. Per i partecipanti è stato infatti fondamentale e necessario spiegare, far comprendere e far conoscere la realtà del Club ai propri familiari e ai propri figli, al fine di mostrare la realtà oggettiva e sfatare i pregiudizi. La vicinanza dei propri famigliari per diversi è stata la fonte di sostegno maggiore, alcuni hanno ricordato che, senza la possibilità di avere un contatto con i propri figli, non sarebbero mai riusciti a raggiungere obiettivi soddisfacenti. Da qui emerge l'importanza della rete informale delle persone che risulta necessaria e funzionale per offrire sostegno. Allo stesso tempo tale percorso è difficile da intraprendere. Come espresso nel gruppo: "difficile è anche far accettare alla famiglia di stare male, di star passando un momento difficile". Questo complesso incontro fra realtà differenti nasce proprio dai timori e dalle paure che l'essere umano sviluppa nei confronti di ciò che è sconosciuto. Un membro del gruppo, riferendosi al suo trascorso, ricorda: "uno elabora la propria situazione, gli altri invece han paura, non capiscono e allora puntano il dito". Conoscere l'altro ci permette di riconoscerlo e quindi di valorizzare le sue risorse, le sue capacità e le sue competenze. Ciò senza soffermarsi alla prima apparenza che risulta una semplificazione estremamente pericolosa, se non approfondita in un secondo momento, in quanto non riconosce la complessità che caratterizza ognuno di noi. Questo atteggiamento non è però semplice da assumere, a testimoniare questo fatto diversi vissuti personali dei partecipanti. Bisogna infatti avere una certa disponibilità nei confronti dell'altro per poterlo accogliere, un'eccessiva rigidità nell'incontro non permette di uscire dai propri schemi mentali e aprire nuovi orizzonti. Al tema della paura è dedicata una frase che è stata portata ad uno degli incontri: "perché la diversità pesa più a chi la vede che a chi la vive?". Discutendone col gruppo è emersa la constatazione che una persona in difficoltà elabora quanto vissuto per poter superare la situazione e per trovare di nuovo un certo equilibrio, un certo stato di benessere. Pertanto, come espresso da un membro, il problema "pesa di più a chi lo vede, perché non vive quello che viviamo noi". Chi non vive in prima persona certe circostanze, può far fatica a comprenderle. Le motivazioni di questa difficoltà, secondo quanto emerso nella discussione, possono essere le seguenti: un'eccessiva rigidità che limita l'ampliarsi dei propri schemi mentali oppure l'incontro con l'altro, con l'alterità, con la diversità smuove qualcosa nella persona, a livello emotivo, che non piace generando una repulsione o un rifiuto. Infatti alcuni interventi hanno confermato che "ciò che è simile a noi ci rassicura, ciò che è differente invece tendiamo a generalizzarlo" e quindi nascono pregiudizi come il seguente: "tutti i ricoverati sono matti". A testimoniare questo meccanismo sono stati proprio alcuni partecipanti, i quali hanno ammesso la difficoltà di accettare la necessità di essere ricoverati in un reparto di psichiatria. È stato inoltre rilevato che le persone hanno dei pregiudizi anche a causa della tendenza a non accettare i propri problemi, a non voler ammettere che, in quel dato momento, si stanno vivendo le medesime difficoltà di chi è soggetto ai nostri pregiudizi. I pregiudizi legati alle persone che già erano ricoverate erano presenti anche negli individui che, successivamente, per un motivo o per l'altro, sono passati dagli stessi reparti. Anche fra i membri del gruppo vi era il pregiudizio secondo cui chi viene ricoverato è "un matto" e che l'OSC "è un luogo dove si sta male". Anche rispetto a chi è ricoverato attualmente sono maturati dei pregiudizi riguardanti il comportamento per poi assumere la consapevolezza che "quel paziente un tempo ero io". Dopo il ricovero molti pazienti hanno cambiato idea: sono stati bene all'OSC, hanno trovato dei luoghi e delle persone che hanno favorito e promosso il loro benessere. Viene a questo proposito ribadita l'importanza del principio della libera circolazione, sostenuta dal Servizio di socioterapia. L'incontro fra persone ricoverate e persone "esterne" agevola il tipo di conoscenza di cui si parlava prima e aiuta a sfatare le valutazioni nate da generalizzazioni pericolose e poco

attendibili. Lo scambio di opinioni ha di nuovo confermato la difficoltà ad assimilare ogni forma di diversità: “ciò che è diverso da noi facciamo fatica a comprenderlo, ci fa paura e per questo non andiamo a fondo alle cose”. Queste esperienze d’incontro possono ridimensionare alcuni pregiudizi, ma non sempre è possibile sradicarli del tutto, perché – come detto – ogni individuo convive suo malgrado con i pregiudizi, che tuttavia possono essere criticamente amministrati. Infatti queste rappresentazioni permangono anche dopo l’incontro con l’alterità, in particolare con i pazienti ricoverati nelle cliniche: “li si guarda pensando che hanno dei comportamenti strani, poi ripensandoci, ci si rispecchia in loro nel tempo in cui ero ricoverato anche io”. In una discussione del corso di “Recovery”¹³ è stato osservato che spesso chi sta peggio è chi non è ancora entrato in contatto con i servizi dell’OSC perché, per arrivare a tale servizio, è necessario dapprima un grande lavoro di consapevolezza e di riconoscimento delle proprie difficoltà. Conseguentemente diventa necessario lo sviluppo di una certa volontà di mettersi in gioco per poterle, in qualche modo, affrontare. Chi è invece già all’interno di un percorso e chi ha già intorno a sé una rete che si occupa del suo benessere, nonostante gli ostacoli comunque presenti, ha già cominciato o sta già cominciando a sviluppare una certa consapevolezza dei propri bisogni. Questa maturazione permette, di conseguenza, di gestire meglio le situazioni delicate, al contrario, chi non è ancora a quel punto del percorso fatica a intraprendere tale processo. Può capitare pertanto che coloro che in realtà sono in una situazione di difficoltà maggiore sono proprio coloro che ancora non hanno accettato o riconosciuto la loro condizione e che non hanno una rete appositamente costruita che possa offrire loro sostegno. A testimoniare questo ipotesi è stato un partecipante al gruppo di discussione, il quale ha espresso queste parole: “chi è stato in clinica è soggetto a pregiudizi e spesso fa fatica a parlare agli altri di essere stato ricoverato, oggi invece se qualcuno mi giudica per questo aspetto non me ne frega niente”. Si tratta di una testimonianza che conferma l’assunto secondo cui chi passa da un ricovero ha la possibilità di poter elaborare il proprio vissuto e le proprie difficoltà, usufruendo del sostegno adatto.

Un altro aspetto che potrebbe influenzare negativamente l’incontro con l’altro riguarda l’idea che “certe cose succedono solo agli altri”. Facciamo fatica ad accettare che anche noi potremmo riscontrare ostacoli simili e necessitare di sostegni che fino a quel momento non immaginavamo. Si tende dunque a nascondere certi vissuti, anche perché la società in generale indirizza verso la modellizzazione di una certa perfezione ipocritamente mascherata: si è spinti a mostrare il lato bello di sé, tutti devono essere “felici, sorridenti, perfetti e sempre in forma”. I difetti, le difficoltà non vengono accettate come invece dovrebbero, nella misura in cui sono parte integrante di una personalità multiforme e in evoluzione. Questo tipo di atteggiamento negativo nei confronti della complessità che ci caratterizza non permette un’espressione di sé autentica e veritiera, tutti o molti aspetti della propria identità e del proprio vissuto vengono quindi falsificati a favore di un’immagine di sé apparentemente perfetta. In questo meccanismo assimilante non viene contemplata la possibilità che “ognuno di noi vive momenti difficili”: i partecipanti hanno più volte ribadito che “si giudicavano male i pazienti che venivano ricoverati, poi ci si è trovati nella stessa situazione e si ha compreso che ognuno può trovarsi nella stessa situazione”.

¹³ Il corso di «Recovery», organizzato da Pro Mente Sana, prevede la formazione di un gruppo di persone che hanno vissuto un’esperienza di sofferenza psichica al fine di discutere su vari temi che possano interessare le persone coinvolte. Due degli obiettivi di tale corso riguardano proprio «la consapevolezza del proprio vissuto e il liberarsi dai tabù e dalle stigmatizzazioni» (<https://sopsy-si.ch/index.php/2020/01/01/gli-anni-piu-belli/>).

Durante gli incontri un partecipante ha proposto un tema legato al pregiudizio trattato al corso Recovery citato in precedenza: l'ha definito autostigmatizzazione (vedi allegato 9). Secondo la sua spiegazione tale meccanismo entra in gioco "quando qualcuno è continuamente soggetto a pregiudizi e si interiorizza tale rappresentazione, che gli altri hanno, su di sé e ci si sente così, si crede di essere davvero come gli altri ci rappresentano, anche se non è così". Riflettendo in gruppo su questo tipo di meccanismo, ci si è resi conto che anch'esso, come i pregiudizi, è presente negli individui indipendentemente dalla propria volontà, sta poi alla persona stessa eliminare tale rappresentazione, se non la riconosce, attraverso una costante auto-riflessione sul proprio modo di essere e di agire. Un'ulteriore insidia implicata nel problema è stata esposta da un'altra affermazione: "io non mi sono mai sentita/o autostigmatizzata/o"; a seguito della discussione in gruppo è invece emersa la consapevolezza che tale meccanismo si presenta quotidianamente. Può capitare che questa reazione succeda nella nostra parte inconscia, ciò non dovrebbe tuttavia inibire la possibilità di rendersi conto che alcuni di questi atteggiamenti siano legati a tale processo. Il gruppo ha affermato: "l'autostigmatizzazione è una fregatura, ti frena nel fare certe cose", infatti una delle conseguenze riportate nei documenti del corso di Recovery sono: passività, perdita di energia, auto-discriminazione, ridotta autostima e ridotta auto-efficacia (vedi allegato 9). Questi ultimi sono solo alcuni degli esempi di comportamento che una persona può assumere e che vanno effettivamente a confermare l'espressione riportata in gruppo: se non ci si sente all'altezza degli eventi e delle situazioni, difficilmente si intraprendono nuove esperienze e si ha voglia di fare. È risultata molto stimolante l'affermazione di un partecipante: "dopo tante volte che uno si sente soggetto ai pregiudizi tende a pensare che tutti pensano di lui in quel modo, si parte prevenuti e si pensa che tutti hanno gli stessi pregiudizi". Quando una persona sente giudizi persistenti e parole standardizzate che lo riguardano, inevitabilmente interiorizza tali schemi, anche se non vi si riconosce. Allo stesso tempo si tende a ritenere che tutti abbiano un modo omologato di esprimere il pensiero: si immagina che tutti ci giudichino negativamente, perché la maggioranza delle persone incontrate così si è espressa. Durante la discussione è emersa l'importanza di dare fiducia alle persone, di ascoltarle e di conoscerle prima di anticipare una valutazione: paradossalmente pensare che tutte le persone ci giudicano male è a sua volta un pregiudizio. Diventa quindi necessario farsi sorprendere, sia in positivo che in negativo, dagli interlocutori per evitare di precludere occasioni di incontro ed esperienze uniche e irripetibili.

Durante gli scambi d'opinione è anche emerso quanto la cultura e il contesto di riferimento influenzino fortemente il proprio modo di pensare e di interpretare ciò che ci circonda. Testimone il racconto di un partecipante, il quale ha sottolineato la decisa influenza che il padre aveva avuto sulla sua visione dei frontalieri. Questa contaminazione si rafforza attraverso la sua ripetizione; osserva un partecipante: "dopo che senti la stessa cosa più volte ti viene di pensarla, finché poi non cresci e non ti fai una tua idea". Questo esempio fa capire molto bene che le persone con un'interazione sociale limitata hanno spesso un modo di pensare e un modo di agire piuttosto chiuso ed omogeneo. D'altra parte è risultato interessante ciò che è stato espresso rispetto alla crescita personale: ognuno, sviluppandosi, cerca di costruire una propria identità. Questo avviene grazie alla persona che raccoglie ciò che gli altri le hanno trasmesso, per imitazione e per assimilazione, e che fa suo ciò che reputa debba far parte della sua personalità, tralasciando tutti quegli aspetti che non condivide. In questi casi il determinismo culturale entra in un rapporto dialettico e conflittuale con gli atteggiamenti selettivi dettati dalla soggettività individuale, che può risultare

prevalente. La cultura (o le culture) assume (o assumono) quindi effettivamente un ruolo importante nel modo di pensare ed agire delle persone, anche se subisce alterazioni soggettive influenzate dall'ambiente più o meno ristretto in cui vive l'individuo che a sua volta opera delle scelte. Le proprie rappresentazioni sono quindi sintesi di un processo complesso che coinvolge nel contempo variabili esterne alla persona e sensibilità soggettive.

Il gruppo ha potuto anche riflettere sul rapporto tra la cultura (e i modi di pensare ad essa collegate) e i giudizi concernenti la percezione sociale di una malattia. Un partecipante ha portato l'esempio di un familiare a lui vicino il quale è stato ricoverato per una depressione; lo stesso si è accorto che, a dipendenza del motivo per cui viene ricoverato, si è più o meno accettato dalla società. Chi viene ricoverato in un ospedale, perché ha rotto una gamba, viene assecondato in forme di condiscendenza, le persone entrano in empatia con lui, lo comprendono, mentre chi viene ricoverato in un ospedale psichiatrico per depressione non viene considerato allo stesso modo, prevale infatti una reticenza negativa. Lo stesso partecipante si è domandato: "quante persone ne soffrono? Molte". Chi soffre di questo tipo di disagio sovente non viene accettato, viene escluso, stigmatizzato, malgrado questo rappresenti una sofferenza reale. La stessa gerarchia la si può trovare nei reparti di psichiatria, spesso durante lo stage ho potuto sentire persone che si definivano "meno matti di quello lì", perché ognuno, forse per necessità, tende a prevaricare sull'altro, a mostrarsi migliore, prendendosi di conseguenza con chi sta peggio. Allo stesso modo accade con i frontalieri, il problema sono loro che ci rubano il lavoro, non i responsabili che alterano gli equilibri lavorativi ed economici a scopo di lucro. Ma anche i dottori che lavorano in psichiatria vengono etichettati negativamente dai loro colleghi che lavorano in altri settori, a testimoniare questo assunto è stato un professionista che ha partecipato ad uno degli incontri del corso di Recovery. I valori di riferimento sembrano essere indulgenti e comprensivi nell'area delle cure che ammettono un problema fisico, la dimensione psichica e mentale continua ad essere giudicata con reticenza e sospetto. Questa linea di pensiero è stata confermata da un membro del gruppo a proposito delle sedute da uno psicologo, rispettivamente da uno psichiatra: "ho paura di dire che vado dallo psichiatra perché ho timore del giudizio delle persone, invece dovrebbero avere tutti almeno uno psicologo". Questo accade alle nostre latitudini perché vi è una forte influenza del modello culturale che risulta poco accondiscendente nei confronti delle malattie psichiche. Un collega della socioterapia conferma all'opposto che negli Stati Uniti è normale andare dallo psicoterapeuta. L'accettazione o meno di un determinato tipo di sostegno è pertanto condizionato dalla cultura di riferimento. Ricorda un partecipante: "non lo dici a tutti che vai dallo psicoanalista perché vieni stigmatizzato, a volte ci vuole un po' di coraggio". Un altro interlocutore ha messo in evidenza la difficoltà nel "trovare posto di lavoro perché sapevano che sono stato in clinica": questa persona ha provato più volte a trovare un'occupazione senza riuscirci, proprio perché soggetto a forti pregiudizi legati al suo vissuto. Anche in questa situazione non è stata considerata la complessità che caratterizza l'individuo inoltre non è stata riconosciuta la possibilità e la capacità di ognuno di modificare la propria situazione per raggiungere un nuovo equilibrio.

6.3. L'utilità delle informazioni raccolte per l'operatore sociale

A seguito di una riflessione su quanto emerso nel contesto del gruppo parola, è possibile confermare l'utilità delle informazioni raccolte, poiché forniscono all'operatore sociale indicazioni essenziali. In primo luogo è rafforzata l'effettiva percezione di pregiudizi e forme di esclusione e di discriminazione nei confronti delle persone che convivono con una situazione di disagio psichico, o che l'hanno subita. Le impressioni raccolte hanno confermato le aspettative: è ancora presente una certa chiusura da parte della società nei confronti dell'alterità. Infatti non è facile uscire dai pregiudizi attraverso una costante riflessione: spesso chi si ritiene immune da queste difficoltà elabora implicitamente, attraverso il luogo comune, una forma di autodifesa della sua specificità e delle sue certezze che gli appaiono incrinata dalla minaccia della diversità, in tutte le sue manifestazioni. A questo proposito fa riflettere molto quanto espresso da un partecipante: "le persone ci vedono come pazzi, ma cosa vuol dire essere pazzi?". La componente semanticamente soggettiva in questo termine è talmente presente, che rende difficile definire chi potrebbe rientrare in tale categoria. Anche l'etimologia del termine 'pazzia' conferma il suo carattere aleatorio e ambiguo: forse è un derivato dalle voci latine "patiens" (paziente, sofferente) o da "pactiare" (pattume, rifiuto) a cui si aggiunge la componente popolare della stravaganza (Cortellazzo & Zoli, 1999, p. 1154). La tradizione linguistica conferma l'esigenza della mentalità collettiva di attribuire una categoria sociale ad una persona che sembra sfuggire alla misura della norma. Si tratta di un argine difensivo e antropologico che ha dei risvolti semplificanti nella sua provvisorietà, data la notevole capacità dell'essere umano di mutare la sua condizione a seconda degli stimoli e degli eventi. Sul vocabolario della Treccani (<https://www.treccani.it/vocabolario/pazzo/>) pazzo significa "malato di mente" oppure "persona stravagante, bizzarra, non perfettamente equilibrata, o anche soltanto spensierata, amante dell'allegria e degli scherzi". Dato questo presupposto e grazie allo spunto del partecipante, si potrebbe immaginare che tutti possano aver dimostrato, in qualche modo, queste caratteristiche, ripensando al proprio vissuto e alle proprie esperienze. Indirettamente si ha conferma che la linea fra chi vive in una situazione di disagio psichico e chi crede di stare bene è talmente sottile da non poterla definire. Un membro del gruppo sottolinea che "in ogni luogo, in ogni dove si possono notare le stranezze che si vedono qua", riferendosi al Club '74: "la diversità" è presente in ognuno di noi e quindi in ogni luogo che frequentiamo. Come si fa a dunque a definire chi è pazzo? Cosa effettivamente vuol dire questo termine? Alla luce di quanto emerso dalla ricerca non risulta concretamente possibile stabilirlo, la componente soggettiva e culturale legata a questo termine è tanto alta che risulta praticamente impossibile collocarlo in una categoria ben definita, anche se appare una devianza rispetto alla norma fissata dai valori della maggioranza, definiti dai codici di comportamento dominanti. Questi investono la dimensione etica, sociale, religiosa, artistica, economica e politica. Ogni epoca storica e ogni dimensione antropologica fissa un margine discriminante che distingue il lecito dall'illecito, la legge dalla devianza, l'omologazione dall'esclusione: la normalità dalla 'pazzia'.

Come ho già espresso nel capitolo 5 il pregiudizio, assume una valenza collettiva e condivisa, diventando un valore, o pseudovalore, fondante per un gruppo sociale. Lo stesso meccanismo fissando il limite della convenienza, diventa per il gruppo minacciato parte integrante della sua stessa sopravvivenza e quindi va considerato con il dovuto rispetto e con la dovuta comprensione, perché è una manifestazione di ansia e di paura. In particolare

in un contesto relativizzante e liquido come la contemporaneità, chi si sente minacciato a livello identitario elabora il principio del limite che discrimina, che giudica: l'esperienza del limite è per altro parte integrante della dimensione umana, così come lo è il suo rovescio. Nel contesto dell'esperienza al Club '74, mi pare di fondamentale importanza riflettere sul ruolo dell'operatore sociale: in questo senso egli diventa una sorta di mediatore tra la 'norma' e ciò che sembrerebbe essere il suo contrario. La chiave operativa dovrebbe, a mio modo di vedere, fondarsi sulla conoscenza, sull'interazione, sullo scambio reciproco: in questo senso vanno anche interpretati gli sforzi del Club di aprirsi verso la società, accogliendo nel contempo gente dall'esterno. L'apertura non porta per forza all'eliminazione degli estremi, ma può assicurare una coesistenza rispettosa dell'eterogeneità. Il Club diventa un laboratorio in cui, in scala ridotta, si coltivano le caratteristiche della nostra contemporaneità. Ogni individuo non ha una sola identità, ma è amalgamata da diverse identità, essendo portatore di soggettività, di origini, di lingue, di culture differenti che entrano fra di loro in contatto. Questo riguarda tutti gli individui: l'euforia convive con l'equilibrio, il carnevale con il resto dell'anno, la follia con la razionalità, il Club convive con l'esterno, l'esterno con il Club, il 'normale' con chi esula dalla normalità. L'operatore deve dunque cercare degli equilibri senza relativizzare le differenze: è un esercizio delicato che prevede paradossalmente dei limiti. Questi limiti devono considerare il margine operativo permesso dal quadro clinico: forme gravi di disfunzioni psichiche vanno per esempio amministrate con interventi adeguati, in questo modo sono salvaguardate le diverse identità e integrità di tutti, ridimensionando di conseguenza le paure che promuovono i pregiudizi.

