

## SAGGI – ESSAYS

### BENE COMUNE E SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ: IL CONTRIBUTO DELL'EDUCAZIONE

*di Maria Benedetta Gambacorti-Passerini,  
Cristina Palmieri, Lucia Zannini*

La storia della cura del disagio mentale ci insegna che alcune persone sono state sistematicamente escluse dal diritto a una “buona vita” e, quindi, dal bene comune. Ma qual è il “bene” che una comunità conquista, nel farsi carico di una persona con problemi di salute mentale, non solo garantendone i diritti, ma anche facendosi solidale?

L'articolo vuole offrire una riflessione intorno a questi interrogativi, ragionando sul lavoro educativo quale possibilità per promuovere salute mentale di comunità.

The history of care of people with mental distress reveals that those people has been regularly excluded from the right of living a “good life” and so from the possibility to share the common good. Which is the “good” that a community deserves, when taking care for people with mental illness, not only guaranteeing their rights, but also supporting them?

The paper will offer a reflection about those questions, considering the educational work as a strategy to promote community mental health.

*1. Dalla malattia psichica al concetto di salute mentale: riflessioni sull'evoluzione della psichiatria nel mondo Occidentale*

La cura della malattia mentale è un'area molto particolare della disciplina medica occidentale, entrata per ultima nella comunità

scientifica della medicina, data la complessità di elementi e fattori chiamati in causa (Gambacorti-Passerini, 2016). Curare i disturbi della mente è stata per lungo tempo un'attività vicina alla stregoneria, al mondo divino e alle pratiche religiose (Alexander & Selensnick, 1975), prima di passare attraverso le pratiche di isolamento, chiusura e separazione del Medioevo (Foucault, 1992; 2003) e il controllo delle professioni sociali e giuridiche tra 1500 e 1700.

Solo successivamente, nel corso del 1700, si crearono le basi per lo sviluppo di una conoscenza medica relativa alle malattie mentali; nacquero così i manicomi, istituzioni specificamente dedicate ai pazienti affetti da queste patologie, che venivano lì internati. Lo sguardo positivista, imperante nel mondo occidentale tra 1700 e 1800, orientò verso l'organicismo anche la disciplina psichiatrica, focalizzando l'attenzione sulla cura della componente biologica della malattia mentale.

A partire dal XX secolo, grazie ai forti rinnovamenti culturali ed epistemologici avvenuti nel mondo Occidentale, una spinta al cambiamento cominciò a percorrere anche il mondo psichiatrico. Innanzitutto, la psicoanalisi introdusse categorie fino ad allora inaudite per una psichiatria scientifica<sup>1</sup>, quali ad esempio la nozione di inconscio come forza motrice di sentimenti e pulsioni. Anche il contributo di Binswanger, psichiatra svizzero, portò in primo piano il ruolo del significato esistenziale che contraddistingue ogni evento psichico (Binswanger, 2013).

Proprio intorno a queste tensioni rinnovatrici, il settore psichiatrico, ancora fortemente costruito sulla base di pratiche di internamento e isolamento dei pazienti, iniziò a essere attraversato da movimenti che proponevano cambiamenti strutturali del sistema. Intorno agli anni Cinquanta del secolo scorso, ad esempio, nel Nord Europa e in Gran Bretagna vennero avviate delle sperimentazioni di modelli di cura in cui i malati non erano totalmen-

<sup>1</sup>Per ulteriori approfondimenti circa l'approccio freudiano alla psichiatria più diffusa all'inizio del 1900, che aveva in Emil Kraepelin la sua figura di riferimento, si può consultare S. Freud (1910), *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides)* descritto autobiograficamente (caso clinico del presidente Schreber), OSF, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.

te istituzionalizzati nei manicomi. Dal mondo francese, invece, giunsero le prime sperimentazioni di farmaci neurolettici per curare le malattie mentali.

Entrambi questi aspetti, la riflessione sulle istituzioni per la cura della malattia mentale e l'introduzione degli psicofarmaci, permisero l'instaurarsi di profondi cambiamenti nel settore psichiatrico: i farmaci consentivano di portare i pazienti a migliori condizioni psicofisiche e questo permetteva di pensare l'istituzione manicomiale in maniera differente, prendendo in considerazione non solo la necessità di sedazione e contenimento, ma anche di pratiche quali il colloquio, la psicoterapia, le terapie occupazionali e di ri-socializzazione.

In Italia, l'opera di Basaglia (1982) portò un forte contributo, sfociato nella Legge n. 180 del 1978, per ripensare la psichiatria e andare oltre l'istituzione manicomiale. A partire dal rinnovamento sperimentato a Gorizia, Basaglia ha consentito un radicale ripensamento della malattia mentale: in questo senso, si è aperta la possibilità di concepirla come connessa alla storia esistenziale e di formazione del soggetto e ai contesti familiari, educativi, sociali di appartenenza. Discipline quali la pedagogia, la psicologia e la filosofia hanno iniziato a essere pensate potenzialmente in sinergia con la psichiatria: intento di Basaglia era infatti quello di orientarla sempre più in senso comunitario e territoriale, andando oltre le logiche istituzionalizzanti del manicomio.

Sulla base di questi presupposti, inizia a costruirsi un'idea di salute mentale non focalizzata solamente sul carattere patologico della malattia che può minare tale salute, ma sul legame esistenziale che intercorre tra la vita e la salute della mente di ogni uomo e di ogni donna. In questo senso, la salute mentale diventa una dimensione fondamentale per la vita di ciascuno.

Nel 1948 la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani ha introdotto il termine "salute mentale" indicandolo come diritto di ogni cittadino (UN, Universal Declaration of Human Rights 1948, United Nations) e, a partire da questo accenno, sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità sia l'Unione Europea (OMS, 2005a; UE, 2014; WHO, 2001) hanno ribadito l'importanza della salute mentale.

Agire per la salute mentale, secondo Saraceno (1995), significa predisporre «l'insieme delle azioni di promozione, prevenzione e cura riferite al miglioramento o al mantenimento o alla restaurazione della Salute Mentale di una popolazione» (p. 106). Ecco quindi che il concetto di salute mentale include al suo interno tutti gli individui di una popolazione di riferimento, senza dividerli necessariamente tra malati di mente e non.

## *2. Il fardello della malattia mentale: tra pratiche di esclusione sociale e diritto di cittadinanza*

Il XXI secolo vede dunque l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Unione Europea (UE) affermare l'importanza della salute mentale, promuovendola nelle diverse realtà territoriali e valorizzando riforme e buone pratiche già attivate. Nei documenti promulgati, essa è vista come un bene comune in quanto alla base del "benessere di tutti i cittadini": un diritto umano inalienabile, strettamente correlato a quello di cittadinanza attiva, a sua volta connesso, in maniera quasi automatica, alla promozione dell'inclusione sociale, ritenuta essenziale il perseguimento di tali diritti (Cattaneo & Denticò, 2013; OMS, 2005; 2005b; UE, 2014; WHO, 2001; 2007).

Tuttavia, i diritti alla cittadinanza e alla salute mentale di fatto sembrano essere trascurati, se non traditi: le dinamiche di esclusione sociale, in particolare nei confronti di persone che vivono o hanno vissuto situazioni di disagio mentale, dominano la vita quotidiana (Ammeral, Kantartzis, Burger, Bogeas, van der Molen & Vercruyssen, 2013; Boorman, Currie, Killaspy & Mezey, 2010; Iancu, Bunders & van Balkom, 2013; Leff & Warner, 2006; OMS, 2005b; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2007). La promozione dell'inclusione sociale, per quanto sostenuta a livello normativo, fatica a realizzarsi, restando spesso nell'alveo delle intenzionalità (Atterbury & Rowe, 2017).