Per l'operatore sociale diventa importante riflettere anche sulla responsabilità di ognuno nell'inclusione di coloro a cui non sono riconosciuti i diritti e le libertà nella società. Il professionista dovrebbe essere nella condizione di adeguare i suoi interventi per favorire il benessere di queste persone, agendo in modo intenzionale senza basarsi su elementi che non rispecchiano la realtà del contesto di riferimento. Il suo ruolo assume una responsabilità rilevante, considerando la società post-moderna che enfatizza l'individuo e marginalizza i valori collettivi. A seguito di questa considerazione si conferma la delicatezza dell'uso verbale: l'operatore sociale deve continuamente riflettere sui termini che vengono utilizzati, così come sui significati ad essi collegati. Porsi domande e avere un atteggiamento critico nei confronti della modellizzazione del mondo realizzata con le parole diventa estremamente utile al fine di non adagiarsi in una zona di confort, che non permette di ottenere cambiamenti concreti legati alle specifiche caratteristiche del contesto di riferimento. Inoltre l'operatore, attraverso una buona e approfondita conoscenza delle difficoltà che riscontrano le persone con cui lavora, può modulare il suo intervento, anche verbale, volto a sostenere e affrontare quegli ostacoli.

Un altro aspetto rilevante, emerso nella discussione in gruppo riguarda il ruolo della rete informale delle persone che vivono un momento di difficoltà. L'importanza che i figli, gli amici o i familiari hanno assunto per alcune delle persone che hanno partecipato agli incontri fa comprendere quanto sia importante il lavoro di rete. In qualità di operatori sociali si può offrire aiuto e sostegno alle persone, altri attori, allo stesso tempo, possono offrire sostegno e aiuto in modo altrettanto funzionale. Da qui l'importanza di lavorare con la rete informale, agendo in modo complementare, senza sostituire i professionisti. Questa sinergia permette di offrire sostegno su diversi ambiti della vita, evitando confusioni rispetto ai ruoli di ognuno. Un lavoro di rete, come il lavoro di gruppo, ben coordinato permette anche di unire più punti

di vista, più esperienze e più conoscenze, aspetto che ancora una volta risulta essere estremamente funzionale, perché permette di avvicinarsi meglio alla complessità che caratterizza chi viene ricoverato in una clinica psichiatrica. Un esempio concreto è fornito ancora una volta dal gruppo parola: durante gli incontri sono emersi aspetti e concetti che non tutti conoscevano. L' "autostigma" - ne ho riferito nel capitolo 7 - è un concetto di cui molti non avevano mai sentito parlare, la partecipazione attiva da parte dei membri del gruppo ha quindi rappresentato un'occasione di crescita e un'occasione per sviluppare nuove conoscenze estremamente utili. Il lavoro in gruppo è pertanto una metodologia a cui l'operatore può fare riferimento indipendentemente dal contesto in cui si trova.

La partecipazione dei membri del gruppo è stata notevole e per nulla scontata, le persone si sono aperte agli altri al punto da raccontare, fin dal primo incontro, informazioni intime e personali rispetto al proprio vissuto e alle difficoltà incontrate. A confermare questo aspetto è stata l'animatrice socioculturale che ha partecipato al progetto: ha infatti attestato che molti elementi emersi durante questi incontri non erano mai stati espressi dalle persone in questione. Questo supporta anche l'idea che il gruppo, favorito da condizioni adeguate, può aiutare le persone ad esprimersi. Ascoltando gli altri infatti ci si rende conto di non essere soli a vivere determinate difficoltà e che per quanto sia presente in ognuno di noi una componente soggettiva, alla fine non siamo poi così diversi. Una conoscenza reciproca, maturata prima degli incontri, ha aiutato le persone a confidarsi senza timore. Anche la figura rassicurante della mia responsabile ha giocato un ruolo importante, così come la predisposizione di un contesto accogliente e tranquillo è risultata una strategia funzionale. In rapporto a questa ricerca non posso che esprimere una grande gratitudine nei confronti delle persone che si sono messe in gioco senza timore. Ascoltando i feedback dei partecipanti alla fine dell'ultimo incontro mi ritengo soddisfatta di quanto abbiamo realizzato: sono stati effettivamente dei momenti che, in un modo o nell'altro hanno trasmesso qualcosa ad ognuno. Il progetto esposto è effettivamente risultato utile per i partecipanti: il lavoro svolto va e andrà ben oltre il mio progetto di tesi. Questo dimostra quanto sviluppare delle aspettative sia inevitabile quanto limitante: è importante che l'operatore sappia sempre riadattare il suo pensiero alla realtà dei fatti, senza farsi influenzare troppo da elementi che non sono ancora stati confermati. Lavorare nell'incertezza non è facile, ma diventa funzionale, perché evita l'insidia delle categorizzazioni che semplificano e non rispecchiano la realtà che può assumere un aspetto diverso da quanto preventivato.

Un ulteriore aspetto emerso dagli incontri riguarda la funzione del Club rispetto alle tematiche legate all'esclusione e ai pregiudizi: a questo proposito è coinvolto anche il ruolo dell'operatore. Molti dei partecipanti hanno confermato che il Club cerca di contrastare determinate dinamiche che si possono riscontrare nella società. Si cerca di combattere lo stigma e di far conoscere, ad esempio attraverso i progetti come il Carnevale o la Festa Campestre (vedi allegato 10), ciò che viene realizzato al suo interno, mostrando, allo stesso tempo, che le persone hanno delle capacità e delle competenze. Un partecipante ricorda: "a me è capitato di sentirmi escluso, non accettato, non compreso, né valorizzato prima di essere ricoverato. Arrivare qua al Club mi ha dato conforto e la possibilità di confrontarmi". Questo conferma effettivamente la capacità delle persone che fanno parte di quel contesto di accogliere e riconoscere le qualità e il valore di ognuno. Sempre lo stesso partecipante ha affermato "mi sento al sicuro qua al Club perché mi sento compreso, non mi sento diverso, non mi sento stigmatizzato". Un altro partecipante ha invece messo in rilievo il rischio che il

Club diventi una sorta di riserva protetta: “bisogna fare attenzione a non rinchiudersi nel Club, bisogna uscire, essere a contatto con l'esterno per non rimanerci rinchiusi”. Questa affermazione tocca un argomento molto complesso perché è difficilmente generalizzabile, ognuno infatti ha le proprie esigenze, i propri bisogni e le proprie difficoltà. Dato quest'ultimo presupposto per alcuni frequentare gli spazi del Club è già un traguardo che porta soddisfazione e autorealizzazione, per altri invece rimanere in quel contesto per anni potrebbe diventare limitante e poco funzionale. Nonostante questo rischio, l'affermazione riportata permette di confermare l'utilità di una riflessione costante sul percorso delle persone con cui l'operatore sociale lavora, ciò al fine di evitare dinamiche statiche, contraddistinte da abitudini e consuetudini cristallizzate. Queste derive infatti possono rendere inefficace il lavoro dell'operatore sociale, impedendo il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Diventa pertanto necessario continuare a riflettere sul senso di ciò che si sta facendo per poter sviluppare un percorso con l'utente che rispecchi effettivamente la sua soggettività e i suoi bisogni.

Durante gli incontri ho assunto due ruoli in particolare: quello di moderatrice, come già detto in precedenza, e quello di partecipante. Quest'ultimo ruolo è risultato opportuno per favorire un certo sentimento di gruppo. Evidenziare i diversi ruoli all'interno del gruppo non sempre risulta funzionale, la strategia scelta permette infatti di entrare più facilmente sia nelle dinamiche di gruppo che di entrare in relazione con i singoli individui. Ciò perché le persone si sentono prese in considerazione allo stesso modo, senza disparità. Attraverso un'attenta osservazione, si è potuto notare un certo sviluppo positivo per quanto riguarda i rapporti fra le persone, Ad esempio si sono creati nuovi legami e molte persone si sono aperte e hanno raccontato particolari del loro vissuto che prima non avevano ancora espresso dichiaratamente. Tali momenti di scambio e di confronto rappresentano per l'operatore sociale occasioni privilegiate ed estremamente formative, che permettono di cogliere l'evoluzione di un rapporto di fiducia reciproca. Questi incontri hanno anche ricoperto una funzione importante per il percorso di vita delle persone: creare uno spazio in cui hanno potuto esprimersi ha permesso loro di esternare ed elaborare alcuni vissuti, confrontandosi con esperienze e punti di vista differenti. La cura del contesto si è mostrata una strategia estremamente importante e arricchente. Concretamente sono state disposte delle sedie in cerchio, in modo che tutti potessero vedersi ed è stata riservata un'aula in modo da prevenire fonti di disturbo esterne. Alla fine di ogni incontro è stato previsto un momento più rilassante e meno strutturato, in cui le persone hanno potuto fermarsi, mangiare qualche dolce fatto in casa e confrontarsi anche su altri temi. Questo sistema ha permesso di consolidare il sentimento di gruppo che già si stava formando.

7. Conclusioni

A ricerca conclusa si possono notare dei denominatori comuni collegati al tema del pregiudizio nel campo della psichiatria, nonostante i diversi cambiamenti avvenuti a livello culturale e sociale nel corso degli anni. Sono infatti mutate le definizioni, i modelli di riferimento, le relazioni, gli stili di vita e tanto altro, ma rimane sempre presente un certo

timore o addirittura, in alcuni casi, la paura del diverso, dell'alterità e del giudizio dell'Altro. In particolare questo accade nei confronti di chi ha vissuto o sta vivendo una situazione di disagio psichico: tutt'ora si fatica a condividere con la popolazione i diritti di queste persone. A conferma di questa ipotesi si può portare un esempio legislativo: lo sviluppo di una legge appositamente costruita per la fattispecie risale solo alla fine degli anni '90 del secolo scorso. Come sostenuto da Martinoni, professore emerito di Letteratura italiana presso l'università di San Gallo, il divario delle posizioni fra le comunità aumenta "quando viene sostenuto da settori come la politica o la burocrazia, che sembrano essere oggi i principali 'costruttori di immagini', e i loro veicolatori, esso conduce alla manipolazione dell'opinione pubblica e alla discriminazione degli avversari" (Martinoni, 2019, p. 23). Secondo Bauman (1999):

Il procedimento seguito per tracciare i confini e disegnare le mappe cognitive, estetiche e morali, stabilisce fin dall'inizio gli individui destinati a rimanere ai margini o fuori dagli schemi di una esistenza ordinata e dotata di senso: gli stessi che in seguito saranno accusati di causare i disagi più fastidiosi e insopportabili (p. 55).

Seppur il professore faccia riferimento alle comunità in senso più generale, lo stesso discorso può essere facilmente applicato considerando il gap sociale fra persona con disagio psichico e il resto della società. Pensiero che è stato confermato anche da Bauman (1999): "la possibilità di una sana convivenza umana dipende dai diritti dello straniero,¹⁴ e non dipende invece dalla questione a chi spetti – lo stato o la tribù - decidere chi sono gli stranieri" (p. 77). Ma "tagliare e restringere la libertà degli esclusi non aggiunge nulla alla libertà di chi è libero; al contrario, sottrae a molti altri la possibilità di sentirsi liberi e di godere delle proprie libertà" (ibidem, p.19). Per libertà si intende, secondo Guido de Ruggiero - filosofo italiano (1888 – 1948) - "la capacità di fare ciò che piace, una libertà di scelta che implica il diritto dell'individuo a non essere ostacolato da altri nello svolgimento della sua attività" (citato da Bauman, 1999, p.19). Nel secolo scorso chi era definito diverso veniva represso, vi era chi comandava e chi doveva sottostare alle volontà dei primi, si cercava di reprimere e di liberare la società da ciò che era strano. "Lo straniero era il nemico dell'uniformità e della monotonia, e la pianificazione della città guidata dalle utopie urbanistiche riguardava l'eliminazione di ciò che di strano vi era negli stranieri e, se necessario, degli stranieri stessi" (Bauman, 1999, p. 84). Beninteso questa marginalizzazione va estesa a tutti i portatori di una diversità per poi assumere molteplici sfaccettature di tipo anagrafico (nazionalità), etnico, religioso, comportamentale, ecc. Tutto ciò in nome di una società perfetta e uniforme e di un'unica e sola verità. Le istituzioni avevano il ruolo di "restaurare la certezza, eliminare la casualità, rendere i comportamenti dei propri membri regolari e prevedibili, o ancora meglio, certi" (ibidem, p. 102). Ciò attraverso modalità ed elementi che secondo Bentham servivano a punire il "ribelle, sorvegliare il pazzo, riformare il depravato, confinare il sospetto, far lavorare l'ozioso, aiutare i deboli, curare i malati, forgiare la volontà in ogni campo o formare le prossime generazioni nel lungo itinerario dell'educazione" (citato da Bauman, 1999, p. 102). La paura del diverso nella società postmoderna si è sviluppata ulteriormente poiché dev'essere affrontata in prima persona, questo perché attualmente, a differenza dell'epoca moderna, "i meccanismi di «ristrutturazione» perdono la loro forza normativa o semplicemente non ci sono più"

¹⁴ 'Straniero' qui nell'accezione di diverso, portatore di una dimensione estranea alla società di riferimento e per questo ritenuto strano.

(Bauman, 1999, p. 108). E quindi non ci sono più le istituzioni che agiscono al posto della popolazione, ma sono i cittadini stessi che devono affrontare individualmente la realtà che li circonda. Ciò che invece è mutata rispetto a un tempo è la consapevolezza che esista effettivamente una linea sottile fra chi viene considerato “malato” e chi viene considerato “sano”, questo perché la nostra vita è sempre più caratterizzata da incertezza nei diversi ambiti che la compongono. Come espresso da Michael Schluter e Davide Lee lo straniero “è ciascuno di noi non appena esce di casa” (citati da Bauman, 1999, p.81), da qui la consapevolezza che “non si tratta di affermare che la verità umana è solo un inconveniente temporaneo, ma di capire come si può convivere con l’alterità in modo continuativo” (Bauman, 1999, p. 74). Dato il presupposto che l’essere umano fatica a rimanere all’interno di categorie e di confini, “gli uomini che li oltrepassano diventano stranieri, tutti avevano ragione di temere lo stivale capace di schiacciare il volto estraneo nella polvere” (ibidem, p. 55). Se nell’epoca moderna lo scopo era raggiungere un’identità solida e stabile, nel postmoderno, come espresso da Bauman, lo scopo è di “evitare ogni tipo di fissazione” e “lasciare aperte le possibilità” (ibidem, p. 27). La consapevolezza che non esiste solo una verità lascia spazio al dialogo, al cambiamento. Oggi viviamo in una condizione di incertezza generale che ci permette tuttavia di avvicinarci maggiormente alla comprensione di chi ha un disagio psichico. “I mezzi di sostentamento, la posizione sociale, il riconoscimento delle capacità e il diritto alla dignità personale possono svanire bruscamente e senza preavviso” (ibidem, p. 64), la vita è frenetica, veloce, precaria, incerta, difficile da controllare, le decisioni sono sempre più difficili e non c’è modo di pensare ai propri progetti a lungo. “Nessuna occupazione è garantita, non c’è posizione che non possa indebolirsi, non c’è capacità o abilità la cui utilità sia in grado di durare a lungo” (ibidem, p. 63). I lavori, al contrario di un tempo, sono precari, provvisori, part-time, flessibili, scarsamente strutturati e scarsamente retribuiti. Le amicizie, i rapporti sono frammentari e discontinui, ristretti, distanti, superficiali; non vi sono obblighi, responsabilità o doveri reciproci permanenti, ogni aspetto della vita e l’identità stessa delle persone diventano labili, destrutturate, non durevoli, mutabili, fluide, poco definite e discontinue. Questa mancanza di reti sociali, che un tempo erano costruite dai familiari e dai propri vicini, fa sì che si crei una mancanza di quel sostegno e di quella cura reciproci che tale rete permetteva di avere a disposizione. Oggi tali relazioni sono mediate dalla tecnologia e dagli strumenti che essa offre, in assenza di questi gli stessi rapporti si dissolvono. Con il fallimento del tentativo di incasellare le persone e gli eventi all’interno di definizioni rigide e indiscutibili, cresce anche “la confusione e l’attenuazione delle differenze tra normale e anormale, atteso e inaspettato, ordinario e bizzarro, domestico e selvaggio: familiare ed estraneo, noi e gli stranieri” (ibidem, p. 66). Infatti “ciò che trasforma alcuni individui in «stranieri» e li rende perciò irritanti, snervanti, fastidiosi (in altri termini li definisce come «problema») è [...] la loro tendenza a confondere e a nascondere le linee di confine che dovrebbero essere sempre ben visibili” (ibidem, p. 67). Dall’epoca moderna in avanti i legami sono diventati sempre più deboli e l’individualità delle persone viene enfatizzata sempre più, è quindi “compito dell’individuo trovare una via d’uscita dall’incertezza” e i problemi creati socialmente “devono essere risolti da sforzi individuali, e malattia collettive curate da medicine private” (ibidem, p. 29). Tutto ciò, secondo Bauman, nonostante la presenza di alcune azioni solidali e rivendicazioni solidali, in quanto le stesse “non si sommano, né si condensano o si dimostrano propensi a rinforzarsi a vicenda” (ibidem, p. 52). Nell’epoca postmoderna l’incertezza sembra andare oltre quanto appena scritto, non è “più limitata alla sorte o alle attitudini personali del singolo, ma allargata anche all’immagine del mondo futuro, al modo di vivere in esso e ai criteri per stabilire i

comportamenti corretti e quelli sbagliati” (ibidem, p. 61). Bauman (1999) definisce il *nuovo disordine mondiale* la nostra condizione attuale per cui “dopo mezzo secolo di suddivisioni nette, di confini naturali, di interessi e strategie politici indiscutibili, il mondo è diventato privo di ogni struttura visibile e di logica” (p. 62). Attualmente il mercato e l’economia, che sono privi di ogni logica morale e razionale stanno assumendo una posizione tanto importante nelle dinamiche sociali che ogni rapporto di reciprocità viene mediato da una valutazione in base alle risorse e le energie impiegate e al guadagno ottenuto. Nonostante i tentativi del Welfare State di assumere politiche redistributive “la disuguaglianza, tra continenti, tra nazioni e, in modo più profondo, quella interna alla società, raggiunge ancora una volta proporzioni che il mondo di ieri, fiducioso delle proprie capacità di autoregolazione e di autocorrezione, sembrava aver superato per sempre” (ibidem, p. 63). Questo è dovuto dal passaggio che “dal progetto di una comunità custode dei diritti universali e di una qualità di vita accettabile e dignitosa, ci ha portato all’investitura del mercato come garante della possibilità universale di arricchimento personale” (ibidem, p. 63). La logica e il funzionamento del mercato è entrato nelle nostre vite al punto che “la stessa presenza e solidità di gruppi e collettività diventa sempre più dipendente dal mercato e, inevitabilmente, ne riflette il carattere altamente volubile e instabile” (ibidem, p. 64). La responsabilità del singolo, e non più della collettività, nella gestione tutti questi aspetti che creano incertezza, suscita una nuova paura, che va oltre quello dell’alterità, quella, secondo Bauman (1999)

dell’inadeguatezza postmoderna, che rimanda all’incapacità di acquisire la forma e l’immagine desiderate, qualunque esse siano; alla difficoltà di rimanere sempre in movimento e di doversi fermare al momento della scelta, di essere flessibile e pronto ad assumere modelli di comportamento differenti, di essere allo stesso tempo argilla plasmabile e abile sculture (p. 109).

L’individuo confrontato con un disagio psichico spesso si relaziona con questo contesto. Al netto di ragione fisiologiche o genetiche, sono innumerevoli gli effetti psicologici determinati dal senso della precarietà, dalla sensazione di essere esclusi da meccanismi economici e sociali che impongono un vissuto ideale che non è confermato dalla realtà. La comunità tende a marginalizzare chi non si riconosce nel modello imposto, generando fenomeni di esclusione e di autoesclusione. Molte testimonianze del Club '74 hanno confermato questo scenario.

L’inadeguatezza si estende su più campi della propria vita, secondo Horkheimer e Adorno l’origine delle “angosce moderne nella paura del vuoto, sperimentata come paura di essere diversi e perciò isolati” (citati da Bauman, 1999, p. 111), si sviluppa dunque timore di fallire, di non essere all’altezza degli altri. Dati tutti questi elementi che caratterizzano la nostra attuale società come ricorda Bauman (1999):

non c’è da stupirsi se riscontriamo una buona dose di schizofrenia in ogni personalità postmoderna, che spiega l’irrequietezza, la variabilità e l’irrisolutezza delle strategie di vita praticate. [...] la modernità tendeva ad allontanare le responsabilità morali dall’essere morale, verso enti costruiti socialmente o organizzati al di là dell’individuo (p. 49).

Nel corso degli anni, nonostante l'importanza sempre maggiore che sta assumendo l'individualità a scapito di forme comunitarie, si è assunta la consapevolezza che "per mettere in grado il singolo di godere pienamente e in modo sicuro di tale libertà, occorre creare le condizioni che estendano tale possibilità a tutti" (Bauman, 1999, p. 21). Le risorse dei singoli individui non bastano, è la collettività che si deve attivare. Per far sì che ciò accada bisogna seguire *l'impulso morale*, ovvero bisogna "assumersi la responsabilità per gli altri, cosa che a turno porta al coinvolgimento nel destino dell'altro e ad impegnarsi per il suo benessere" (ibidem, p. 50). Ciò non vuol dire agire a scapito della propria libertà individuale, ma significa che "la libertà di ogni individuo, e il suo pieno godimento, richiedono la libertà di tutti; e che la libertà di ciascuno vuole essere garantita e assicurata dagli sforzi congiunti di tutti" (ibidem, p. 22). Da questa affermazione, e considerando il particolare funzionamento del Club '74, sorge quasi automatico sviluppare un collegamento fra questi temi e il lavoro di comunità. Per lavoro di comunità si intende "quel processo tramite cui si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso iniziative collettive" (Twelvetrees, 2006, p. 13). Lo scopo è di garantire "un miglioramento delle condizioni di vita di chi abita in certe aree geografiche, o fa parte di un gruppo in particolare stato di bisogno; in secondo luogo, fare sì che esse «interiorizzino» questo miglioramento il più possibile, potenziando le proprie abilità e la fiducia in se stesse" (ibidem, p. 14). I valori di riferimento sono "la giustizia, il rispetto, la democrazia, l'empowerment e il miglioramento delle condizioni di vita di chiunque sia, a qualche titolo, «svantaggiato»" (ibidem, p. 21). Questi principi risultano particolarmente efficaci, in quanto "non soltanto migliorano la qualità della vita di chi ne fa parte, ma facilitano anche l'erogazione di servizi che, in mancanza di un'adeguata organizzazione comunitaria, non risulterebbero altrettanto efficaci" (ibidem, p. 10). Il ruolo dell'operatore di comunità è "aiutare la comunità a sviluppare autonomamente delle iniziative di suo interesse" (ibidem, p. 13), facendo riferimento ai reali e concreti bisogni delle persone, infatti "le azioni di rinnovamento urbano, per fare un esempio, rischiano di fallire se vengono intraprese senza considerare le esigenze e le richieste della popolazione locale" (ibidem, p.14). Bisogna dunque aiutare le persone ad esplicitare i propri bisogni e a creare delle collaborazioni per soddisfarli; unire le risorse, le conoscenze e i punti di vista di ognuno permette di facilitare e velocizzare il raggiungimento degli obiettivi condivisi, ma anche di rispondere ad un numero più ampio di bisogni e aspirazioni. Lo stesso professionista deve assumere un ruolo neutrale e non direttivo al fine di non "condizionare le scelte rispetto alle iniziative da intraprendere" (ibidem, p. 15), questo non significa però che non possa portare anche il suo contributo nelle decisioni e nelle riflessioni. Alcune volte potrebbe risultare efficace un ruolo più direttivo, al fine di aiutare quelle comunità che faticano ad unirsi e a trovare idee, obiettivi e strategie condivisi. A questo proposito l'operatore assume un ruolo di facilitatore, poiché deve sempre avere la consapevolezza che un giorno sarà la comunità stessa che dovrà autosostenersi e gestirsi in modo autonomo. L'operatore deve anche saper sviluppare, insieme alla comunità, delle collaborazioni ad esempio "con i decisori politici o con le organizzazioni che forniscono servizi, per sensibilizzarli rispetto alle specifiche esigenze della comunità, nonché per assisterli nel miglioramento dei servizi o [...] delle politiche sociali" (ibidem, p. 15). La rete di collaborazioni si può ulteriormente estendere alla comunità stessa, facendo riferimento a un approccio orizzontale, quindi coinvolgendo figure professionali come insegnanti, postini, negozianti di quartiere, portinai che lavorano a "stretto contatto con le comunità locali, possono mostrare rispetto verso le persone che incontrano, cercare di imparare da loro e di tenere conto, nel proprio lavoro, dei loro interessi; possono offrire aiuto e consigli ai leader di comunità" (ibidem, p. 19). Tale partecipazione collettiva

permette di “convertire altre persone alla nostra causa; possono far trapelare nuove informazioni, possono suggerire la strategia d’azione che potrebbe riscuotere maggior successo con chi ha il potere, quando metterla in atto e via discorrendo” (ibidem, p. 135). Inoltre “chi dispone di reti dense e diffuse ha molte più opportunità di migliorare la propria posizione, ma anche quella della propria comunità” (ibidem, p. 170). Questo tipo di lavoro rende pertanto necessario un atteggiamento disponibile ad “apprendere nuove prospettive di intervento e ad applicarle in situazioni sempre nuove” (ibidem, p. 22) e ad ascoltare ed accogliere gli altri in quanto, attraverso un atteggiamento empatico e un rapporto basato sulla fiducia, risulta più facile perseguire i propri obiettivi insieme. Tutte queste modalità di lavoro vengono sostenute dal Servizio di socioterapia e più in generale dalla Psicoterapia Istituzionale. I conflitti, che quasi inevitabilmente si sviluppano nei lavori di tipo comunitario, non sono da accogliere come un aspetto negativo; proprio come presso il Servizio di Socioterapia, servono anche a “sprigionare nuove energie e ad aprire nuovi spazi di discussione [...] nuove opportunità di apprendimento reciproco e, in certi casi, di maggiore comprensione” (ibidem, p. 183). Concretamente le fasi di sviluppo di un gruppo comunitario sono molto simili a quelle che deve considerare un animatore socioculturale che lavora presso il Servizio di socioterapia. Il primo passo riguarda la presa di contatto con le persone e la definizione dei diversi bisogni, aiutandole allo stesso tempo ad esprimerli e a soddisfarli, comprendendo e definendo insieme i diversi passaggi da intraprendere e gli obiettivi necessari a raggiungere gli scopi prefissati. Tutto ciò diventa possibile grazie a una buona organizzazione, a ruoli e a compiti ben definiti, all’identificazione delle diverse risorse necessarie e di quelle disponibili e a una costante valutazione sul grado di realizzazione degli obiettivi. Il lavoro comunitario diventa però possibile solo se viene messo “in moto un processo di sensibilizzazione che affronti i diritti e le esigenze, ma anche le difficoltà e gli svantaggi, con cui queste persone si confrontano” (ibidem, pp. 164-165). Attivare la popolazione in un contesto di mutuo aiuto permette anche di assumere strategie di sostegno e di assistenza che escono da una logica istituzionalizzante, inoltre favorisce l’inclusione delle persone che fanno parte della comunità stessa, prevenendo allo stesso tempo forme di emarginazione e di discriminazione. Il lavoro sociale in generale e i progetti comunitari hanno dunque la finalità di dimostrare che “la gente può anche imparare a organizzarsi per conto proprio” (ibidem, p. 101). Detto questo diventa interessante evidenziare come un modello estremamente funzionale come il Servizio di socioterapia, che persegue obiettivi che includono termini come inclusione, valorizzazione, responsabilità e uguaglianza di valore e di diritti, possa essere esteso all’intera collettività. Questi valori infatti non sono solo necessari da perseguire in un contesto psichiatrico, se estesi ad un livello più ampio, si potrebbe favorire ulteriormente il benessere e la salute della popolazione in generale. Se questo avvenisse probabilmente molti problemi potrebbero essere risolti alla base, senza fare riferimento a sostegni istituzionalizzati e istituzionalizzanti. La stessa metodologia potrebbe risultare funzionale anche per fare un lavoro di prevenzione: se le persone ricoverate in clinica presso l’OSC avessero ricevuto sostegno prima di arrivare ad una situazione di urgenza, forse non avrebbero dovuto far riferimento a tale istituzione. Oppure, sempre facendo riferimento al lavoro di comunità, si potrebbero prevenire dinamiche che favoriscono lo sviluppo di disagi legati alla psiche. Per fare un esempio concreto, ampliando i contatti fra le persone, si faciliterebbe la ricerca di un impiego e di conseguenza si preverrebbe lo sviluppo di determinati disagi legati alla disoccupazione. Sicuramente non è facile riuscire a creare progetti di comunità, soprattutto considerando la tendenza contemporanea ad enfatizzare l’individuo e a incasellare le persone in specifiche definizioni e in specifici compiti

e funzioni. Bisogna pertanto sviluppare le “abilità relazionali e organizzative necessarie per mettere assieme le persone, per motivarle a lavorare insieme, per trovare delle soluzioni e poi per tradurle in realtà” (ibidem, p. 109). Inoltre avere la disponibilità di operatori non specializzati in specifiche aree di intervento diventa funzionale in quanto permette di disporre del “tempo per esplorare i bisogni del territorio e trovare nuove modalità per soddisfarli” (ibidem, p. 109). Opportunità questa che non è facile da identificare in una società che tende ad essere altamente specializzata. Anche il mandato, spesso rigidamente definito, può diventare un limite per gli operatori, in quanto spesso “non li mette nelle condizioni di promuovere un coinvolgimento efficace dei loro interlocutori sul campo” (ibidem, p. 115). Al giorno d’oggi diventa sempre più difficile avere una certa libertà di azione nel proprio lavoro, l’aumento della burocratizzazione e dei sistemi di qualità favoriscono l’assunzione di comportamenti standardizzati e artefatti. Diventa anche complesso riuscire a sensibilizzare tutte le persone su tematiche legate a coloro che sono in una situazione svantaggiata, infatti “dato che la maggioranza della popolazione non se la passa poi così male, non avrà alcun motivo per eleggere politici favorevoli alla redistribuzione” (ibidem, p. 178). Le dinamiche sociali, al giorno d’oggi, sono strettamente legate ai sistemi economici e sociali per cui i soggetti “con scarse qualifiche professionali o con debole istruzione, chi soffre di malattie, i disabili, i membri di minoranze etniche e le donne [...] continuano a vedersi negata una ragionevole qualità della vita” (ibidem, p. 178). Inoltre, malgrado le politiche redistributive, le persone e le istituzioni sociali tendono a “sviluppare dei sistemi e delle culture che alimentano gli atteggiamenti negativi verso certe categorie di persone” (ibidem, p. 178). Il Club '74 e il Servizio di socioterapia stessi faticano ad essere riconosciuti nella loro utilità, questo proprio perché, al giorno d’oggi, la produttività prevale sui legami e sui contatti sociali. La posizione economica, insieme alle aspettative culturali, impedisce a molte persone di “elaborare un’immagine positiva di sé, di elaborare un’immagine positiva di sé e di coltivare la visione di un futuro migliore, che li veda come persone realizzate [...]” (ibidem, p. 178). Diventa dunque evidente che, per lottare contro “l’oppressione, l’esclusione e il senso di impotenza” (ibidem, p. 178), sia necessario intervenire su più ambiti e su più fronti. Tutti siamo in qualche modo coinvolti in questa situazione, l’individuo e la società non sono infatti due dimensioni disgiunte. Tutti, nel nostro piccolo, possiamo favorire una dinamica maggiormente inclusiva o possiamo intraprendere una direzione che aumenta ulteriormente il divario sociale fra le persone. Il caso del Club '74 mi ha fornito preziose indicazioni in tal senso.

8. Bibliografia

- Basaglia F. (1968). *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico*. Baldini-Castoldi
- Bauman, Z. (1999). *La società dell'incertezza*. Il Mulino
- Burnett Tylor (1871). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*. Cambridge Library Collection
- Callea, G & Oury J. (2000). *Psicosi e pratica istituzionale*. FrancoAngeli
- Callegari, R. (a cura di) (1998). *La minaccia di un destino – testimonianze (1898-1999). Casvegno da manicomio-villaggio a quartiere*. OSC, Dipartimento delle opere sociali del Cantone Ticino.
- Carey, M. (2013). *La mia tesi in lavoro sociale. Come preparare un elaborato finale basato su piccole ricerche qualitative*. Erickson.
- Civita, A. (2005). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*. Guerini e Associati
- *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*. (1999). In M. Cortelazzo, & M. Cortelazzo (A cura di). Zanichelli editore
- Goffman, E. (1978). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi
- Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) (del 2 febbraio 1999). Raccolta delle leggi del Cantone Ticino. 806.100. <https://m3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/num/325>
- Mezzini, M. & Rossi, C. (1997). *Gli specchi rubati. Percorsi multiculturali nella scuola elementare*. Booklet Milano.
- Moscovici, S. (1989). *Le rappresentazioni sociali*. Il Mulino.
- Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) (Comunicato stampa 2014). *Rapporto OCSE: la Svizzera deve affrontare i problemi di salute mentale dei lavoratori*. <https://www.oecd.org/els/emp/ITALIAN-PressRelease-MentalHealthandWorkSwitzerland.pdf>
- Piffaretti, L (2020). *Insieme per crescere: l'educatore sociale ed il lavoro con i gruppi: dalla psichiatria, spunti di riflessione* [Tesi di Bachelor]. Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana (SUPSI), Lavoro sociale. <https://tesi.supsi.ch/3414/>
- Pewzner, E. (2002). *Introduzione alla psicopatologia dell'adulto*. Einaudi.

- Scabia, G. (2011). *Marco Cavallo. Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura*. Alpha beta verlag
- Twelvetrees, A. (2006). *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati*. Erickson

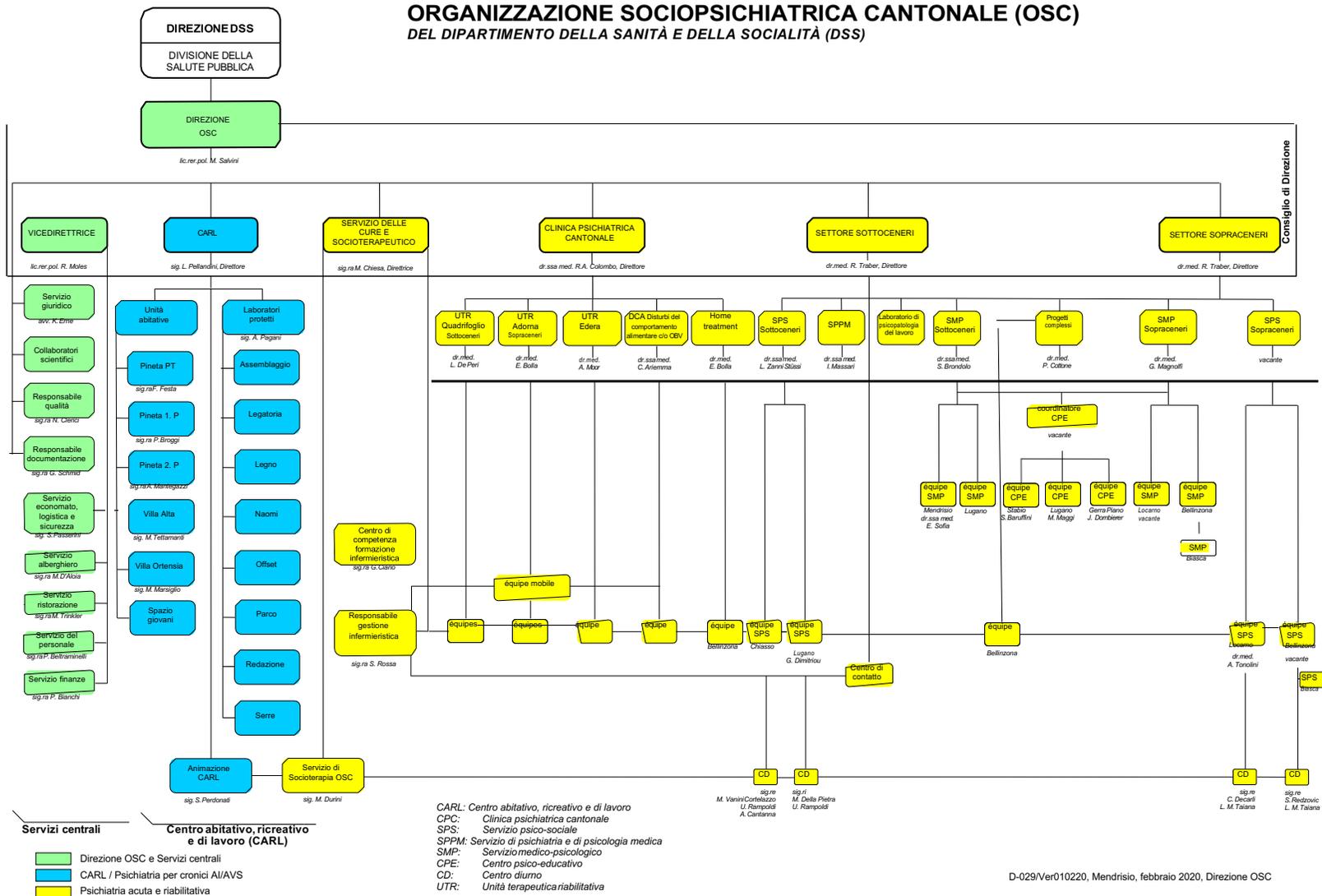
9. Sitografia

- Amnesty International – Sezione Italiana (2011). *Percorsi didattici contro la discriminazione. Attività introduttive e giochi di ruolo*.
<https://www.amnesty.org/download/Documents/SEC0100532011ITALIAN.PDF>
- Biffi, C., Villano, P., Vassere, S., Martinoni, R., Mainardi, M., Buletti, P., Favilla, G. & Conforti, P. (2019). *Scuola ticinese. Stereotipi, pregiudizi. Periodico della Divisione della scuola Dipartimento dell'educazione della cultura e dello sport*. Anno XLVIII – serie IV, N. 335. Pagine1-76.
https://m4.ti.ch/fileadmin/DECS/DS/Rivista_scuola_ticinese/ST_n.335/ST_335_completo.pdf
- Club '74 (2019). *Club '74*. <https://www.club74.ch/>
- Consiglio di Stato; Dipartimento della sanità e della socialità & Divisione della salute pubblica (2013). *Pianificazione Sociopsichiatrica Cantonale 2014-2017*.
https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione_sociopsichiatrica_cantonale_2014-2017.pdf
- Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) (del 4 novembre 1950). 0.101. RU 1974 2151.
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1974/2151_2151_2151/it
- De Marchi-Fusaroli- Marazza, *Cambiare la realtà: integrazione anziché rendita*, 2006
<https://www4.ti.ch/can/argomenti/home/dettaglio-archivio/?nid=cambiare-la-realtà-integrazione-anziché-rendita>
- Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI). (1 gennaio 1959). *Ampliamento del sostegno alle persone affette da malattie psichiche*. RS 831.20.
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1959/827_857_845/it
- Marazza C.& De Marchi-Fusaroli, P. (2006). *Cambiare la realtà: integrazione anziché rendita. ArgomenTI – La rivista dell'Amministrazione cantonale (CAN)*.
<https://www4.ti.ch/can/argomenti/home/dettaglio-archivio/?nid=cambiare-la-realt%C3%A0-integrazione-anzich%C3%A9-rendita>

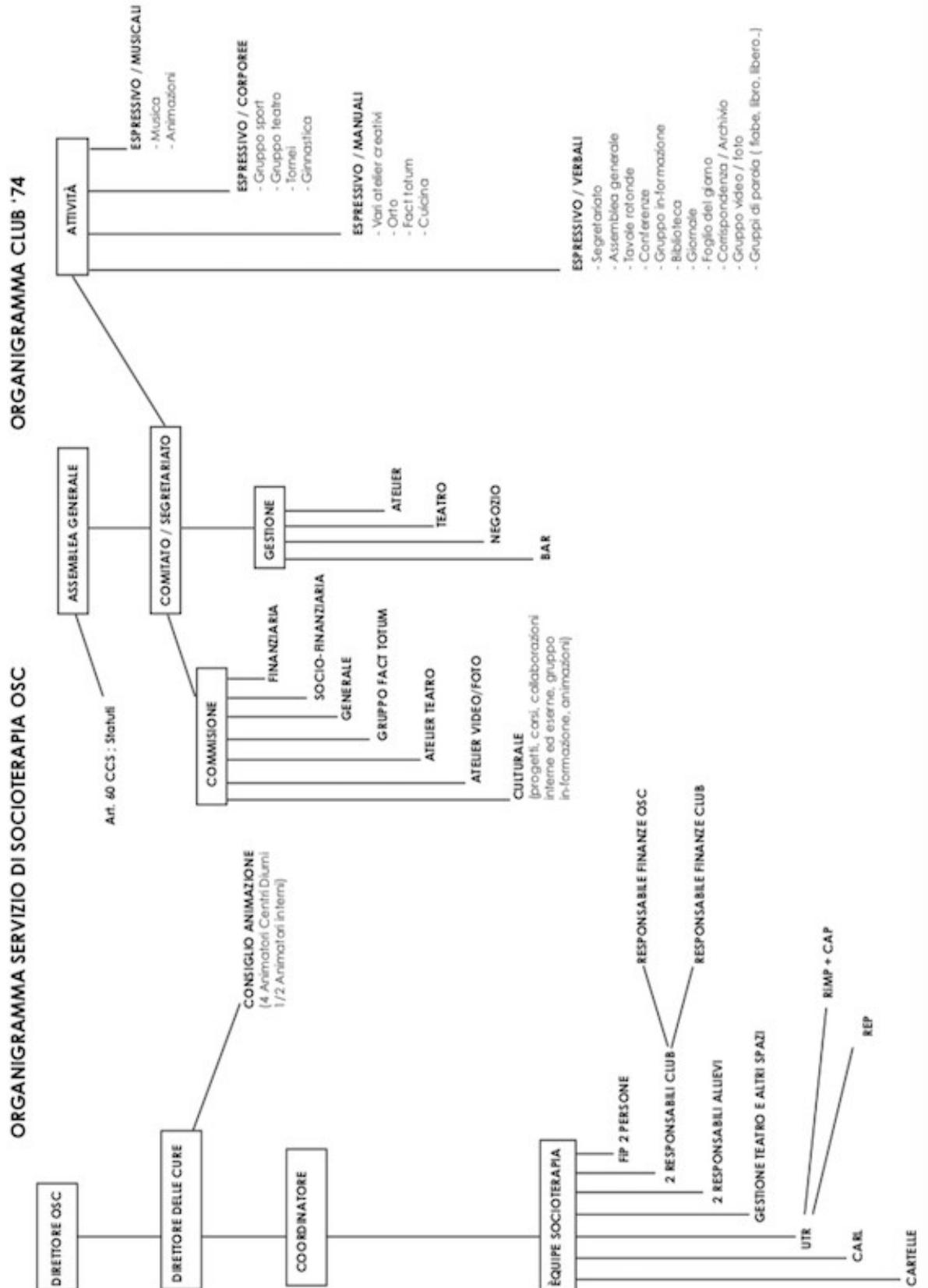
- Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale. (2005). La concezione delle cure presso l'OSC. https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-049_Concezione_delle_cure_presso_l_OSC.pdf
- Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) (n.d.). *Organizzazione - OSC (DSS) - Repubblica e Cantone Ticino*. <https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/organizzazione/>
- Presentazione OSC (a cura di DSS, DSP, OSC). <https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/depliant%20cpc%20carl.pdf>
- Rapporto della Commissione speciale sanitaria Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017. (2015). *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017*. https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/6895R_rapporto_commissione_speciale_sanitaria_pianificazione_sociopsichiatrica_2014-2017.pdf
- Scott D. (1840). *Filottete lasciato sull'isola di Lemno dai greci nel loro passaggio verso troia*. National Galleries of Scotland (United Kingdom, Edinburgh). <https://wikioo.org/it/paintings.php?refarticle=AQTV66&titlepainting=Philoctetes%20Left%20on%20the%20Isle%20of%20Lemnos%20by%20the%20Greeks%20on%20their%20Passage%20Towards%20Troy&artistname=David%20Scott>
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) (2017). *Ampliamento del sostegno alle persone affette da malattie psichiche – ulteriore sviluppo dell'AI*. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/47135.pdf>

10. Allegati

10.1. Allegato 1 - Organigramma OSC



10.2. Allegato 2 - Organigramma servizio di socioterapia e Club '74



10.3. Allegato 3 - Formalizzazione attività/intervento

Nome studente: Martina Croce

Titolo attività/intervento: Gruppo – parola

1. Problema o bisogno individuato a cui si vuole rispondere

Il lavoro di gruppo, che verrà sviluppato a inizio aprile, nasce da un'esigenza della socioterapia, oltre che da un mio bisogno connesso alla tesi che dovrò redigere per concludere il mio percorso formativo. Viene infatti richiesta, agli stagisti, la capacità di saper pianificare un progetto che possa avere un senso e un'utilità per le persone che frequentano gli spazi della Club '74. Avendo definito un tema per la tesi che risulta collegato al contesto di stage, ho pensato fosse opportuno coinvolgere alcune persone con l'obiettivo di far emergere il loro punto di vista. Concretamente i temi che verranno discussi riguardano i seguenti argomenti: le rappresentazioni, i pregiudizi e la possibile esclusione sociale che questi possono comportare. Gli strumenti mediatori che guideranno gli scambi comunicativi sono caratterizzati da frasi, citazioni, poesie, canzoni o immagini che le persone, me compresa, potranno portare ad ogni incontro.