La crisi economica che dal 2008 ha travolto il mondo occidentale sembra rinforzare questa tendenza, aumentando la vulne-

rabilità di gruppi sociali già “a rischio” (WHO, 2010) e generando situazioni di disagio diffuso. La crisi, soprattutto sociale e culturale, mette infatti a dura prova la salute mentale di ognuno: la presenza di nuove forme di povertà, l'assottigliamento o la deprivazione delle reti relazionali, la precarietà lavorativa pongono *chiunque* a rischio di scivolamento nel disagio o nella malattia mentale (Iori & Rampazi, 2008). Nonostante tutto ciò, nel senso comune le situazioni di disagio mentale tendono a essere stigmatizzate come problemi individuali e patologici: ne viene così negato il radicamento sociale, relazionale, culturale ed esistenziale ribadito dall'OMS e dall'UE, oltre che da tutti quei movimenti che, dai primi del Novecento in poi, hanno analizzato, criticato e contribuito a innovare la psichiatria<sup>2</sup>. Ciò, di fatto, pone in secondo piano, quando non contraddice apertamente, la visione della salute mentale come essenziale per il benessere di tutti.

Diverse sembrano essere le ragioni di tale situazione; l'impressione è che esse richi amino l'attenzione su significati, dinamiche e pratiche di esclusione latenti ma potenti, celate nella relazione stessa tra salute mentale, cittadinanza attiva e inclusione.

Intesa come l'opposto dell'esclusione sociale, definita attraverso la «non-partecipazione alle attività della comunità in cui si vive» (Fieldhouse & Onyett, 2012, p. 357), l'inclusione sociale sembra implicare l'esercizio della cittadinanza attiva, partecipando alle attività promosse da una comunità civile. Il punto però è comprendere come e quanto tale partecipazione sia effettivamente possibile per persone che hanno, o hanno avuto, problemi di salute mentale. Ciò significa chiedersi non solo quanto le attività della comunità in cui si vive siano accessibili e praticabili<sup>3</sup> ma anche di quali attività si tratti.

<sup>2</sup> Si ricordano in particolare le opere di Binswanger, Goffman, Foucault, Laing, Cooper, Basaglia.

<sup>3</sup> È qui sottinteso il riferimento all'approccio delle capacità cui Martha Nussbaum si appoggia per ridefinire il significato dei diritti umani in relazione alla giustizia sociale (2012). Perché un diritto sia tale, secondo Nussbaum, occorre che vi siano le condizioni della sua accessibilità e praticabilità.

Ogni comunità sociale si definisce infatti non solo attraverso norme esplicite, ma anche attraverso sensibilità, abitudini e norme non scritte che stabiliscono quali attività, e quindi quali modalità di vita, siano accettabili e quali inaccettabili. Tale definizione è frutto e al tempo stesso conseguenza di un “gesto” – fatto di pratiche, di decisioni politiche e di visioni del mondo a esse sottese – che *contemporaneamente* include ed esclude.

Quando nel 1656, ci ricorda Foucault (1992), le persone folli iniziano a essere rinchiusi insieme ai poveri, agli orfani, alle prostitute, ai libertini nell'Hôpital General di Parigi, la città non si limita a promulgare un editto, ma di fatto indica quali modalità di vita non siano più tollerabili o ammissibili: da quel momento, non avere reddito, famiglia o un lavoro che consenta di mantenere sé e i propri figli e di contribuire economicamente alla comunità, piuttosto che pensare o comportarsi diversamente rispetto a certi canoni o criteri, vengono percepite come modalità di vita da bandire, punite con la reclusione. Con quel gesto, quella comunità indica anche quali attività siano ammissibili: lavorare producendo un reddito che contribuisca alla crescita economica-territoriale, avere e mantenere una famiglia, pensare e agire secondo criteri di razionalità specifici. La follia viene esclusa come possibilità corretta, accettabile di vita umana: se l'essenza dell'essere uomini (donne, bambini e bambine, anziani e anziane) implica pensare secondo Ragione, e la ragione non ammette dubbi sul fatto che ciò che qualifica l'essere umano sia essenzialmente l'essere «cosa pensante» (Descartes, 1977, pp. 81-85) e se il pensiero è associato a una conoscenza della verità centrata su evidenze rintracciabili attraverso un metodo preciso, quello cartesiano appunto, allora chi è folle è escluso dalla Ragione, dal pensiero. Soprattutto, è escluso quell'umanità che, a un certo punto della sua storia, una comunità sociale decide di voler essere (Foucault, 1992, p. 53). E con esso sono escluse tutte quelle forme di vita – di comportamento, di pensiero – che non rientrano in quella “norma” (Canguilhem, 1998): in quel modello di umanità che, attraverso pratiche e discorsi, si è venuto a definire e si è diffuso, come sensibilità, tra la popolazione (Foucault, 1992; 2000).