2. Identificazione degli obiettivi

Obiettivi generali

- valorizzare i diversi punti di vista
- promuovere momenti di gruppo
- favorire l'incontro di opinioni differenti
- favorire l'ascolto e l'aiuto reciproco.

Obiettivi specifici

- promuovere momenti di confronto reciproco in cui le persone possono esprimersi rispetto ad una tematica scelta favorendo allo stesso tempo una loro maggiore consapevolezza rispetto alle proprie modalità di interpretazione.
- coinvolgere diverse persone nel progetto aiutandole a conoscere meglio se stesse: l'incontro con l'altro risulta un'occasione per assumere maggiore consapevolezza delle proprie posizioni e delle proprie caratteristiche personali. Promuovere la dimensione di gruppo favorendo una maggiore conoscenza reciproca.
- coinvolgere diverse persone nella discussione favorendo l'incontro di opinioni differenti attraverso le quali ogni individuo potrà arricchire il proprio bagaglio personale e le proprie conoscenze.
- promuovere un clima di gruppo favorevole e costruttivo favorendo l'instaurarsi di relazioni positive fra le persone coinvolte e sviluppando sentimenti di aiuto e sostegno reciproci.

3. Target a cui si rivolge

- il progetto è indirizzato al Segretariato del Club '74

4. Descrizione attività/intervento

- identificare le persone che sono interessate al progetto e che potrebbero beneficiare di tali incontri per rispondere a determinati bisogni
- spiegare il progetto alle persone coinvolte
- identificare delle citazioni che possano mediare la discussione
- prevedere un momento di discussione rispetto alla tematica portata
- domandare dei feedback da parte delle persone coinvolte per evidenziare eventuali miglioramenti e riadattare il progetto in funzione dei loro bisogni
- prevedere un minimo di 4/5 incontri

5. Tempistiche

- gli incontri sono previsti una volta a settimana per almeno quattro settimane

6. Risorse economiche o umane

- il segretariato del Club
- l'équipe di socioterapia
- un verbalista
- delle citazioni letterarie
- un ambiente accogliente in cui svolgere gli incontri

7. Collaborazioni

La collaborazione, che risulta un concetto fondamentale per la socioterapia, coinvolgerà persone che frequentano differenti spazi del Club '74 e l'équipe di socioterapia.

8. Valutazione attività/ intervento

La valutazione dell'attività sarà svolta *in itinere* attraverso dei momenti di scambio e confronto con le persone che partecipano al progetto. Il lavoro sarà modificato sulla base dei feedback espressi dalle persone coinvolte

10.4. Allegato 4 - Club '74 luogo di contatto¹⁵

Benvenuti al Club '74
Luogo di contatto
Reinserimento e socioterapia
Spazio per i sentimenti e la cortesia
Secondo il Codice civile elvetico ha diritto al suo statuto
Il numero sessanta è l'articolo a lui riconosciuto
Unità terapeutica riabilitativa
Qua la gente si sente viva
Ognuno ha diritto a poter guarire
Anche se la pillola a volte è amara da digerire
Progredire nell'autosufficienza
Simbiosi, collaborazione tra socialità e scienza
Luogo d'espressione, di critiche e complimenti
Per tutti quanti i suoi utenti
Scambi di idee, attività ricreative
Persone, momenti difficili ma con prospettive
Leggi il bollettino ufficiale sugli atti esecutivi
Nel suo decreto non vi sono diritti esclusivi
A carattere culturale, non solamente
aperta a chiunque
evidentemente

Rit.

Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano
Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano
Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano
Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano

Senza scopo di lucro, ma cognizione di causa
L'OSC lavora 24 su 7 senza pausa
Medicine, e d'altro ancora
Notevoli risultati ottenuti sino ad ora

¹⁵ Canzone di Fabio, un giovane che ha frequentato il Club '74. Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=xxk-i9Yf5c0>

Adorna, tutto il CARL ed il quadrifoglio
Quando il mare è in tempesta, fungono da scoglio
Non bastano diagnosi scritte su carta
Occorre reinserimento sociale e gente esperta
Il Club e l'assemblea, il comitato, l'ufficio revisioni dei conti
Tanto ha preso da queste fonti
I membri sono i pazienti, operatori ed ex utenti
Caratteri democratici sono evidenti
Competenze organizzative
Persone socialmente attive
Membri illimitati ed è lodevole
Decidono gli stessi, sempre ammesso che la direzione sia favorevole

Rit.

Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano
Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano
Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano
Club '74, luogo di contatto
tra malato e sano
Solo che è un po' strano

10.5. Allegato 5 - Domande traccia interviste

Domande utilizzate come traccia per condurre le interviste, alcune di queste sono state adattate a dipendenza dell'interlocutore.

- Quali sono per te i concetti fondamentali che dovrebbe seguire un professionista che lavora presso il Club '74?
- Quali sono, secondo te, i cambiamenti più importanti che ha vissuto la socioterapia dal suo esordio ad oggi?
- Com'era in passato il rapporto fra la società e le persone che avevano un disagio psichico? Com'è mutato tale rapporto nel tempo?
- Secondo te il tema dell'esclusione è ancora attuale? Se sì, cosa bisognerebbe fare, secondo te, per ridurre tale fenomeno? Perché secondo te esiste tale fenomeno?
- Pensando alla situazione sanitaria attuale, riscontri delle difficoltà a mettere in pratica i principi della socioterapia?
- Molte attività sono state annullate, come hai vissuto questo limite? Come immagini di poter riprendere tali attività? Cosa avresti voglia di fare?
- In questo periodo hai notato dei cambiamenti pensando alle relazioni che instauri con i pazienti?
- Con la pandemia anche l'organizzazione del lavoro è cambiata, secondo te questi cambiamenti sono causati solo da questa situazione particolare oppure è l'istituzione stessa che sta cambiando?
- Secondo te, come incideranno le misure preventive per il Covid-19 nel lavoro futuro con le persone? I rapporti fra le persone secondo te come saranno?
- I divieti imposti nel contesto attuale dalle autorità inibiscono i contatti sociali, secondo te questo genera un accresciuto bisogno di relazionarsi?
- Secondo te, una volta finita questa situazione, il lavoro presso il Club '74 ritornerà come prima? Ci sono degli aspetti che secondo te andrebbero cambiati?
- Cosa fa la socioterapia in termini di inclusione?
- Ci sono, secondo te, delle difficoltà riscontrate dalle persone che frequentano il Club '74 quando si confrontano con il resto della società? Se sì, come sono mutate nel tempo tali difficoltà?
- In termini di inclusione, vorresti fare qualcosa di diverso in quanto animatrice/animatore socioculturale?

Rispetto al Carnevale, alla Sagra dell'uva e alla Festa Campestre...

- Come mai esistono questi progetti? Come sono nati?
- Quali sono gli obiettivi di questi progetti?
- A seguito di questi eventi, hai notato dei cambiamenti in termini di inclusione?
- Ci sono altri progetti che vengono sviluppati sul territorio?
- Cosa si faceva in passato per favorire l'inclusione delle persone nella società?

10.6. Allegato 6 - Intervista 1

Intervista a Manolo Lacalamita, animatore socioculturale presso il servizio di socioterapia.

Martina: volevo cominciare... visto che fai parte della storia del Club, volevo chiederti quali sono, secondo te, i principi fondamentali che un professionista che lavora qua dovrebbe seguire in questo contesto. In generale...

Manolo.: Io credo che bisogna premettere che, per lavorare in un ambito socio psichiatrico come questo, bisogna avere un *penchant* o comunque un piacere a lavorare con queste persone e anche avere sentimento che in fondo, la follia, fa parte anche di te in una qualche misura, chi più chi meno, siamo un po' tutti folli. Abbiamo delle cose folli, gestiamo un po' la nostra vita facendo le cose anche strane eccetera, quindi dobbiamo un po' imparare a gestire la follia e quindi la vediamo anche negli altri. Qui forse è un po' esacerbata no, un po' più a livello patologico perché è più difficile da gestire, però bisogna essere coscienti che anche noi siamo un po', siamo toccati da questo fenomeno umano. La follia... e come dicevo bisogna un po' prima bisogna amare queste persone amare questo ambiente.

La seconda cosa che, secondo me, è fondamentale è avere il più possibile una grande creatività che fa capo un po' anche ai propri hobby, ai propri interessi e che permette di coinvolgere le persone e di trovare, in queste persone, le loro capacità a sviluppare delle attività o delle cose che possono interessargli e che magari loro non ne sanno nemmeno, non hanno sentore di avere queste capacità o di avere questi interessi e più la tua creatività crea dei momenti diversificati e più persone riesci ad agganciare, più persone riesci a interessare e diventa veramente un interscambio fra le persone perché ci sono delle cose che tu insegni, ma ci sono delle cose che gli altri ti insegnano e viceversa, altri ospiti le insegnano ad altri no? *Peer to peer* dove ci sono degli aiuti un po' così, e trovo che la creatività è fondamentale in queste cose qui. La terza cosa è la capacità di gestire i conflitti, di essere in grado di mediare le situazioni, queste sono un po'... perché se tu non riesci... se vai in simmetria con le persone litighi e basta dopo questo non vuol dire che devi essere arrendevole e dire di sì a tutto, anzi bisogna anche avere, non un autoritarismo, ma un certa autorità, una certa autorevolezza, questo è importante e questo lo impari un po' con la tua esperienza eccetera... in più se posso dire ancora qualcosa qui esiste una gerarchia di competenze, cioè chi sa fare delle cose o è in grado bene di gestire le cose è un po' lui che indica un po' la strada, la via no? la linea del servizio, la linea del club, la linea un po' di quello che si vuol fare e lui è un po' leader... e uno può essere forte nei gruppi di parola, un altro è più forte nel lavoro manuale, un altro ancora in altre cose... cucina, che ne so, film eccetera... più o meno non so se è sufficiente questo.

Martina: sì, mi chiedevo appunto quindi l'équipe in socioterapia è bella se è diversificata? È quello che funziona?

Manolo: esattamente, più un'équipe è diversificata nelle mansioni, nella formazione però che abbia uno scopo in comune, naturalmente.

Martina: certo.

Manolo: non che vada in un'altra direzione, è più interessante in effetti, proprio perché abbiamo avuto degli operatori con delle formazioni antecedenti spesso o degli interessi antecedenti diversificati, abbiamo potuto realizzare delle cose che, normalmente, non fai questo è un po' la differenza con degli atelier o dei laboratori che fanno sempre un po' le stesse cose anche se magari, per esempio la falegnameria, realizza delle belle cose ma sempre quelle, mentre invece qui magari fai cucina poi subito dopo fai un film poi dopo vai a fare quei lavori che facevate voi l'altro giorno, quei collage, dei disegni, dei gruppi di parola poi magari si fa il video poi si fa qualcos'altro così, si organizza una Festa Campestre cioè è sempre molto variato no? E questo determina la ricchezza del Club e la capacità di coinvolgere le persone con questo, perché trovi sempre qualcuno che viene agganciato, in qualche modo, ma perfino la persona che mette a posto le piante o il bibliotecario no? Improvvisato che fa queste cose. Hai notato anche che qui ci sono degli strumenti, noi avevamo messo di strumenti per permettere alla gente di suonare noi non sappiamo se qualcuno sa suonare, qualche ospite o qualche visita sa suonare, poi scopri che sanno suonare e da lì poi si sono nati i vari gruppi musica.

Martina: sì, vado oltre?

Manolo: tu mi dici se vuoi complementi o se...

Martina: no, va bene, per ora va bene.

Manolo: poi se c'è qualcosa che non hai capito... sai perché per me è chiaro però.

Martina: no certo però, per ora, va bene. Appunto, mi chiedevo, visto che hai conosciuto un po' la storia di questo posto, quali sono i cambiamenti che hai potuto riscontrare da quando siete partiti ad oggi.

Manolo: nella socioterapia?

Martina: nella socioterapia

Manolo: beh io penso che io non ero qui proprio all'inizio quando è arrivato Ettore che è arrivato nel '69 - '70 io sono piuttosto arrivato nel '74 - '75, a fare degli stage, e quindi il Club c'era... però esisteva, sono arrivato con altri 4 colleghi, venivamo dalla stessa formazione che era la formazione di ergoterapisti.

Martina: Sì...

Manolo: però avevamo intenzione di lavorare in un posto come questo, non ci interessava tanto la casa per anziani, ma più qualcosa di dinamico perché l'Ettore ci aveva proprio interessato a questo livello no? E all'inizio c'era un collettivo, non c'era un servizio, c'era una specie di collettivo, voleva dire che c'era un leader che era l'Ettore, c'era un aiuto, che era il suo braccio destro che era il Fabrizio Pellandini, e poi c'era anche il Franco Bernardi, per un certo periodo, che poi è diventato direttore del CARL. Più tardi con noi si è formato un collettivo quindi eravamo un po' tutti sulla stessa base, c'era un po' questa gerarchia di competenza, di cui ti ho parlato prima, ed eravamo un po' dei carbonari nel senso tra l'altro noi, la nostra sede, in pratica, era sotto il centro medico dove c'era il Club quindi proprio nella cantina no e... il nostro compito era un po' di spaccare le consuetudini, le abitudini che

c'erano, un po' quello di scioccare un pochettino e aveva un po' un aspetto, diciamo così, rivoluzionario se vuoi, sotto un certo aspetto, grazie anche al fatto che c'erano parecchi allievi, infermieri o giovani medici, che seguivano un po' queste idee che portava avanti l'Ettore Pellandini e il nostro collettivo. Poi in seguito, è stato necessario, da una certa parte creare un servizio con un capo servizio e con una sede che è diventata la Valletta la sede del... per essere maggiormente accettati da tutto l'*establishment* dell'ospedale no? Sia dagli amministrativi, che dagli infermieri, che dai medici eccetera... e questo fu necessario proprio per aprire la clinica e togliere le chiavi, togliere le divise eccetera... cioè togliere questa distanza che c'era fra paziente e operatore, noi eravamo più su un discorso di orizzontalità no? C'è chi veniva curato e c'era il curante, oggi non è che cambia però c'erano molte cose che si potevano fare assieme.

Martina: sì.

Manolo: questo ha permesso l'apertura dei reparti e una rivalorizzazione del paziente psichiatrico, della persona come persona, quindi non solo come un oggetto di cura ma è diventato un soggetto di cura. Naturalmente non è solo grazie alla socioterapia, è grazie anche all'evoluzione che c'è stata fuori, alla nuova Legge Sociopsichiatrica Cantonale, agli interessi di certi intellettuali, come scrivo qui nell'articolo che ho fatto, qui c'erano anche delle cose culturali, è stato fatto un film "il villaggio dei matti" sulla situazione che c'era qui e questo ha permesso anche alla popolazione ticinese di rendersi conto dell'evoluzione che fosse necessaria fare e la socioterapia è andata avanti così, per parecchio tempo, è diventata piuttosto forte. Comprendevo anche i laboratori protetti, quasi tutti, salvo quelli degli operai, e poi le attività espressivo - manuali, espressivo - verbali, di animazione eccetera eccetera no? Quindi teatro, il gruppo di parole, il Club... la struttura del Club, l'ergoterapia, la cucina, tutte queste cose qui.

Martina: anche il Mimo c'era no?

Manolo: sì sì appunto il teatro.

Martina: ah già il teatro.

Manolo: nel teatro intendo il mimo. Il mimo è stato un *passerpartout* molto importante perché permetteva anche di coinvolgere moltissime persone sul palcoscenico, che non sapevano recitare ma che facevano dei passaggi con le luci eccetera eccetera... avendo l'Ettore anche la formazione di attore al Piccolo di Milano, che aveva fatto con Strehler e Grassi al Piccolo di Milano, lui ha messo in campo la sua capacità con gli ospiti no? E ha coinvolto moltissimi allievi, oltre a noi, moltissimi allievi infermieri ma anche infermieri, ma anche medici, c'era addirittura un direttore, Dottor M. che faceva il direttore del circo, c'era una parodia sul circo, e quindi lui faceva il direttore del circo e lui era come tutti noi, era come i pazienti che erano su, cioè dovevamo affrontare un pubblico pagante quindi con la *squaglia* che hai, pagato o meno dipende dalle situazioni, perché poi siamo andati in Svizzera interna a fare delle *turnée* eccetera... e quindi era proprio diventata un'attività della normalità: tu offrivi uno spettacolo che doveva avere una qualità e che veniva valutato dal pubblico quindi era molto, come dire, molto pregnante, era molto validante.

Poi il terzo cambiamento importante è stato quando hanno creato il CARL negli anni '90 perché, per esigenze diciamo così ecco un po' economiche, un po' che le persone che erano un po' considerate lungodegenti avessero un trattamento diverso cioè una possibilità di abitare, di avere come una casa no? Di avere quindi un posto un po' più vivibile per sé e non come in una clinica dove c'è un *turnover* molto forte no? Questo però per problemi, diciamo così economici, cioè di fondi: una veniva dall'AI, mi pare, adesso non vorrei dire cazzate, mentre la clinica era sotto un'altra forma di finanziamento, poi posso andare a vedere, adesso non mi ricordo più. Quindi è stato necessario anche dividere l'équipe e parte delle nostre persone, che lavoravano in socioterapia, sono passate al CARL insieme anche ai laboratori, buona parte dei laboratori.

Martina: e quanti eravate, più o meno? più di adesso o...

Manolo: sì, eravamo più di adesso, io penso che eravamo una dozzina almeno.

Martina: ah okei.

Manolo: se non di più e c'erano anche i Centri Diurni, eravamo abbastanza... e questo ha creato una frattura perché, per esigenze organizzative, tutti i laboratori sono stati messi in quella struttura che c'è vicino alla palestra no? Quasi tutti i laboratori sono lì, quasi tutti, la sede dei pazienti è diventata questa, poi là hanno creato la palestra, il bar vicino alla mensa esisteva già, questo ha rotto delle dinamiche di movimento no? Perché, per esempio, sotto la Valletta, qui, c'era la falegnameria. Alla Motta dove c'è la biblioteca attualmente c'era l'Offset, c'era la tipografia che gestivamo noi. E quindi la gente girava molto di più, mentre invece adesso le persone, se hanno bisogno dei laboratori vanno là, non passano più dal Club o da altre cose no? Quindi si sono formati un po' dei compartimenti stagni e diciamo così, un po' invisibili. Questo io lo l'ho connotato negativamente e poi sono nate un po' delle rivalità CARL, clinica, Club eccetera...perché il CARL aveva necessità di essere un po' protetto, per poter crescere e fare le sue cose, però poi, per motivi che non saprei nemmeno bene io, non ci sono state quelle belle collaborazioni che avrebbero potuto esserci no? E che forse adesso stanno riprendendo penso, non lo so, i contatti come sono, però sarebbe... si sarebbe potuto sviluppare un discorso molto più interessante però devo anche dire che all'epoca, proprio negli anni '90, il lavoro diventava importante no? Cioè tutti dicevano che chi veniva ricoverato doveva poi ritrovare lavoro, la casa eccetera eccetera... però chiaramente, per esempio il lavoro in Ticino, cioè reinserire qualcuno in un circuito economico normale, per una persona che aveva il disagio psichico, era piuttosto complicato. Dovevi trovare, non un datore di lavoro, ma un donatore di lavoro perché potevano far capo, come adesso, a personale frontaliero performante che non deve controllare. Mentre invece, chi aveva delle difficoltà a essere conseguente per 5 - 6 ore sul lavoro, doveva essere, insomma, guardato da qualcuno. Quindi qual è il padrone che ti prende, se non con dei degli incentivi, poi finiti gli incentivi, insomma, finita la cosa. E poi c'era appunto anche la mentalità degli operatori, lì sì che si lavorava e qui invece si giocava, qui era un posteggio, si giocava capisci? C'era un po' questa stupida cosa, cioè lì si parlava solo di lavoro e qui invece si parlava di terapia o di disegno, di cose così no? Mentre invece io credo che non basta che una persona abbia una casa, un lavoro ma deve avere dei contatti, se non ha dei contatti sociali, se non ha un piacere anche nel lavoro che fa si deprime e ci sono dei grossi problemi di solitudine fra i nostri pazienti, soprattutto quelli che vivono da soli. Ecco io ho vissuto un

po' quello, come ultima cosa: la socioterapia che è stata amputata di un pezzo no? Mentre per me avrebbe dovuto avere un piede sia nel CARL che nella clinica per avere una bella collaborazione e sviluppare delle cose.

Martina: ma quindi avete fatto un po' fatica a farvi riconoscere come servizio? all'inizio per lo meno...

Manolo: ma all'inizio io credo che l'Ettore abbia avuto un sacco di difficoltà, come mi sembra che scrivo, perché insomma c'erano delle reticenze anche se chi è venuto a cercarlo era comunque... era il direttore Gobbi, Giuseppe Gobbi, della clinica, insieme a qualcuno degli uffici del DOS, del Dipartimento opere sociali, perché sentivano il bisogno di cambiare, perché c'era la spinta per cambiare. Quel film che dicevo prima, di Eros Bellinelli del '76 con l'avvocato Borghi, illustrava molto bene la situazione che c'era, c'erano le cancellate, la gente che gridava, c'erano qui 800 persone, se non di più. Adesso siamo a 80 - 90 qualcosa della clinica e 100 - 105 del CARL, una bella differenza, è chiaro che i vecchi infermieri certi, non tutti, certi vecchi infermieri o certi che avevano un certo privilegio... insomma il capo reparto è lui che aveva la chiave in mano, la poteva consegnare, ma era lui che aveva le chiavi in mano. Quindi decideva lui chi usciva e chi entrava, sia degli operatori che dei pazienti e poi c'era questa divisa che garantiva che tu non eri matto: con la divisa vuol dire che non sei matto, chi non ce l'ha è matto. A parte questo, c'erano anche dei reparti di soli uomini o sole donne, la *mixitée* l'hanno messa dopo no? Già più tardi. E non tutti gli operatori accettavano questa cosa e quindi è stato rivoluzionario per molti il fatto che si aprissero i reparti eccetera, dicevano "chissà cosa faranno le persone" e mentre invece il concetto era... oltre al fatto che uno sta male tu lo rinchiodi e quindi cosa fa? Regredisce ...quindi fa davvero il matto no? Tante volte... mentre invece abbiamo visto che aprendo... esiste qualche episodio ormai... Anche alla mensa, quando hanno fatto la mensa, mi sembra nel '77-'76, tutti si aspettavano chissà che disastro, magari all'inizio c'è stata gente che si abbuffava eccetera, poi dopo è diventata una mensa normale.

Martina: c'era anche magari il bisogno di abituarsi a qualcosa di nuovo?

Manolo: sì sì, poi di essere liberi no? C'era questo problema della libera circolazione, non c'era prima, mangiavano tutti in reparto, certi reparti andavano benissimo altri magari non gli davano neanche il coltello per paura che succedesse qualcosa o scappassero no? Sai che smontassero le finestre o roba del genere.

Martina: sì... tra l'altro il film c'è ancora in giro?

Manolo: sì, deve essere in giro.

Martina: ce l'hanno in sede?

Manolo: sì devono averlo qui.

Martina: sarebbe bello poterlo vedere.

Manolo: se non ce l'hanno qui io forse ce l'ho in giro e sì dai, lo possiamo chiedere all'O.

Martina: sì! passo alla prossima?

Manolo: si!

Martina: visto che la mia tesi si concentra sul rapporto fra chi ha un disagio psichico e come questo si deve confrontare, una volta che poi viene dimesso, con il resto della società. Mi interessava sapere, rispetto a oggi, come era il rapporto fra la società e le persone che venivano ricoverate qua? C'è stato un cambiamento fino a oggi?

Manolo: ma io devo dire che ai tempi era un po' più una zona rurale no? Quindi i contadini... c'erano meno servizi meno cose del genere quindi il matto del villaggio era già più accettato no? Un matto del rione, del quartiere. Ce n'erano diverse di persone che erano riconosciute, chiaro erano anche rispettate, facevano parte del paesaggio no? Come si dice. Adesso che c'è la grande città come Lugano o così... ho l'impressione che sono meno accettati, bisogna anche dire che certi fanno veramente dei gran casini cioè, quando uno brucia il pavimento della sua casa o fa musica alle quattro del mattino, quando gli altri devono andare a lavorare o che... cioè non è così facile da accettare. Penso che è un po' più difficile adesso e... la gente accetta forse un po' meno.

Martina: ma pensi che sia una tendenza un po' generale verso quello che è diverso? Non tanto solo per il paziente che viene qua e poi viene dimesso.

Manolo: sì penso che in generale, dopo è chiaro che c'è gente che tollera molto bene poi ci sono anche le persone che sono un po' strane ma non non disturbano così tanto no? E adesso parlo di quelli che proprio disturbano molto e lì è difficile... è proprio da vedere insomma, cioè immagina sei tu con il tuo vicino e tu devi andare a lavorare alle 06:00 e alle 04:00 ti fa casino, batte contro la parete o urla o litiga con la sua amica o con non so chi... Cioè nei casoni è un po'... spesso capitano queste cose o furti... cose così no? Ma non è che tutti non le accettano, certe persone accettano delle cose un po' strane delle altre persone no? Ci sono... però credo che è un po' più difficile perché la gente si sente... c'è bisogno di polizia, c'è bisogno di controllo, c'è bisogno di tutte queste cose qui no? Si sente un gran bisogno di controllo di fare queste cose qua.

Martina: cose che magari...

Manolo: anche se succedeva un po' un casino arrivava qualcuno e si metteva a posto... penso che sia più difficile effettivamente gestire il disagio psichico adesso, tanto è vero che poi escono le équipes mobili per gestire le persone a casa, per cercare di aiutare, fanno quello che possono.

Martina: e quindi rispetto a questo... beh in parte mi hai già risposto... se il tema dell'esclusione, appunto di queste persone, è ancora attuale e se per te esiste appunto questa... questo fenomeno qua.

Manolo: ma è chiaro che esiste perché ormai siamo in una società performante... tutto deve funzionare bene eccetera... non hai tempo per quello che è più lento, che non capisce bene o che è matto oppure... diverso. È chiaro che ancora molto attuale, molto attuale... è per quello che bisognerebbe imporre... se tu guardi l'autogestione lì a Lugano no? Loro hanno parecchia gente che... con grandi difficoltà e loro li gestiscono come possono, magari discutibili certe cose... ma gestiscono. Dove andrebbero tutte queste persone, andrebbero

sotto i ponti, vagabondi... chiaro che bisogna fare qualcosa per... non so bene che cosa ma... secondo me bisognerebbe fare dei Centri di quartiere, dei Centri nei quartieri un po' come facevano a Losanna e a Ginevra, dove vengono aperti dei Centri, dove puoi bere il caffè, fare delle piccole attività e la gente passa dentro queste cose no? Gestite da volontari o da operatori sociali o da qualche associazione, io vedrei qualcosa del genere.

Martina: e... per quello che ho potuto conoscere io mi sembra che comunque mancano i posti un po' come questo...

Manolo: ma certo, certo, abbiamo visto adesso nella pandemia dove viene la gente? Viene qui, perché dove potrà andare?

Martina: è l'unico posto disponibile e di questo tipo.

Manolo: con tutti i rischi che si sono presi gli operatori e chi ha deciso di farlo no? E per fortuna che l'han fatto, chiaro bisognerebbe avere un posto così nei quartieri, magari più piccolo, più adatto al quartiere, non lo so... dove si propongono delle attività, delle cose no? Perché se no l'alternativa sono i ristoranti una volta che saranno riaperti e... *bef bef bef* e basta. Perché esiste il fenomeno... l'ho detto prima no... perché la società ha fretta, bisogna vendere, bisogna essere performanti, bisogna essere competitivi, chi resta indietro resta indietro, chi se ne frega insomma...

Martina: si sostituisce...

Manolo: sì... poi sai tante volte si dice: "e bon che vadano in pensione, in AI e..." però non risolve il problema perché questo qui è in solitudine, mangia male, si ammala di più cioè... non ha i soldi, è tutto un grosso problema che aumenta sulla società. Esistono delle associazioni che fanno delle cose no? Che sia terza età, Caritas, metti tutte quelle che vuoi tu, tavolino magico, eccetera... fanno un sacco di cose, però magari non sono coordinati, magari bisognerebbe trovare un sistema più coordinato.

Martina: collegandomi un po' alla situazione in cui ci troviamo ora, con la pandemia, secondo te che difficoltà possono riscontrare gli operatori che adesso lavorano qui? Rispetto a quello che hai anche detto, ai concetti fondamentali che mi hai detto prima.

Manolo: e beh... il problema è un po' sempre... non potendo fare tutte le cose in presenza è ovvio che l'accoglienza deve cambiare, viene fatta tramite video, viene fatta tramite libri o non so io esattamente... viene fatta in altri modi. Però penso che il concetto sia sempre lo stesso, quello di accettare le persone e comunque di trovare dei compromessi perché... mantenendo le distanze e i numeri delle persone hanno organizzato comunque... avete perché anche tu... avete organizzato un sacco di cose no? Compreso il bar eccetera. Per me la difficoltà è proprio questa della pandemia, del fatto che non puoi accogliere tutti, questo è il problema. Per il resto i concetti vanno bene perché comunque fanno l'assemblea generale ho sentito, fanno la redazione del giornale, fanno il Club... la riunione del Club, fanno dei gruppi di parola. Sono tutte cose che vanno benissimo.

Martina: sì... trovo un po' peccato che non potrò mai vedere, o almeno finché farò lo stage, l'incontro fra chi è ricoverato e chi arriva dall'esterno, anche questo è abbastanza...

Manolo: speriamo che... bon qualcuno arriva...

Martina: sì, ogni tanto sì.

Manolo: qualcuno arriva.

Martina: però non penso che sia la stessa cosa.

Manolo: no... e poi sai una volta la cosa era che venivano gli infermieri insieme ai pazienti, facevano magari delle attività insieme no?

Martina: sì.

Manolo: soprattutto quando c'era ancora la scuola infermieri all'interno della clinica che era sotto la Croce Rossa, e questo era molto interessante perché poi l'allievo vedeva la teoria e la pratica.

Martina: sì.

Manolo: vedeva cosa voleva dire lo psicotico e lo vedeva all'opera, questo era molto interessante e poi, come dico, questi ragazzi facevano le attività con i pazienti, quindi molti sono stati coinvolti nel mimo e cose del genere e anche parecchi medici perché, per esempio, c'era un medico che mi diceva: "stavano giocando a tombola e io avevo una gran voglia di giocare a tombola con la signora ma non potevo perché io sono un medico". E io gli dicevo no! Questo è un valore aggiunto, oltre a essere un medico, sei la persona capace di giocare a tombola o di cucinare con loro o di fare un quadro con loro. Per esempio, la direttrice, la C., ha fatto... la direttrice attuale... aveva fatto un corso di disegno con dei pazienti, c'è una che ha fatto cucina... sai... ci sono delle cose, c'è chi è venuto a leggere i suoi... il P. è venuto a leggere i suoi libri, a presentare i suoi libri, cose così. Quindi dai importanza a questa comunità e nel medesimo tempo ti rendi conto, tu come operatore, se fai qualcosa con i pazienti in un luogo diverso che sia il reparto, delle capacità o dei deficit che ha il tuo paziente. Vedi se è bravo a relazionare, se è capace di svegliarsi, se è capace a fare le cose, perché tante volte, tu quando sei con un paziente dietro una scrivania, uno recita il suo ruolo di paziente e tu quello di medico, quindi... tu come terapeuta dici: "questo era capace a fare questo però è imbambolato". Mentre invece scopri, come il M., che è bravissimo a fare tutte queste cose qui tecniche, audio... ma chi lo sapeva? Almeno, io non lo sapevo. E così tanti altri, i disegni che fan sopra. Sono bravi.

Martina: sì è stato interessante perché rispetto a questo, proprio l'altro giorno con la V., ho partecipato a una giornata della FIP, della formazione e praticamente chiedevano a questi ragazzi di pensare a un progetto di socioterapia e c'è stato il panico generale perché nessuno riusciva a concepire, o comunque facevano fatica a concepire, cosa poter fare con le persone.

Manolo: sì! Ma in psichiatria poi è ridicolo, perché la maggior parte delle cose, va bene dare le medicine, ma è fare le cose con i pazienti, anche solo dei gruppi di parola, o un gruppo sportivo per dire, un corso di cucina.

Martina: sì! Ce ne sono milioni di possibilità.

Manolo: sì ma qualsiasi cosa, qualsiasi cosa.

Martina: ma poi è interessante perché oltre tutto queste sono persone che, non per dire, ma lavorano comunque già da mesi qua, quindi hanno già avuto un percorso con le persone e personalmente, a me, ha fatto strano pensare che a loro non è saltato in mente di pensare a un'attività che non sia prettamente medica.

Manolo: questo significa anche che non hanno scoperto niente degli interessi dei pazienti, o poco...

Martina: è quello che mi dico... come è possibile...

Manolo: e... purtroppo è così ma... a me sorprende molto quelli che hanno fatto comunque la scuola qui, che hanno fatto gli stage da noi, che un po' queste cose le fanno così anche loro... o non hanno tempo o devono andare in ufficio a scrivere perché con la burocrazia adesso, devo proprio dire che... i sistemi di qualità sono una schifezza, alla fine passi più tempo con quelle cose lì che con il paziente... e quindi non lo so, sembra ridicolo. Però trovo che molti di questi operatori potrebbero impegnarsi di più in questo senso e sviluppare i loro interessi no? Magari a uno piace pitturare, piace fare giardinaggio viene qua e fa giardinaggio con questi pazienti. Ma è interessante che vedi queste cose.

Martina: e sì infatti poi ci sarà la prossima giornata dove saremo io e le altre due compagne che presenteremo un po' il Club e i progetti che stiamo facendo per aiutarli un po' a capire quello che si può fare.

Manolo: sì.

Martina: è bello.

Manolo: puoi fare un puzzle, puoi fare qualsiasi cosa.

Martina: e sì.

Manolo: un gioco.

Martina: non so si vede che è la formazione diversa che...

Manolo: e c'è molto la formazione tecnica, loro danno importanza solo a quella parte lì.

Martina: sì.

Manolo: mentre invece la maggior parte delle cose è il contatto con le persone, è proprio il *Bla Bla*, discutere. Perché poi la cura la dà il medico, cioè alla fine tu gli fai la puntura, gli dai tot pastiglie o al limite lo porti in giro in macchina, come vedo... ma per me non è abbastanza no?

Martina: sì

Manolo: dopo?

Martina: allora, vabbé questa è sempre legata alla situazione attuale, se le misure, questi distanziamenti, queste restrizioni, così... avranno poi un impatto anche dopo o secondo te ritornerà tutto come prima?

Manolo: eh questo è difficile da dire, è chiaro che se dovesse continuare così... forme di isolamento ci saranno, saranno molte... ma non solo dei pazienti ma anche gli operatori. Perché se fanno telelavoro, fanno non so... possono fare le cose solo separati o molto distanziati con poche persone, diventa pernicioso no? Diventa anche, da un punto di vista psichico, diventa pericoloso, depressivo. Perché poi non puoi più abbracciarti, non puoi salutarti, non puoi darti la mano...

Martina: non ti puoi guardare in faccia...

Manolo: anche se è vero che sono diventati più espressivi gli occhi, questo è favorevole, però... chiaro che questi divieti, tutte queste... *lockdown*... tutte queste chiusure generano veramente un bisogno di relazionarsi, un bisogno di trovarsi. Lo vedi adesso, quelle poche volte che hanno aperto tutti i bar fuori... la gente banalmente parla di qualsiasi a cosa, ma beve qualcosa insieme, si trovano. È chiaro che crescerà questo bisogno.

Martina: però, da una parte, mi chiedevo se andrò avanti ancora, ad un certo punto, ci si abituerà e magari si entrerà in un circolo in cui non si riesce più a vedere il bisogno di stare insieme agli altri.

Manolo: ma è possibile perché... è possibile soprattutto, non credo fra quelli più vecchi, ma quelli giovani magari sì e lì sì che saremo nell'esclusione... quelli là sono così, questi qui sono abituati così. Già col telelavoro ho visto che, molte persone, lo amano questo telelavoro mentre altri ti dicono: "io non ne posso più del telelavoro, non vedo nessuno, non posso confrontarmi, anche solo fumare una sigaretta, per dire, insieme al collega o dirgli due balle se non attraverso il video".

Martina: quindi è anche un po' soggettivo, non si può pensare a una tendenza generale secondo te? O è ancora difficile dirlo forse?

Manolo: è un po' difficile dirlo... è un po' difficile dirlo, però il rischio secondo me c'è.

Martina: sì. E rispetto a quello che sta succedendo adesso, secondo te ci sono state delle occasioni che, magari, hanno messo in discussione quello che era prima il modo di lavorare qua... in positivo o in negativo.

Manolo: non ho capito.

Martina: mi domando se con questi cambiamenti che ci sono stati, a causa della pandemia, nel servizio di socioterapia, proprio questi cambiamenti hanno fatto emergere delle riflessioni che magari prima... a cui prima magari non ci si pensava.

Manolo: io penso di sì, però è una domanda che dovresti fare a questi che lavorano qui attualmente. Penso di sì perché comunque hanno dovuto riorganizzare il loro lavoro, dare

meno importanza a certe cose e più importanza ad altre, c'è chi ha più paura, meno paura, eccetera. Io penso di sì, che ci sono aspetti che sono cambiati e che a ripristinarli, magari, non sarà così semplice, anche perché non si dà più magari, anche noi no, come operatori, non diamo più importanza così tanto alla relazione con l'ospite. La diamo ma non la diamo, magari certi non li vediamo neanche più, che già c'era la tendenza a vedere e non vedere. Certi pazienti che ti piacciono o con cui hai un *feeling* li vedi bene, altri con cui non hai molto contatto li perdi, li perdi già prima, con questo ancora di più.

Martina: mi domandavo se una volta, se avevate dei progetti, delle iniziative che appunto andavano nei termini dell'inclusione, rispetto alla società in generale. Se con le persone con cui lavoravate qui in socioterapia avete fatto... non so appunto c'è il Carnevale, la Sagra dell'Uva, la Festa Campestre, che sono tutti progetti che vanno un po' in questo senso.

Manolo: ma, tutte queste attività, dal teatro, alle cose che facciamo fuori eccetera, ma anche dentro, erano in funzione di un'inclusione delle persone perché, per fare un esempio, la Sagra dell'Uva che è nata da un'idea del... non mi ricordo più come si chiama, lavorava per Ingrado e dal Centro Diurno, la V. che lavorava al Centro diurno, la mia ex moglie, che lavorava al Centro Diurno di Mendrisio e lui non mi ricordo... dicevano: "ma vediamo spesso alla Festa dell'Uva, molte persone ubriache no? Non si potrebbe fare una bancarella analcolica", eccetera eccetera. Allora su questa cosa ci hanno coinvolti e in effetti, abbiamo incluso proprio le persone che avevano queste problematiche, che lavorando, facendo spremute di arance, preparando i panini, preparando i giochi per i bambini, decorando le cose bevevano meno o non bevevano del tutto. In quel senso lì li includevamo nella Festa, non erano più come barboni o come ubriaconi ma come persone che partecipavano e lavoravano nella Festa. Stessa cosa il Carnevale, noi non volevamo fare il Carnevale degli handicappati, cioè adesso non che... di esibire, ma di fare dei progetti con un carro e quindi di essere parte integrante del corteo di Carnevale no? E quindi in questo senso sì, era inclusivo. E anche diverse attività come il teatro, cioè, queste cose teatrali, sport avevano questa funzione, includere le persone in attività che venivano riconosciute anche dagli altri.

Martina: quindi in generale si può dire che ogni progetto che nasce dalla socioterapia ha come macro - obiettivo anche l'inclusione?

Manolo: ma dipende, il progetto, per esempio, quello del video, delle conferenze, sì. Includere anche le persone che... cioè è una conferenza aperta al pubblico, dove anche i pazienti o le persone con delle problematiche possono partecipare. Però non è che tutti i progetti mirano all'inclusione sociale. Perché quando fai l'atelier, sotto, magari è piuttosto un'altra cosa, cerchi di incentivare la creatività, la voglia di fare di queste persone. Poi se, per esempio pittura o così, si fa una mostra di Art Brut a Bellinzona allora sì, perché è una mostra organizzata da noi, dai pazienti che viene apprezzata e riconosciuta. Oppure se organizziamo convegni anche no? Ci sono... sì in quel senso lì, soprattutto le cose fatte verso l'esterno hanno un substrato di concetto di inclusione.

Martina: mi chiedevo se, al di fuori di questi progetti, una volta facevate anche altro. Se c'erano, non so, iniziative diverse, partecipavate ad eventi...

Manolo: eventi cosa intendi?

Martina: non so, qualche altra festa che non sia la Festa Campestre o la Sagra dell'Uva.

Manolo: aah eventi di altri, di altre persone, di altre...

Martina: sì o se voi avete progettato una mostra, fatto qualcosa così.

Manolo: sì abbiamo progettato diverse mostre alla biblioteca cantonale di Bellinzona, abbiamo fatto spettacoli al Teatro sociale di Bellinzona, siamo andati in Svizzera interna sempre con il teatro, sia in ospedali psichiatrici che in teatri veri e propri.

Martina: sì!

Manolo: avevamo organizzato anche una caccia al tesoro aperta un po' a tutti, organizzavamo qui dei pranzi il venerdì pomeriggio veniva a cucinare magari un'infermiera con i suoi pazienti e offrivamo il pranzo a un buon prezzo, 5 fr., e veniva anche il direttore o l'allievo o il paziente e mangiavamo assieme. Stessa cosa con gli asilanti, abbiamo fatto diverse cose con gli asilanti, che magari mettevano fuori dei cartelloni con su da dove veniva, il loro paese... cioè la cartina del loro paese con alcune notizie sulla gastronomia del loro paese e poi cucinavano qualcosa di quel paese lì.