Qualunque sia il modello di cittadinanza agito (Boarman, Currie, Killaspy & Mezey, 2010), esso esprime un modello antropologico rispetto al quale viene sempre perpetrato un gesto di esclusione (Atterbury & Rowe, 2017, p. 274; Davies, 2005; Spandler, 2007) e, di contraccolpo, si promuove un'inclusione *sub condicione* (Medeghini, 2015). La storia della cultura occidentale mostra esplicitamente come l'esclusione dei folli, dal 1700 “malati mentali”, sia stata funzionale a nutrire una certa idea di normalità. Tale destino ha accomunato tutte quelle categorie di persone che noi oggi possiamo identificare in chi vive situazioni di grave emarginazione sociale o che ne è a rischio: persone in situazione di povertà, di disabilità, di disoccupazione, oppure persone semplicemente percepite come diverse per colore della pelle, religione, ecc. (Atterbury & Rowe, 2017, p. 275). Persone che rappresentano quella fragilità e quelle debolezze – la caducità, l'invecchiamento, la limitatezza – o le conseguenze inquietanti di un certo sistema socio-economico (Atterbury & Rowe, 2017, p. 275; Bauman, 2005) che la cultura occidentale ha affrontato attraverso pratiche di separazione (Foucault, 2000).

Essere inclusi, e quindi essere cittadini, è allora uno status che si conquista e che non è mai garantito, soprattutto oggi, nell'epoca della precarietà (Giorgetti Fumel & Chicchi, 2012). E conquistarlo significa innanzitutto adattarsi a un modello antropologico e a un contesto sociale che fatica a riconoscere e a valorizzare le differenze nelle modalità di vita umana, nonostante le molteplici dichiarazioni d'intento. Essere inclusi significa sforzarsi di fare quello che fanno tutti, tenendo nascosta la propria storia di malattia mentale, negando quindi una parte di sé (Hamer, Finlayson & Warren, 2014; Marin & Bon, 2013).

Le conclusioni a cui ci porta questa breve analisi sulle relazioni tra salute mentale, cittadinanza e inclusione sociale sono almeno due.

In primo luogo, non si dà inclusione senza esclusione sociale. Se la tentazione, tipica del pensiero occidentale, è di assolutizzare una condizione o un concetto – nel nostro caso quello di inclusione sociale – tuttavia il gesto di includere implica sempre un “dentro” rispetto a cui si definisce un “fuori”, e “dentro” e “fuori”

ri” sono funzionali alla definizione l’uno dell’altro. Allora forse promuovere l’inclusione sociale non significa cancellare pratiche di esclusione – cosa del resto impossibile –, ma comprendere situazione per situazione come poter ampliare quel “dentro”, come modificare i criteri impliciti rispetto ai quali si include o si esclude; come cambiare, quindi, nel tempo, le abitudini che modellano i diversi contesti di vita.

Ciò significa dunque lavorare sulle pratiche di esclusione messe in atto a vari livelli e in vari contesti: politici, istituzionali, professionali, amicali, familiari, quotidiani. In particolare per i professionisti della cura che lavorano nei servizi di salute mentale ciò implica chiedersi quali modelli di normalità essi agiscano (Arrigo & Davidson, 2017). Se una delle loro finalità è promuovere il processo di *recovery*<sup>4</sup> del paziente, costruendo le condizioni perché possa vivere una vita piena e partecipare alle attività della comunità, diventa essenziale comprendere quanto questo si traduca in una tessitura di opportunità territoriali che consentano alle persone di sviluppare la propria traiettoria esistenziale a partire *anche* dalla loro esperienza di sofferenza psichica, oppure rimanga una pratica di sostegno *ad personam*, che lascia sulle spalle dei pazienti o ex-pazienti stessi il compito di modificare le condizioni culturali e materiali in cui si trovano a vivere (Hamer, Finlayson & Warren, 2014).