Martina: questo è bello.

Manolo: ... 5 fr. aperto a tutti. Oppure il gruppo musica che è aperto anche lui a tutti, anche con quello siamo andati fuori a fare delle cose. Sto pensando, perché adesso mi prendi un po' in contropiede, su altre cose che abbiamo fatto. Ah sì beh, siamo andati nelle scuole con gruppi di pazienti che hanno presentato le attività del Club o le attività del teatro o di altre cose. Abbiamo fatto un film con... "Grazie sto già meglio" ... con la Televisione Svizzera Italiana, dove la regia è stata fatta dal D. insieme ai pazienti che raccontavano un po' le loro storie. Non so se lo hai visto quel film lì?

Martina: no, perché mi pare che avevo chiesto ma non si trovava o...

Manolo: non si trovava?

Martina: dovrei insistere un po' di più.

Manolo: e questo è un film fatto nel 2000 da noi.

Martina: eh sì!

Manolo: e altre cose che abbiamo fatto ancora.

Martina: sarebbe bello vederlo, sicuramente.

Manolo: sto pensando a un'altra cosa... vacanze assieme, cose così anche no? Oppure partecipare, non so, a qualche serata, ma non organizzata da noi, su a Lugano o, non so io, musica Festate, quelle cose lì no?

Martina: eh non sono tanto da Lugano quindi...

Manolo: neanche io tanto.

Martina: sempre rispetto al termine dell'inclusione mi domandavo secondo te quali sono un po' le difficoltà che una persona può incontrare nella società una volta che ritorna, come dicevi un po' prima... il cercare lavoro, all'avere contatti...

Manolo: eh... il problema è che appunto...

Martina: cioè anche per capire in base alle difficoltà che le persone hanno, poi che risorse, che aiuti, sostegni dare.

Manolo: è un po' difficile risponderti perché ci sono varie fondazioni che si occupano di questo no?

Martina: sì.

Manolo: però è chiaro quando uno torna, dipende poi l'età, dipende la condizione... se è sposato, se è divorziato, celibe, vedovo o vedova, se è handicappato o... se ha la casa, se non ce l'ha. Di solito il grosso problema è la solitudine, queste persone sono sole e quindi vanno nei ristoranti, vanno... però vanno anche in certi laboratori delle varie fondazioni no?

Martina: sì.

Manolo: la fondazione Diamante o le altre... tutte le fondazioni che girano, cercano un po' di agganciarsi da qualche parte, però è chiaro che la solitudine è ancora un grosso problema, veramente un grosso problema. Anche molti pensionati hanno questo grosso problema, non sono più nessuno e devono rifarsi... con il *lockdown* è ancora peggio no? Perché non puoi andare a trovare gli amici, non puoi andare a trovare le cose... non è così facile essere inseriti, bisogna proprio trovare un sistema che ti permette di avere un'attività o dei contatti sociali, in una fondazione oppure in una struttura oppure... ma anche dai privati, però che capiscono un po' le cose, dove sei impegnato per un po'. Volontariato, qualcosa del genere no? E poi dipende appunto se deve lavorare o se può fare volontariato no?

Martina: sì.

Manolo: dipende dall'età, dipende da molti fattori. Però questo sarebbe interessante chiedere un po' a queste fondazioni. Io all'allenamento al lavoro non ci credo perché, per esempio i laboratori che abbiamo qui, erano nati per allenare le persone ad alzarsi, tenere il tempo, imparare qualcosa per poter essere inseriti nel circuito lavorativo, economico. Però siccome, secondo me, non esiste questo circuito o esiste poco, non che non siano stati fatti, certi sono stati inseriti, certi sono particolarmente bravi e sono riusciti però, alla fine, molti hanno fatto un po' un turismo in queste cose, passano dai nostri laboratori a quelli della Diamante, a quelli della Fonte, eccetera eccetera e sono sempre un po' in queste cose qui ma non sono mai inseriti in un vero circuito. E come ti dicevo va bene avere la casa, va bene avere il lavoro ma bisogna avere dei contatti perché l'uomo è un animale sociale e se non ha contatti... Stanno un po' cambiando i concetti sulle case per anziani no? Sono un po' più miste adesso, cominciano ad avere qualcosa di diverso, mettono generazioni diverse magari con attività diverse. Perché se no ti resta la casa anziani che è l'ultimo stadio e tu lo vivi

anche così, mentre invece se è un po' vivo, se è un po'... come ci sono nelle case così, soprattutto in Svizzera interna, allora cambia.

Martina: sì.

Manolo: e poi c'è chi resta qui al CARL, per esempio, molti restano nel CARL e quindi forse hanno un po' più un circuito perché se vogliono vanno qua, vanno lì, hanno comunque qualcuno in giro no? Perché molti preferiscono comunque avere un infermiere in giro, un educatore, qualcosa, che nessuno. Al foyer M. a Balerna ci sono gli educatori e ci sono questi ragazzi e forse sono contenti così, però non credo che verranno inseriti in circuiti economici. Può darsi che qualcuno poi alla fine trovi una casa e sia contento, però penso che gli manca proprio la gente. Sai, a me veniva da ridere quando sentivo quelli che dicevano: "ah ma questo qui dev'essere contento no? Viene fuori, c'ha una bella casa, gli mettiamo apposto la casa, eccetera". E io: "sì ma la abita per chi? Sì per se stesso, ma non ha un progetto di vita". Il problema sono i progetti di vita, se non hai un progetto di vita...

Martina: te ne fai poco della casa?

Manolo: anche se sei capace di fare le cose, cosa te ne fai?

Martina: sì...

Manolo: è un po' questo... bon abbiamo divagato un po'.

Martina: no va bene, perfetto! Ah appunto, vabbé a questo mi hai già risposto in sé: che cosa pensi bisognerebbe fare per aiutare l'inclusione di queste persone? Come dicevi riuscire a creare dei contatti, delle collaborazioni fra i diversi istituti...

Manolo: io penso che dovrebbe esserci un coordinamento maggiore fra i vari organismi, associazioni, eccetera perché a volte ci sono dei dopploni, dei "triploni" e magari potrebbero invece fare delle collaborazioni maggiori e accogliere più gente e sviluppare magari meglio il volontariato, molte cose di questo tipo no? Penso eh, non è facile, non ho le risposte.

Martina: no no va bene, è un'opinione personale.

Manolo: io ho detto prima, secondo me dovrebbero esserci dei quartieri, dei posti dove la gente può andare, di ristoro... c'è un po' qualcosa, ogni tanto organizzano qualcosa di culturale e uno trova il suo posto no? Magari, sarà quello che chiude la porta, sarà... no? Per dire. Viene riconosciuto, gli dicono buongiorno e... capisci? Non è ... capita nei negozi, capitava negli uffici postali, ma adesso gli uffici postali si chiudono e non c'è più niente. La vecchietta che andava all'ufficio postale che aveva voglia di parlare, parlava con il postino, non c'è più, han tolto tutte queste cose sociali che non... e queste sono proprio delle dimenticanze sociali che colpiscono banche, poste, tutti quei posti lì no? Perché anche, per esempio, nelle banche c'erano dei posti a poco valore aggiunto: il tipo che andava a fare le fotocopie, quell'altro che... però aveva un ruolo no? Le hanno tolte tutte queste cose qui, hanno ridotto il personale per essere performanti e tutto l'aspetto sociale l'hanno scaricato sulle fondazioni, sul Comune. È peccato no?

Martina: cavolo!

Manolo: e ti dico, la stessa cosa facendo i negozi grandi o la posta, io vedo ogni tanto queste commesse che hanno dei buoni rapporti con...

Martina: con i clienti.

Manolo: con i clienti, però là dove ci sono dei negozi non troppo sotto stress, perché sotto stress non riesci.

Martina: sì, mancano proprio dei luoghi di socializzazione insomma, penso che sia questo.

Manolo: facciamo anche capo alle capacità che hanno queste persone... bon certi sono poveri in tutti i sensi sia di soldi, che di idee, che di capacità però altri no.

Martina: e... mi interessava anche, se sai dirmi qualcosa un po' di più rispetto appunto a questi eventi che sono: il Carnevale, la Sagra dell'Uva e la Festa Campestre, se sai qualche informazione in più.

Manolo: ma, la Festa Campestre è nata, sempre sull'idea di Ettore Pellandini per fare una festa con le famiglie dei pazienti, poi quando siamo arrivati noi 4-5 ergoterapisti, che poi abbiamo fatto gli animatori, l'abbiamo aperta al pubblico. È diventato un appuntamento analcolico, un appuntamento analcolico con tutta la popolazione e quindi siamo sempre stati supportati, è sempre venuta un sacco di gente a queste feste. L'idea che c'era fino a qualche tempo fa era quello di fare una festa grandiosa no? Dove i bambini non potessero mai arrivare a tutti i giochi, a tutte le cose e in parte alcune cose pagate e alcune cose gratuite. L'idea era che, e questo ha funzionato abbastanza bene, che i reparti preparassero anche loro dei giochi con i loro pazienti ed è funzionato bene almeno fino a quando è cominciato il CARL, perché il CARL si è un po' distaccato da questa cosa, non ha partecipato tanto alla Festa Campestre ed è peccato no? E la mia idea invece è che partecipassero tutti perché non è la festa del Club, ma la festa di tutto il posto e tutta Casvegno, ed è stato... cioè abbiamo avuto un sacco di gente qui, veramente, era molto interessante perché poi veniva la gente che non aveva paura dei pazienti, era stata fatta anche in vista di questo, di aprire l'ospedale. Stessa cosa anche il parco giochi, il parco giochi il concetto era quello di aprire l'ospedale, di fare venire qui le mamme eccetera, che è meno pericoloso di un parco giochi esterno non controllato dove non c'è nessuno.

Martina: e sono progetti in cui avete potuto vedere dei riscontri positivi?

Manolo: sì sì molto, molto! Sia il parco giochi, che era più grande di quello lì, sia la Festa Campestre che si faceva su questo terreno qui, poi avevamo anche un tendone e tutto. Anche quel drago lì è stato costruito in occasione della Festa Campestre e voleva fare un po' il *pendant* con Marco Cavallo no?

Martina: okei.

Manolo: ...di Gorizia, che lo portavano in giro e hanno fatto il dinosauro, come dire "noi siamo dei dinosauri ma ci siamo" ed è ancora lì. Voleva distruggerlo la direzione ai tempi ma siamo riusciti a salvarlo, c'era un po' un gioco così. E la Festa Campestre aveva dei temi che venivano scelti qui nel segretariato del Club però consultando tutti e... si sceglieva un tema e poi si realizzava no? E ti dico i reparti facevano i giochi, facevano le cose.

Martina: ah okei uscivano proprio tutti?

Manolo: sì sì erano tutti fuori. Era bello fino a quando il CARL, dopo, ha smesso di fare questo ma noi abbiamo continuato la Festa Campestre e... cosa è che mi chiedi?

Martina: rispetto al Carnevale?

Manolo: Carnevale stesso discorso, Carnevale c'era un po' l'idea di partecipare al Carnevale, perché partecipavano anche altre associazioni, però noi non volevamo fare... esibire, sai un po'... allora dicevamo: "o andiamo con un progetto..." e in effetti andavamo sempre con un carro, con un trattore con un carro dietro, perché l'l. F. lui guidava il trattore eccetera e costruivamo delle cose anche grosse, con un tema contro la posta, lo smantellamento della posta oppure contro gli aerei, la spesa per gli aerei. Sai c'era sempre un tema e andavamo di solito a Novazzano e a Castel S. Pietro e l'ultima volta siamo andati con quel... sai quell'Arca di Noé che c'è là?

Martina: sì, vicino al bar.

Manolo: ecco, siamo andati a Chiasso, a Chiasso e a Stabio e lì tutti partecipavano, venivano anche i parenti eccetera, lì c'è proprio un'inclusione, c'è proprio un carro fatto dal Club '74, non dai malati del Club '74, ma dal Club '74. E l'altra cos'era? Sagra dell'Uva te l'ho detto... la Sagra dell'Uva è stata anche riconosciuta come attività di utilità pubblica dal Governo e lì, per esempio, abbiamo avuto un'ottima collaborazione con il Municipio e anche con il Fondo Alcol che è un'associazione che ci finanzia alcune cose, perché siamo contro l'alcol. E lì siamo riusciti anche ad andare a pareggio, cioè veramente a non spendere... quello che spendevamo veniva coperto. Quindi... poi avevamo qualche personaggio un po' famoso che veniva sai... si presentava qualcosa così. Avevamo quasi una strada nostra.

Martina: e sono sempre stati ben accettati da tutti o avete avuto difficoltà?

Manolo: mai avuto no. Tu conosci Mendrisio?

Martina: pochissimo.

Manolo: ma di dove sei?

Martina: Bellinzona! Mendrisio penso che l'ho vista da quando ho cominciato lo stage.

Manolo: ah ho capito.

Martina: eh sì... tra l'altro che dicevi prima per la Festa Campestre era un po' per coinvolgere anche le famiglie.

Manolo: sì.

Martina: mi sono sempre chiesta come mai qua si lavora poco, in realtà, con le famiglie o è quello che ho potuto vedere io. Mi manca un po' quella parte della rete informale, se si vuole chiamare così, delle persone.

Manolo: sì perché ... è vero noi lavoriamo poco con le famiglie perché ... non so perché, cioè ... forse perché certi hanno famiglie vecchie, forse perché... c'è capitato di lavorare con delle mamme.

Martina: ah okei.

Manolo: ah, con le scuole noi abbiamo lavorato, con le mamme delle scuole eccetera eccetera, però con i genitori poco, ci sono le associazioni di genitori no? Però sono più con gli infermieri e con i medici perché a loro interessa di più la parte terapeutica. Dopo è chiaro che se uno realizzava qualcosa chiamavamo la famiglia o qualcosa no? Per dirgli: "venite a vedere le belle cose che ha fatto vostro figlio", però non c'è un regolare, che io sappia attualmente nemmeno, un regolare contatto con loro. Mentre invece c'è molto di più con le équipes che escono fuori o gli SPS, eccetera.

Martina: sì, quindi il lavoro con le famiglie c'è ma non è parte della socioterapia.

Manolo: c'è ma non con noi, con noi poco. Poi magari è capitato che un genitore venisse e facesse delle cose con noi, questo sì o un parente però non è regolare, non è una cosa regolare, non è un contatto regolare.

Martina: sì perché magari sono anche persone che, forse, una famiglia non... non è molto presente o non c'è, non so se è una cosa che si può generalizzare.

Manolo: sì... spesso è conflittuale, le storie sono conflittuali, han già un sacco di problemi... poi magari qualcuno veniva a vedere il teatro però... oppure le famiglie venivano per la Festa Campestre, però venivano anche famiglie che non centravano niente con gli ospiti, delle famiglie venivano ecco in quegli incontri lì sì, anche alla Sagra dell'Uva. Ma degli incontri qui proprio così... no.

Martina: sì perché magari sono anche persone che, forse, una famiglia non... non è molto presente o non c'è, non so se è una cosa che si può generalizzare.

Manolo: sì... spesso è conflittuale, le storie sono conflittuali, han già un sacco di problemi... poi magari qualcuno veniva a vedere il teatro però... oppure le famiglie venivano per la Festa Campestre, però venivano anche famiglie che non centravano niente con gli ospiti, delle famiglie venivano ecco in quegli incontri lì sì, anche alla Sagra dell'Uva. Ma degli incontri qui proprio così... no.

Manolo: sei a posto? Se ti viene qualche domanda...

Martina: se vuoi dirmi qualcosa che secondo te devo assolutamente sapere... prima di andar via da qui.

Manolo: no, mi sembra che ho detto abbastanza, tanto quando vai via?

Martina: l'11 giugno.

Manolo: adesso non mi viene in mente, penso che va bene così.

10.7. Allegato 7 - Intervista 2

Intervista a Mauro Durini, coordinatore del servizio di socioterapia presso il Club '74.

Martina: la prima domanda è quali sono per te i principi fondamentali, che secondo te, un operatore sociale che lavora qua, dovrebbe seguire?

Mauro: allora, ci sono i concetti che il nostro lavoro, il nostro ambito, racchiude ma soprattutto credo che l'operatore che lavora qua deve avere delle caratteristiche, deve acquisire delle caratteristiche che, spesso e volentieri, in altri ambiti è più difficile da trovare, da far emergere. Quindi, a mio avviso, qui ci deve essere una grande apertura mentale, un approccio dove il pregiudizio deve essere veramente limitato o tolto completamente, dico limitato perché comunque credo che è molto difficile non portarsi dei pregiudizi come persone, quindi lo facciamo sempre anche inconsciamente e quando diciamo che non abbiamo nessun pregiudizio credo che mentiamo a noi stessi. Qui possiamo veramente sperimentare un luogo dove si può vivere con... senza pregiudizi o con pochissimi pregiudizi, questo... per quello lo considero un luogo speciale. Dopo credo che possiamo... i concetti fondamentali li applichiamo qui ma possiamo applicarli o dovremmo applicarli, come operatori sociali, in ogni ambito del nostro lavoro e dovremmo applicarli anche in ogni ambito della nostra vita. Quindi: l'accoglienza, l'esclusione dal pregiudizio, la delicatezza dell'incontrare l'Altro, l'incontro con l'Altro che è importante, il considerare l'Altro come portatore anche di saperi e quindi l'incontro non è solo un dare ma è anche un ricevere. La comunità che anche questo è un concetto importante qui in questo ambito, il saper essere aperti ad una comunità variegata, fatta di professionisti e non, ma quando dico professionisti e non e mi ripeto quello che ho detto prima, anche il non professionista o così detto non professionista è comunque portatore di valori, di conoscenze, di esperienze che in qualche modo ci arricchiscono.

Martina: sì, e rispetto ad oggi quindi e rispetto a quello che hai detto adesso, cosa è che cambia? Rispetto alla situazione della pandemia...

Mauro: ma, allora, se ci riferiamo alla situazione pandemica è chiaro che con gli occhi del professionista, quindi gli occhi miei e gli occhi dei miei collaboratori, è chiaro che abbiamo dovuto fare un grosso intervento da professionista perché comunque abbiamo dovuto inventarci e reinventarci, osservare la situazione, prendere delle decisioni, confrontarci con una situazione anche imposta dal medico cantonale, dalla direzione, eccetera e questo è stato un grosso lavoro da professionista se si vuole no? Perché è una situazione che nessuno ha mai vissuto, che abbiamo dovuto comunque affrontare in qualche maniera, dove nessuno aveva la ricetta su cosa fare e quindi dico che il nostro gruppo ha fatto veramente un lavoro... un grosso lavoro di adattamento, di resilienza, chiamiamolo come vogliamo, ma con un occhio da professionista. Poi c'è tutto l'ambito appunto dall'altra parte, quindi dalla parte delle persone perché il nostro intervento, comunque, era finalizzato soprattutto a mantenere aperto un canale di comunicazione con le persone che in una situazione di pandemia, di difficoltà, di lontananza, a nostro avviso, potevano poi subire delle conseguenze gravi anche legate comunque al loro stato patologico ma anche sociale. Quindi gente che vive da sola, che con questa pandemia si è ritrovata ancora maggiormente da

sola. Questo ha cambiato totalmente il nostro modo di operare e di pensare perché se pensiamo a una comunità ed è un concetto di fondamentale la comunità e viene inserito in una situazione dove la comunità praticamente viene messa in discussione questo è veramente difficile da affrontare no? Credo che ci siamo riusciti, nel bene e nel male, inventandoci ... non so se poi tu le descriverai, inutile che ti faccio l'elenco, ma inventandoci degli approcci molto differenziati, sconosciuti, mai esplorati, magari anche all'inizio un po' urticanti perché, se parlo per me, il dover comunicare tramite uno schermo, per me, non è così evidente. Quindi c'è questo doppio aspetto, l'aspetto veramente da professionista che abbiamo affrontato una situazione sconosciuta, mai vissuta, ma a livello mondiale mai vissuto quindi non c'era neanche la possibilità di attingere ad esperienze fatte in altri ambiti, quindi questo è da tenere in considerazione. È chiaro che la pandemia e quindi le restrizioni, hanno in qualche maniera influenzato il nostro modo di lavorare, non so se poi ne parleremo dopo, ma già il fatto di dividere i pazienti della clinica con i pazienti esterni è già qualche cosa che va a intaccare la comunità. Il dividere pazienti della clinica e pazienti esterni va a intaccare anche l'atto pedagogico, secondo me, perché comunque i nostri concetti dicono che tutta la comunità cura e quindi, se dividiamo la comunità, c'è una mancanza di un anello di congiunzione. Questo, secondo me, è l'aspetto più problematico, più delicato e che ci spinge a dire: "speriamo che questa situazione passi presto", perché manca qualche cosa, a noi manca qualche cosa anche a livello di interazione fra le persone.

Martina: per quello che hai potuto conoscere in questi anni che sei qua, quali sono secondo te i cambiamenti più importanti che ha vissuto la socioterapia, al di fuori anche della pandemia?

Mauro: io sono qui da 6 anni, quindi non è tanto e quindi sono già in quell'era, diciamo... io direi che la socioterapia la si può dividere in momenti significativi che durano degli anni, durano dei decenni. Quindi la nascita della socioterapia negli anni, noi parliamo degli anni '70, quindi vista con una certa diffidenza perché comunque c'era un concetto di presa in carico del paziente psichiatrico molto cristallizzato su quello che era la presa a carico infermieristica o medica con dei concetti di chiusura, di allontanamento dalla vita sociale eccetera eccetera. Questo era un retaggio vecchio, quindi la socioterapia che, quando è entrata così di forza negli anni '70, è chiaro che era vista da una parte come un motore generatore di cambiamento, di riconoscenza verso l'ospite, di apertura ma dall'altra parte era vissuta anche come... i cambiamenti lo sappiamo tutti a volte spaventano, a volte vengono denigrati, a volte vengono non capiti, quindi c'è stato anche lì un grosso dibattito se si vuole, erano dei momenti con una spinta politica. Non fraintendermi politica nel senso che c'erano dei cambiamenti in atto a livello globale che comunque hanno favorito questo passaggio e ci si è ritrovati in un decennio, forse anche più, con delle idee di apertura, di sperimentazione, di avvicinamento a quello che è la psichiatria che però era supportato anche da un personale che aveva vissuto sull'onda di questa spinta e quando parlo di personale parlo di infermieri ma parlo anche di medici che comunque uscivano da una formazione dove l'aspetto sociale veniva comunque valorizzato molto. Quindi medici, infermieri ma anche la direzione, anche il mondo era un po' così. Quindi c'era una spinta, a mio avviso, positiva verso quello che era la socioterapia. Poi, come tutte le cose, ci sono i flussi e i reflussi, adesso siamo passati poi a una fase un po' più di chiusura, adesso siamo in una fase dove comunque c'è una spinta un po' frenata verso gli aspetti sociali, c'è comunque, a mio avviso, una formazione che è molto incentrata su quello che è la diagnosi e la cura farmacologica o la cura medica, non solo in

psichiatria un po' dappertutto. Quindi gli aspetti olistici quindi di presa in carico della persona con un orizzonte un po' più ampio adesso si fa un po' fatica quindi il nostro lavoro è un po' più complicato se si vuole, poi dico sempre che le persone contano quindi, se trovi a livello di direzione, a livello anche di Consiglio di Stato o... eccetera... qualche spazio di apertura è chiaro che poi per te è molto più facile far passare certe cose. Teniamo conto poi che la socioterapia, così come è concepita, esiste solo qui a Mendrisio è un unicum in Ticino dove comunque la metà della psichiatria è gestita dallo Stato e l'altra metà dai privati ed è un unicum anche in Svizzera perché un servizio come il nostro, con questi concetti, non esiste. Quindi è chiaro che quando si è in una fase un po' di chiusura si fa più fatica perché comunque è anche una realtà piccola la nostra se si vuole no? Abbiamo una grossa fortuna adesso, secondo noi, che è questa vicinanza con la SUPSI o con le scuole di formazione, il fatto che comunque l'OSC e di riflesso, forse non solo di riflesso, la socioterapia entri di diritto nel percorso formativo della SUPSI questo comunque ci favorisce perché vuol dire che, in qualche maniera, ci tiene vivo e in qualche maniera noi possiamo trasmettere comunque i nostri concetti anche a livello formativo. Quindi la speranza è che chi esce da uno stage, come te, o da una formazione della SUPSI abbia comunque a conoscenza di che cosa è la socioterapia e quali sono almeno i concetti di base.

Martina: e quando parli di una tendenza ad una chiusura parli del personale che c'è all'interno dell'OSC o in generale della società?

Mauro: io dico sempre che questo luogo, a mio avviso, è lo specchio della società quindi non dobbiamo pensarlo come un luogo altro a quello che succede fuori, noi possiamo parlare benissimo di inclusione sociale, inclusione lavorativa ma poi, se andiamo a vedere i dati, abbiamo una società sempre più competitiva, una società sempre più esclusiva o espulsiva e quindi, anche di riflesso, noi qui dobbiamo lavorare proprio per evitare questo processo. È per quello che ti dico attualmente... facciamo l'esempio, ma non è per sminuire o per denigrare, facciamo l'esempio dei medici, i medici vengono tutti, praticamente tutti, con una formazione dall'Italia è così perché in Svizzera di medici psichiatri ne escono pochi. È così perché chiaro che in psichiatria la lingua conta tantissimo e quindi è molto difficile che uno psichiatra che parla solo tedesco possa in qualche maniera arrivare qui e operare perché, comunque, il poter comunicare con il paziente è importantissimo in psichiatria. Quindi abbiamo dei medici che praticamente arrivano da una formazione italiana no? E quindi con un approccio, a mio avviso eh, molto incentrato su quello che dicevo prima: diagnosi, prognosi, cura farmacologica, eccetera eccetera. Questo è un problema, un problema perché, se non hai una base formativa, arrivare in una realtà come questa dove comunque tu transiti, perché poi i medici transitano qui perché loro arrivano, devono fare una formazione obbligatoria per poter esercitare quindi stanno qui un anno, stanno qui due anni, che è pochissimo, se poi non lo pratici... la socioterapia è una pratica non è una teoria, tu puoi studiarla sui libri fin che vuoi ma poi devi praticarla, te ne sei accorta anche tu se non la pratici, cara Martina, se non entri con le mani in pasta, non capisci qual è il bello e quel è il brutto di questa pratica di socioterapia. Per quello che ti dico siamo in un momento dove non ci sono le condizioni affinché ci sia questa apertura anche di riconoscimento di poter operare quindi il nostro sforzo e questo le vedi anche tu, il grosso sforzo che facciamo è comunque di avere un contatto con la clinica, con i reparti, un contatto con i medici, un contatto col fuori, le tavole rotonde che coinvolgono i medici, coinvolgono il fuori... cioè sono tutte delle strategie che in teoria dovrebbero permettere di ricostruire questa comunità che è una comunità molto

fluida, molto aperta, non deve essere vista come la comunità di Casvegno punto e basta, deve essere una comunità aperta. Le condizioni adesso non sono il massimo perché, se guardi, abbiamo quasi quasi più contatti col fuori che con il dentro, è vero! Abbiamo più contatti con professionisti, parlando di professionisti possono essere scrittori, musicisti, insegnanti della SUPSI che quasi con i medici interni che non conosciamo. Questo ci deve far riflettere in qualche maniera no? Su qual è la situazione, quindi capisci che questa è una delle difficoltà attuali che io vedo ma ci stiamo lavorando.

Martina: quindi il tema dell'esclusione per te è attuale?

Mauro: il tema dell'esclusione è attuale, forse qui meno perché, con il nostro modo di lavorare, non escludiamo nessuno anche in un momento molto particolare come questo dove avremmo potuto dire il numero è questo e quindi basta. Devo dire che siamo stati molto larghi di manica eh? Ma va bene così perché queste persone ne hanno bisogno, forse abbiamo bisogno anche noi di ritrovarci in un luogo di lavoro perché se dovessimo stare a casa chiusi davanti a un computer, lo sai benissimo anche tu come studentessa, non è la stessa cosa no? L'aspetto sociale della scuola non è una bazzecola eh.

Martina: quindi, secondo te, per andare un po' contro questa tendenza all'esclusione, alla chiusura cosa bisognerebbe fare, cosa dovremmo fare?

Mauro: la frase è semplice: resistere, resistere, resistere. Nel senso che dobbiamo continuare a battere il chiodo, continuare a rompere le scatole, continuare a farci conoscere sapendo che è un lavoro infinito. Io credo che sarà sempre un lavoro infinito il nostro che rientra un po' nelle caratteristiche dell'educatore, di chi si occupa di progetti territoriali, di chi ha le mani in pasta su le problematiche di convivenza, le problematiche di comunità. È un lavoro infinito che non finisce mai, dobbiamo essere in grado di calibrare il nostro intervento quindi adesso, per esempio, abbiamo una grossa spinta per farci conoscere, perché è importante, poi magari fra qualche anno sarebbe mica male se mettiamo le nostre forze anche su altre cose che non so eh... perché la strada non è segnata, noi dobbiamo fare questo. Ti faccio un piccolo esempio: fino a qualche mese fa pensare di fare degli interventi sul parco, sul territorio, non era così scontato c'era comunque dietro qualcuno o qualcosa che ti diceva... che era sempre restio a questa cosa. Le persone contano, le persone cambiano, in questo momento ci sembra che ci sia più apertura per un nostro intervento proprio a livello fisico sul parco no? Magari fra un po' di tempo il parco è talmente bello che non ha più bisogno di essere gestito da noi, l'intervento nostro... che è anche logico il nostro intervento sarebbe quello di lanciare un messaggio, indicare la strada e poi sarebbe bello che la strada continuasse da sola, diciamo così, quindi generare qualche cosa che poi, in qualche maniera, si auto-alimenta e dove il nostro ruolo deve essere calibrato con una grossa spinta all'inizio e poi avere anche la capacità e l'umiltà di dire adesso mi tolgo da questo progetto che, magari, è il mio ma poi mi tolgo perché il progetto deve continuare da solo, altrimenti ho fallito perché io devo generare qualche cosa che poi fanno gli altri, fanno le persone che coinvolgo. Quindi nel senso che... sì dobbiamo resistere su certe cose, avere la capacità di leggere la situazione, capire dove ci sono i problemi e non passare dall'altra parte, ma entrarci nei problemi perché altrimenti il problema diventa grosso e noi rischiamo di essere esclusi. Il nostro lavoro è quello di andare a capofitto dove le cose non funzionano, non dove le cose funzionano: troppo facile.

Martina: okei, rispetto alla situazione attuale, che molte attività sono state annullate come il gruppo musica, la cucina... mi chiedevo come hai vissuto questo aspetto e come immagini che riprenderanno queste attività?

Mauro: ma, fondamentalmente sono ottimista quindi spero che, nelle prossime settimane o nei prossimi mesi, la situazione venga un po' sbloccata e quindi si ritorni ad una situazione di normalità, che poi è da capire se la normalità sarà come prima o no, con i suoi pro e i suoi contro. Su certe cose io credo che sia importantissimo che alcuni spazi, alcune attività ritornino a funzionare perché se il concetto di comunità dev'essere veramente praticato m'immagino per noi poter ri-iniziare la cucina, quindi un momento conviviale insieme a una preparazione, al mangiare insieme, al trovarci, nell'accogliere, perché anche il bar in questo momento è un po' limitato non accogliamo, per esempio, i ragazzi delle scuole... bene o male passavano, creavano una dinamica importante di conoscenze, di scambio. Per quello che riguarda Casvegno credo che sia importantissimo poter riaprire la mensa, che è un luogo importante, centrale che dà un senso anche allo scorrere del tempo nella giornata per i pazienti, che dà la possibilità di uscire dal reparto maggiormente rispetto a quello che si fa adesso. Ma uscire dal reparto con uno scopo no? Quindi queste cose, secondo me, sono importanti e tocca un po' anche a noi fare un po' pressione, rimanendo nei limiti delle prescrizioni, ma ricordando a chi comunque poi dovrà prendere una decisione su questo, l'importanza di certi luoghi, che non è solo il poter mangiare qualche cosa in mensa, ma attorno a questo ci sono, per esempio, tante cose che fanno parte della cura della persona. Quindi se siamo in un ospedale che cura e se pensiamo che l'ambiente cura, le situazioni curano, dobbiamo per forza ritornare ad avere questi ambienti e questi momenti.

Martina: ma una domanda così, che non c'entra con la mia scaletta... ma la mensa i pazienti la poteva frequentare a scelta? Quindi potevano anche...

Mauro: potevano frequentarla a scelta, nel senso che potevano mangiare anche in reparto però è chiaro che era una scelta concordata da qualche parte e anche valutata. I primi tre giorni dove uno arriva e in teoria non può uscire dal reparto perché comunque c'è l'osservazione, c'è comunque uno stato magari non ideale di incontro con l'Altro. Loro mangiavano in reparto però tutto il resto del gruppo usciva, quindi voleva dire per il resto del gruppo non era male perché comunque c'era la socializzazione, c'era il mangiare in una mensa che ricorda un po' il ristorante, ricorda un po' la normalità e dall'altra parte per le persone invece che rimanevano nei reparti c'era magari anche un momento più tranquillo con un rapporto magari uno a uno con l'infermiere. Quindi c'erano anche dei vantaggi anche a rimanere nel reparto invece adesso è chiaro rimangono in reparto, adesso forse mangiano tutti nella sala che comunque le distanze sono relative, altrimenti si mangiava in camera quindi tutto l'aspetto relazionale non c'era.

Martina: quindi rispetto alle relazioni con le persone ci sono stati dei grandi cambiamenti?

Mauro: ci sono stati dei grandi cambiamenti che, a nostro avviso, abbiamo cercato di gestire al meglio dopo manca... ripeto mancano questi anelli di congiunzione che possono essere il gruppo musica, che può essere il pranzo, che possono essere i segretariati in presenza e soprattutto che può essere la presenza di persone ricoverate quindi in un momento di crisi, di relativa crisi, con persone che invece sono esterne ma che frequentano comunque il servizio

e che quindi, in una qualche maniera, per osmosi danno la possibilità di curare queste persone. Perché comunque l'appoggio della persona che ha vissuto un disagio psichico è diverso rispetto al professionista che certe cose le ha imparate, le ha vissute da esterno ma non le ha vissute da paziente. Questo è quello che a noi preme.

Martina: sì, a questa domanda in parte mi hai già risposto, appunto il lavoro in questo momento è cambiato per la pandemia ma, secondo te, questi cambiamenti sono dovuti solo a questo oppure è un cambiamento generale che si sta generando? ... è vero che, come dicevi, cambia a dipendenza delle persone che ci sono.

Mauro: sì, è vero che bisogna stare attenti perché alcune cose diventano così perché si è sempre fatto così, quindi bisogna stare attenti a non cadere nella trappola di dire ma in fondo in fondo non si sta così male nella zona confort. Per quello che dico che, comunque, i concetti devono essere ben chiari e quindi se noi miriamo ad alcuni concetti che può essere la socializzazione, la comunità, eccetera, non possiamo prescindere da questo. Quindi abbiamo avuto l'esperienza, l'abbiamo valutata, abbiamo trovato dei punti di forza, dei punti deboli però poi, secondo me, certe cose sono di base quindi dobbiamo tornare lì. Non sarà facile perché comunque ripeto, viviamo anche in un sistema, in un momento, dove questa spinta ideologica è relativa no? O è sbilanciata, nel senso che non tutti ce l'hanno. Ideologico vuol dire conoscenza quindi sta a noi essere propositivi in questo momento proprio per reintegrare quelli che sono degli aspetti importanti che noi riteniamo imprescindibili.

Martina: ma quindi l'idea è di tornare un po' come si era prima o c'è comunque l'idea di qualche cambiamento?

Mauro: da parte nostra non c'è l'idea di qualche cambiamento anzi, credo che poter tornare a operare qui, ma anche fuori, quindi la Sagra del Borgo, tutte quelle situazioni. È chiaro che bisognerà leggere anche la realtà sul territorio perché non è detto che questa pandemia non lascia degli strascichi. Quindi bisognerà poi vedere se tutto ritorna come prima, la speranza è questa, ma magari ci sono delle cose che non saranno più come prima e lì dovremmo, come ti dicevo prima, essere capaci di leggere la realtà, adattare la realtà, mantenendo comunque saldi i nostri concetti e quindi adattarci alla realtà e adattare la realtà, perché dobbiamo anche essere propositivi, dobbiamo anche essere operativi no? Siamo comunque dei professionisti dell'azione quindi dobbiamo, in qualche maniera, non solo adattarci a come è il sistema ma dire okei... ma se noi pensiamo che il sistema comunque abbia qualche falla e per noi è importante che a livello di coesione, a livello di comunità, a livello di intervento sociale dobbiamo cambiare qualcosa, dobbiamo essere pronti anche a farlo, non è facile, non sempre è facile, ci vuole un po' di coraggio ma fa parte un po' del nostro lavoro.

Martina: e rispetto alle relazioni fra le persone, secondo te, una volta che si potranno togliere le mascherine, riformare dei gruppi un po' più numerosi, ci sarà la voglia comunque di queste cose o...?

Mauro: credo di sì

Martina: o ci sarà più individualità fra le persone?

Mauro: io credo di sì, nel senso che non sono così pessimista da dire che... ma qualcuno ci sarà sempre che sarà... avrà cambiato il proprio approccio ma quello c'è sempre stato, quello che è più lontano, quello che è più vicino, siamo comunque degli esseri che... credo che... che dimentichiamo anche in fretta certe cose quindi... credo che nel limite del possibile... io spero che le cose che ci mancano quindi l'abbraccio, la vicinanza siano il motore poi per ritrovarle certe cose no? Questa mancanza dev'essere la spinta poi per cambiare nel limite del possibile, se è possibile, cambiare le situazioni quindi togliere anche questa cappa o presunta cappa di diffidenza. Perché adesso siamo molto diffidenti vedi la mascherina la mettiamo, non la mettiamo, siamo lontani, siamo vicini lo facciamo anche inconsciamente quasi quasi a volte eh. Io dico che si dimenticherà, si dimenticherà, ma è un mio pensiero.

Martina: in termini di inclusione e di esclusione... secondo te, le persone che comunque passano da qua, quali sono le difficoltà che possono riscontrare una volta che si confrontano di nuovo con la società? Quali sono le tematiche più forti?

Mauro: dipende dagli ambiti, è chiaro che l'ambito lavorativo io non lo conosco benissimo però è chiaro che in ambito lavorativo è complicato per tutti quindi se poi qualcuno si trascina, si porta un fardello di comunque situazioni difficili, di crisi o comunque vedi anche tu che il fisico in sé, in qualche maniera, viene toccato. Quindi c'è un rallentamento, c'è un deficit dell'attenzione, c'è un deficit ad essere performanti (bruttissima parola) per tante ore. Dall'altra parte hai un mondo lavorativo che ti chiede questo e quindi c'è un grosso divario no? L'inclusione diventa difficile per alcune persone per non dire impossibile pensare che tutti possano poi ritrovare comunque un loro ruolo lavorativo, sto parlando di lavorativo. Poi in Ticino ormai abbiamo anche altri problemi che non possiamo ignorare, altri problemi perché abbiamo un'economia che, a mio avviso, è molto particolare, un'economia di frontiera dove vengono... la frontiera viene sfruttata e questo complica ulteriormente, secondo me, le persone che sono già fragili. Dopo abbiamo sicuramente un sistema sociale che comunque dà una mano a queste persone però se parliamo poi dell'inclusione lavorativa io la vedo un po' difficile. Quindi, per questo ambito, ho grossi dubbi che anche il sistema sociale riesca poi a portare la persona a ritrovare un ruolo lavorativo. Sul ruolo sociale io vivo un po' la realtà... la realtà di Mendrisio è una realtà molto particolare perché comunque, nel bene e nel male, avendo convissuto con il manicomio per più di 100 anni, in qualche maniera, è cambiata un po' la dinamica. Mi ricordo negli anni '70 quando sono stati aperti i cancelli, dopo forse un primo momento di smarrimento, poi la presenza di personaggi bizzarri, li chiamavano così, sul territorio era normale quindi c'era un'inclusione sociale se si vuole no? È chiaro... limitata perché... ma quello in tutte le cose no?

Io rovescerei la domanda noi dobbiamo anche qui... ed è per quello che lavoriamo qui in una certa maniera ma lavoriamo anche fuori, deve essere quasi il collettivo che deve essere incluso nella società perché le persone... loro hanno le loro capacità di inclusione personale quindi ognuno di chi orbita o passa di qui, ma anche noi, abbiamo le nostre strategie o non strategie per essere inclusi. Anche io come professionista non è detto che abbia un'inclusione sociale eh? Magari sono un orso che non ha nessuno, che tutti mi odiano quindi... ognuno ha le proprie capacità, anche desideri, uno può volerlo o può non volerlo. Quindi mi piace di più ragionare sul fatto che l'inclusione sociale, così detta, forse è più il collettivo che deve farla quindi siamo noi che dobbiamo fare inclusione... essere inclusi o

farci includere o includere perché poi è molto... per quello che ritorno a dire... un Pusterla scrittore, che viene qui a fare una Tavola Rotonda, è un'inclusione da che parte? Siamo noi che lo includiamo, è lui che ci include... ecco quindi io me lo immagino così, magari sono idealista no? Però credo che noi dobbiamo anche dare gli strumenti alle persone per poi scegliere la loro strada di inclusione sociale cominciamo così, diamo gli strumenti, diamo le opportunità, mostriamo degli esempi che può essere la Sagra del Borgo. La Sagra del Borgo, che è questa sagra dove noi facciamo un intervento con un presidio analcolico, io dico: qualcuno che è ricoverato al Quadrifoglio 4, quindi in un centro di competenza, che viene a lavorare per 3 giorni in un luogo che è chiaramente dedicato al consumo dell'alcol... perché adesso l'abbiamo chiamata Sagra del Borgo ma prima era la Sagra dell'Uva ed è chiaramente per chi l'ha vissuta, ma l'abbiamo vissuta tutti, un luogo di divertimento legato al consumo di alcol. Quindi il nostro lavoro principale è quello di farci conoscere, avere un luogo per i bambini ma questo va bene. Ma è un luogo, secondo me, importantissimo perché alle persone che noi... comunque al gruppo che partecipa a questa cosa, in una qualche maniera, noi mostriamo la possibilità di fare un intervento sociale sul territorio, essere protagonisti, avere un ruolo malgrado non ci si distrugga dall'alcol. Dopo uno può scegliere, io dico che poi uno sceglie, però noi glielo abbiamo fatto vedere come si può convivere anche in una situazione dove, magari, uno è fragile, quindi capisco benissimo che non sarà quello il momento che gli cambierà la vita, ma noi glielo facciamo. Quindi è un'inclusione di gruppo, è un'inclusione proprio per mostrare un po' quello che può essere un'altra concezione dello stare assieme.

Martina: rispetto all'ambito lavorativo, le persone che sono passate di qua... c'è qualcuno che ha poi trovato lavoro o...? Voi lo sapete?

Mauro: sì qualcuno... è chiaro che...

Martina: così per curiosità.

Mauro: la domanda è interessante perché noi abbiamo sempre un concetto... poi noi educatori, io sono educatore di formazione, che a volte dovrebbe uscire maggiormente dagli schemi no? E quindi la psichiatria è un aspetto molto particolare rispetto ad altre realtà dove comunque la differenziazione tra io e l'Altro è molto visibile e questo, da qualche parte, ci rassicura perché io vedo l'Altro che non è come me. Qui in psichiatria è un po' più complicata la cosa perché uno magari... tutti noi possiamo cadere per un attimo e poi rialzarci benissimo, la psichiatria è questo. Ci sono delle persone che comunque avranno una sofferenza per tantissimo tempo e lì è un altro discorso ma ci sono persone che arrivano, fanno il loro percorso e poi ritornano a una vita normale. Quindi dirti che nessuno... non è vero che nessuno viene reintegrato però se poi le cose si complicano quindi se la cosa diventa più lunga, lì invece io vedo delle grosse difficoltà nel rientro in un percorso lavorativo proprio perché poi ripeto, qualche strascico lo lascia, lo sappiamo benissimo, lo vediamo. Dall'altra parte poi c'è una stigmatizzazione che dipende da... chi incontri dall'altra parte no? Facciamo degli esempi: hanno appena fatto vedere forse a Falò o Storie, di persone che hanno avuto dei problemi magari per un anno e dall'altra parte però c'era un datore di lavoro che, per un anno, ha aspettato questa persona, non succede spesso e volentieri. È una cosa complessa secondo me, dovrebbe essere un problema o un'opportunità per tutta la comunità e quindi non dire: "ah io sono il datore di lavoro non mi interessa a quello che succede al di

fuori del mio ambito” e viceversa no? Io sono il curante e non mi interessa poi di quello che succede. Credo che la comunità dovrebbe interrogarsi a 360° e dire okei... questo è un mio ideale è... dovrebbero esserci delle opportunità per tutti, questo è un po' più complicato attualmente no?

Martina: sì! Rispetto ai progetti che fate in termini di inclusione, quindi la Sagra del Borgo, la Festa Campestre e il Carnevale, che sono i tre esempi principali che mi vengono in mente... se mi potevi dire qualcosa di più su questi eventi che non ho potuto vedere.

Mauro: è chiaro, sono eventi che hanno una storia perché comunque non nascono dal nulla, hanno una storia e hanno anche dei protagonisti perché la Festa Campestre è nata, non so, tantissimi anni fa con uno scopo che non è più lo stesso. Ai tempi quindi un luogo un po' più chiuso, un po' più isolato Casvegno, con l'apertura poi si è detto ma forse troviamo anche un momento dove parenti e le famiglie dei pazienti possono ritrovare i loro cari in un ambito diverso rispetto a quello che è l'incontro nel reparto. Questa è la nascita poi cambia la società, apertura, cambiano le persone... si è trasformata in questa grossa festa che c'è una volta all'anno, l'anno scorso non l'abbiamo fatta quest'anno non la faremo ancora, che è di inclusione ma perché tu vieni qui quella volta lì, sai che sei nel parco di Casvegno però... almeno io sono sempre venuto e non ho mai detto: “ma è una festa costruita dai pazienti” ... è una festa punto. Poi però dietro questa festa, dietro al Carnevale, dietro la Sagra del Borgo è chiaro che l'intervento socioterapeutico sfrutta queste occasioni per far sì che la festa diventi qualche cosa di terapeutico. Quindi immaginare che una festa, come la Festa Campestre, ha bisogno di 4-5 mesi di preparazione, vuol dire che per 4-5 mesi tu sfrutti questa opportunità per coinvolgere i pazienti, per coinvolgere i reparti, per coinvolgere i medici... una fatica tremenda però dai la possibilità di lavorare per un progetto, di contribuire a qualche cosa alle persone che, magari, sono persone che poi fanno solo un piccolo percorso, un piccolo tratto di strada però vuol dire che se per caso, ed è il caso che succede spesso, che poi al 6 o al 5 di settembre quando c'è la Festa Campestre qualcuno viene, transita, un ex paziente o cosa, può dire io quel pezzo lì l'ho fatto anche io, questo è molto gratificante per le persone, ma è gratificante per tutti no? Avere comunque un ruolo specifico ma al momento quando sei qui per costruire qualcosa, per dare il tuo contributo e avere poi la possibilità di dire: “ma io questa cosa ho contribuito a farla” ed è per quello che noi insistiamo anche per fare delle cose belle, perché devono avere anche una qualità, perché uno deve riconoscersi anche nella qualità di quello che fa. Quando costruiamo un carro, quando costruiamo la Sagra del Borgo quindi addobbiamo una corte, quando costruiamo la Festa Campestre dobbiamo cercare anche di dare qualità perché uno... credo che la qualità delle cose... anche quello cura. E tutti e tre, che adesso non ci sono, ci mancano tantissimo, perché come vedi abbiamo dei piccoli progetti adesso, che va bene neh? Però sono piccoli progetti, avere un progetto invece più grande, da qualche parte, ci rassicura come operatori perché sai che hai qualcosa da proporre e dall'altra parte, alla fine, vedi che un progetto deve anche essere articolato quindi c'è quello che fa questo, quello che fa l'altro per poi ritrovarci alla fine e come in tutte le cose, in tutti i progetti, dire: “okei, abbiamo lavorato insieme, io ho fatto il mio pezzo e alla fine abbiamo costruito qualcosa di grande”, questo è importante per qualsiasi persona, ancor di più per pazienti che magari sono in un momento dove hanno un'autostima sottozero, dove hanno perso un ruolo sociale, hanno loro un senso di inadeguatezza, di vergogna perché comunque è possibile no? Che uno che ha queste problematiche psichiatriche... perché, a mio avviso, un ricovero perché hai rotto una gamba

non è la stessa cosa di un ricovero perché hai un momento di depressione, al di là della gravità. Sono due cose molto diverse, riferite alla persona...

Martina: ma quindi è abbastanza frequente che tornano i pazienti che sono stati dimessi o...

Mauro: sì sì! Se c'è l'occasione sì, dobbiamo creare l'occasione, è una bella occasione. Per quello che dico il Carnevale è una bella occasione di incontro con le persone. L'anno scorso è stato molto molto interessante poter andare a Chiasso, che è un Carnevale grosso, perché abbiamo sempre fatto due Carnevali: Novazzano e Stabio, Stabio è un Carnevale piccolo, ci hanno invitato e lo abbiamo fatto poi è abbastanza corto. Novazzano negli anni si è sviluppato, è diventato un grosso Carnevale, molto gratificante perché se tu passi con il tuo carro c'è uno *speaker* che dice che anche quest'anno partecipa il carro, senza pregiudizio o altro, che incontri la gente, che... dopo è vero è sempre difficile capire se il Club '74 ha una connotazione... ma questo lo sappiamo benissimo. Quest'anno per andare Chiasso c'era una grossa motivazione, c'era una grossa paura perché poi vuol dire esporti in una situazione dove comunque... una situazione grossa dove non puoi dire... c'è gente che quel Carnevale lo ha fatto per anni, anni e anni anche il livello è un livello alto ma credo che lavorare sui livelli alti, in certe... se riesci, poi è il nostro ruolo quello di tranquillizzare, tenere insieme il gruppo, dire: "ce la facciamo" cioè... motivare, questo sta a noi, però alla fine la soddisfazione c'è, c'era molta soddisfazione in quello che abbiamo fatto, questo secondo me è stato molto, molto importante per le persone. Parlane con chi... chiedi agli altri come è stato no? Però è un lavoro di comunità, un lavoro di gruppo.

Martina: l'ultima domanda è se hai altri esempi da farmi, in termini sempre di inclusione o se ci sono delle idee che avete per il futuro, dei progetti a cui vi piacerebbe aderire.

Mauro: allora, di inclusione... bon poterli fare tutti e 3 questi progetti... naturalmente poi c'è la questione della SUPSI che, anche lì, c'è sempre il progetto annuale che comunque ci porta ad avere la possibilità per il paziente di uscire da quello che è l'ambito nostro e magari andare in classe, non dico per raccontare l'esperienza, ma proprio per dialogare con gli studenti che questo è importante. Il progetto che poi si sviluppa da Pezzoli, quindi dal conservatorio per poi arrivare comunque all'apoteosi che è normalmente lo spettacolo nel teatro, anche questo è un progetto grosso... è chiaro che non coinvolge tutta la comunità perché non è possibile. Quindi ci sono dei progetti più mirati per poche persone e poi ci sono i progetti di comunità, quelli più grandi. L'idea adesso è quella di, magari, avere un occhio di riguardo su quello che è l'ambiente fuori, per esempio un progetto che stiamo così cercando di portare avanti, che abbiamo già abbozzato qualche anno fa ma poi non c'erano le condizioni, nel senso... è quello che ti dicevo prima. Non c'erano le condizioni perché per alcuni questo progetto non... non era così importante. Per noi, era importante quello di eventualmente piazzare un percorso vita all'interno del parco perché, non perché ci piace correre, perché però capisci che potrebbe essere interessante per i pazienti. I pazienti che sono ricoverati da maggio fino a ottobre, si potrebbe anche mettere in conto questo no? una passeggiata un... abbiamo... i passi li avevamo già intrapresi, avevamo già anche incontrato una persona dalla Svizzera interna che si occupa proprio di allestire i percorsi vita, è venuto qua ha fatto un sopralluogo, per lui era l'ideale perché comunque è un po' fuori da quelli che sono gli schemi di tutti i percorsi vita che ci sono adesso perché... parliamo chiaro i percorsi vita che ci sono da noi, o sono così o sono... o una salita tremenda o una discesa e quindi la

possibilità di avere un percorso vita in pianura, lui diceva: “ma dà anche l’opportunità magari a chi è in carrozzella di fare degli esercizi, di arrivare a delle postazioni” cosa che in altri luoghi non è possibile no? però il concetto era anche quello di dire: “okei, c’è una questione di dare qualità al parco”, perché diventa comunque parte veramente del quartiere, quindi vuol dire che comunque delle persone transiteranno, delle persone esterne, voleva anche dire presidiare il luogo, sappiamo benissimo che l’OSC, Casvegno, con il cambiamento un po’ di intervento sul territorio ticinese, per quello che riguarda le dipendenze, si assume, adesso, un buon numero di pazienti che hanno problemi di consumo e questo genera poi tutta una serie di problemi legati allo spaccio. Perché poi chi è qua attrae comunque spacciatori, lo sappiamo benissimo, il poter presidiare quindi animare il luogo anche con un percorso vita vuol dire dar fastidio a certe situazioni. Questo era anche uno degli scopi e poi c’è l’intervento che è socioterapeutico perché noi abbiamo detto: “però sarebbe mica male avere un percorso vita dove la costruzione delle postazioni può essere fatta in collaborazione con la falegnameria con... magari alcuni attrezzi dobbiamo comprarli ma altri possiamo costruirli noi. La manutenzione del percorso potrebbe essere gestita in parte dal parco in parte da noi. Immagina l’A. che con il suo gruppo due volte alla settimana fa il giro a mettere a posto... vuol dire che dai lavoro anche, delle possibilità anche lì di dire: “questo l’ho fatto io, il mantenimento di questa cosa me l’assumo io”. Quindi un intervento, secondo me importante, è a livello proprio strutturale. Siamo riusciti... perché c’era un progetto di cambiamento della piazza davanti al bar Centro Sociale, cambiano le persone, siamo riusciti forse a mantenere comunque uno spazio socioterapeutico nel nuovo progetto quindi il famoso Presctin véc che verrà distrutto perché bisogna buttarlo giù, ma poi dalle sue ceneri rinascerà un luogo destinato alla socioterapia perché questo luogo qui è molto bello ma è un po’ decentrato rispetto a quello che potrebbe essere... l’Agorà di Casvegno no? perché l’Agorà è il centro, la piazza e la piazza è là, c’è un parco giochi, c’è il teatro, c’è un bar avere la possibilità anche di animare in qualche maniera quello spazio potrebbe essere un valore aggiunto. Quindi, secondo me, potrebbe essere uno dei progetti nei prossimi anni è proprio di avere un intervento su quello che è l’ambiente che ci circonda.

Martina: Bello!

Mauro: poi l’ambiente dei reparti, quello lo facciamo già, speriamo che vada di pari passo con un intervento sostanzioso nei reparti perché comunque i reparti sono strutture vecchie che hanno bisogno di manutenzione, hanno bisogno per esempio dell’aria condizionata...

Martina: non c’è?

Mauro: non c’è... c’è il pinguino quando fa caldo caldo caldo, non c’è! Di camere magari diverse, singole, noi lavoriamo anche per questo, nel senso che seguiamo un po’ anche quelli che sono i cambiamenti e anche proponiamo dei cambiamenti all’interno, dopo è difficile, non sempre ci si riesce.

Martina: grazie! Ho finito...

Mauro: Prego! Grazie a te!

10.8. Allegato 8 - Ambra: tra globalizzazione e universalismo

(Mezzini & Rossi, 1997)

In un paese né grande né piccolo, da qualche parte in Italia, vive una bambina che si chiama Ambra, nome derivato dalla parola anbar che in arabo significa "preziosa".

Al mattino Ambra si alza presto e fa colazione con i corn-flakes, prodotti a base di cereali e di mais, originario del Messico. Poi si veste indossando una felpa di cotone, pianta originaria dell'India, introdotta in Europa dagli arabi alla metà del IX secolo. L'etichetta della felpa dichiara: "made in Taiwan".

Ambra va a scuola e risolve problemi utilizzando numeri indiani, portati in Europa dagli arabi. Durante la ricreazione mangia una banana cresciuta ai tropici e fa una partita a scacchi, gioco di antichissima origine, probabilmente indiana. Racconta poi alla sua amica Sara - che porta il nome di origine ebraica, della santa protettrice degli zingari - come ha trascorso la domenica. Utilizza parole quali computer, videogame, film, judo, kimono, rispettivamente prese a prestito dall'inglese e dal giapponese.

Alla mensa scolastica mangia spaghetti al pomodoro, e forse non sa che la pasta è stata inventata dai cinesi e che il pomodoro, sconosciuto in Europa fino al '500, fu importato dalle Americhe.

Nel pomeriggio l'insegnante d'inglese parla di Halloween, la festa più amata dai bambini americani e Ambra si ricorda di aver sentito raccontare qualcosa di molto simile dalla sua nonna, originaria della Calabria.

Tornata a casa si concede un po' di tempo davanti alla TV. Mentre guarda i suoi cartoni animati giapponesi e un documentario sui Masai sgranocchia una barretta di cioccolato, ottenuta dalla lavorazione del cacao, coltivato esclusivamente nelle zone tropicali.

Per sfuggire la presenza di sua sorella che si sta impasticciando i capelli con l'henné, polvere naturale colorante usata tradizionalmente dalle donne del Medio Oriente e del Maghreb, Ambra si rifugia nell'angolo preferito della sua stanza, su un tappeto pakistano, probabilmente fabbricato da un suo coetaneo.

Fantastica di praterie, cavalli e "tepee", indiani, masticando una caramella balsamica all'eucalipto, pianta originaria australiana.

Nel frattempo anche papà è tornato. A tavola Ambra ascolta confusa un suo commento alle notizie del telegiornale: «Tutti questi stranieri minacciano la nostra tradizione e non hanno proprio niente da insegnarci».

10.9. Allegato 9 – Autostigmatizzazione

Cos'è l'autostigmatizzazione?

L'auto-stigmatizzazione si verifica quando un membro di un gruppo stigmatizzato condivide pregiudizi contro se stesso e quindi si ribella contro se stesso. (Rüsch, Berger, Finzen, Angermeyer, 2004)

Una delle conseguenze più gravi di discriminazione è la creazione di autostigma (si crea un circolo vizioso). I pregiudizi spesso colpiscono il paziente al punto tale che assume come vero quanto asserito dagli altri, perde la fiducia in se stesso e nella propria capacità di condurre una vita normale. Stereotipi e pregiudizi inculcati nella persona portano ad assumere atteggiamenti quali auto emarginazione e autodiscriminazione. Vengono generate reazioni emotive negative, si perde il senso di padronanza di sé, non si riesce a trovare lavoro o vivere in modo indipendente, e non si riesce nemmeno a provarci.

pro mente sana

{ 23 }

Esempi di autostigmatizzazione

- Non sono più uno di loro.
- Non ci si può fidare di me per fare niente.
- Sono pericoloso per gli altri.
- E' colpa mia se mi sono ammalato.
- Non starò mai più bene.
- Non ci sto provando abbastanza.

pro mente sana

{ 25 }

Effetti emotivi e cognitivi

- sentimenti di vergogna
- sensi di colpa
- Autostima ridotta
- "Valgo meno degli altri".
- Ridotta fiducia in se stessi
- "Non posso fare niente comunque."
- Ridotta autoefficacia
- "Le mie azioni sono comunque inutili."
- Sensazione di esclusione sociale
- "Non sono più uno di loro."

pro mente sana

{ 26 }

Conseguenze dello stigma e dell'autostigma

- ritiro
- Passività, perdita di energia
- perdita di speranza
- Poca consapevolezza della malattia
- Aumento dell'attenzione su di sé
- Pensiero paranoico
- Comportamento sovra-adattato
- auto-discriminazione

pro mente sana

{ 27 }

10.10. Allegato 10 - Alcuni esempi concreti di inclusione

È opportuno dedicare un capitolo ai principali progetti con finalità inclusive che coinvolgono i membri del Club '74 al fine di concretizzare i diversi concetti della psicoterapia istituzionale citata nei capitoli precedenti. Ulteriori informazioni rispetto a tali eventi sono emersi durante le interviste a Mauro D e Manolo L. che ho allegato (allegato 6 e 7), informazioni che sono state approfondite attraverso il confronto con le persone del servizio di socioterapia.

Un primo progetto con finalità inclusive che il servizio di socioterapia cerca di promuovere è la partecipazione al Carnevale di Novazzano, di Chiasso e di Mendrisio. Un'idea che è nata dalla richiesta dei membri del Club di partecipare ad un evento che risulta comunque importante e sentito dalla società. La volontà, sia da parte degli animatori socioculturali che dei membri del Club, era quella uscire dal Carnevale che veniva organizzato un tempo all'interno del parco di Casvegno per poter partecipare a dei Carnevali più grandi e soprattutto esterni al contesto dell'OSC. L'anno 2020 è stato il primo anni in cui il Club ha partecipato all'evento a Chiasso, occasione unica per valorizzare ulteriormente i diversi ruoli, i diversi compiti e i numerosi lavori svolti da ogni membro. Gli obiettivi di questi progetti intendono promuovere la partecipazione e il coinvolgimento delle persone che frequentano il Club in un'attività a lungo termine: sono infatti progetti che prevedono mesi di lavoro. In aggiunta un lavoro di così grandi dimensioni, permette di coinvolgere un gruppo particolarmente numeroso di persone, modalità di lavoro che viene costantemente promossa dal servizio di socioterapia. Tale modalità di lavoro risulta effettivamente un valore aggiunto, in quanto permette di coinvolgere e di congiungere competenze, capacità, esperienze, punti di vista differenti, inoltre permette, attraverso una buona collaborazione, una migliore organizzazione dei diversi compiti e delle diverse mansioni.

Questi eventi, risultano inoltre un'occasione per sensibilizzare la popolazione su tematiche legate all'attualità, ma anche per ampliare la conoscenza del servizio stesso. Capita sovente di percepire, da parte di chi non è coinvolto, in qualche modo, in questo contesto una mancata conoscenza di quanto accade nel servizio di socioterapia e delle caratteristiche delle persone che frequentano il Club. Il Carnevale, in un contesto come il Ticino, viene sentito molto dalla società e per questo motivo risulta un momento particolarmente importante per poter raggiungere tale obiettivo. Diventa dunque un'occasione unica per poter abbattere i pregiudizi che sono spesso legati al contesto psichiatrico, aspetto che ho potuto appurare attraverso il gruppo parola di cui ho parlato nei relativi capitoli. I partecipanti al Carnevale possono quindi assumere una maggiore consapevolezza delle capacità, delle competenze e delle risorse individuali, anche se stanno passando un momento di difficoltà.

Il secondo progetto riguarda la partecipazione alla Sagra del Borgo di Mendrisio, evento che avviene in collaborazione con il Municipio di Mendrisio e diversi servizi come Ingrado, Gruppo Azzardo Ticino e Radix. Tale partecipazione, da parte di più enti, permette di valorizzare ulteriormente l'utilità di questo progetto, il Municipio, a sostegno di questa iniziativa, ha stabilito anche un fondo che permette di finanziare l'evento. Il progetto è nato dall'esigenza di contrastare l'elevato consumo di alcolici che negli ultimi anni caratterizzava la festa, i membri del Club '74 hanno dunque assunto un ruolo che ha permesso la promozione di attività diverse da quelle usuali. Viene infatti attualmente proposto dai membri

uno spazio allestito in cui sono offerte bevande analcoliche e diverse attività di animazione per coinvolgere le famiglie e i cittadini e quindi per favorire l'incontro fra gli utenti e la popolazione. Lo stesso progetto permette anche di promuovere la prevenzione su tematiche legate alle dipendenze e più specificatamente al consumo di alcol, offrendo materiale informativo a chi interessato.

L'ultimo evento, che risulta necessario citare, riguarda la Festa Campestre, che viene organizzato sempre dal Club '74 e dal Servizio di socioterapia presso il parco di Casvegno. Questo è un progetto che si conclude a settembre con l'evento stesso, la costruzione delle diverse decorazioni, l'organizzazione dei diversi ruoli e compiti, le attività e gli intrattenimenti che vengono proposti occupano invece diversi mesi di lavoro. Ogni anno tale festa assume un tema particolare che viene deciso e condiviso dai membri del Club in collaborazione con la clinica. Anche in questo caso gli obiettivi riguardano la possibilità di favorire l'incontro fra persone che hanno frequentato gli spazi del Club e il resto della società, sempre per abbattere i pensieri preconcepiuti, che spesso vengono attribuiti alle persone che sono in qualche modo in contatto con l'OSC. Inoltre, ma non meno importante, tale progetto risulta un'occasione per valorizzare, ancora una volta, le capacità, le esperienze e le competenze di ognuno, al fine di ottenere dei risultati soddisfacenti e gratificanti.