Si comprende bene come, in questo caso, la salute mentale di fatto non venga percepita e perseguita come “bene comune”.

<sup>4</sup> Il concetto di *recovery* viene solitamente tradotto con “riparazione”, che implica il “riaggiustare” qualcosa, facendolo tornare come prima. In ciò ritroviamo il classico concetto di guarigione, termine al quale viene speso sovrapposto quello di *recovery*. In realtà, tale concetto attualmente è utilizzato nell’ambito della salute mentale proprio per distanziarsi da questo significato. Citando una ex paziente, Franco Spinogatti (2013), uno psichiatra che lavora da anni nei centri di salute mentale di comunità, definisce invece la *recovery* come «un percorso di trasformazione lungo il quale il mio vecchio modo di essere gradualmente se ne è andato e ne è emerso uno nuovo» (p. 7). Anche Re (2010) parla di *recovery* come una «guarigione altamente individuale», nella quale il soggetto diviene protagonista. Maone e D’Avanzo, sottolineando l’importanza del ruolo del contesto nel processo di *recovery*, portano a pensare tale processo anche come «guarigione sociale» (Maone & D’Avanzo, 2015, p. 21).

### 3. Bene comune e salute mentale

Aristotele ha sostenuto che gli esseri umani sono animali sociali. Nell'*Etica Nicomachea* (1982), il filosofo afferma che è difficile diventare felici da soli: la vita umana fiorisce nello stare con gli altri. È dunque facile capire come sia complicato, per chi viene posto ai margini della vita comune, o ne è escluso completamente, ambire a una “buona vita”.

Stefano Rodotà – leggiamo nella call di questo numero di *Metis* – ha sostenuto che i beni comuni esprimono “diritti inalienabili”, come il diritto alla salute e, più in generale, riteniamo, il diritto a una “buona vita”. La salute, in questo senso, va intesa come un bene comune che va salvaguardato per consentirne un utilizzo condiviso e la fruizione a tutta la popolazione. Bene comune è ciò che è patrimonio di tutti, o, ancor meglio, ciò che garantisce e favorisce “il benessere e il progresso umano di *tutti* i cittadini”.

La storia in genere e, nello specifico, la storia dell'assistenza alle persone con problemi di salute mentale, c'insegna – come abbiamo visto nel paragrafo precedente – che alcune persone, in modo ricorrente e sistematico, sono state escluse dal diritto a una buona vita e, quindi, dal bene comune. «Di conseguenza, le determinanti del “bene comune” sono state spesso costruite e organizzate per escludere i bisogni, gli interessi, e le scelte dei cittadini etichettati come “dipendenti”» (Atterbury & Rowe, 2017, p. 274). Nella definizione di ciò che è bene comune, dunque, si è per molto tempo celato un esercizio di potere, che ha escluso le richieste di coloro che non avevano potere politico e che erano ai margini della società. In questo senso, la definizione di “bene comune” non è stata storicamente “comune”. Il bene comune, invece, si richiama non solo al concetto di giustizia, ossia a uno stato di diritto dove le persone hanno uguali diritti, ma anche a quello di solidarietà.

Ma qual è il “bene” che una comunità conquista nel farsi carico di una persona con problemi di salute mentale, non solo garantendo i suoi diritti, ma anche facendosi solidale?

Adottare un approccio alla malattia mentale come quello illustrato nei paragrafi precedenti implica rovesciare la rappresentazione delle persone con problemi di salute mentale, chiedendosi non “che cosa è sbagliato” in quelle persone, ma piuttosto quale tipo di socializzazione è per esse pensabile, in modo che si possa garantire una buona qualità di vita, a partire dalle condizioni date. La questione del bene comune in salute mentale si affronta, in questa prospettiva, mediante il considerare

cosa è possibile e desiderabile per quelle persone che utilizzano i servizi di salute mentale, cosa è necessario che una società faccia, per attualizzare quelle possibilità e quei desideri, e quali contributi quelle persone [...] possono dare alla società, una volta che i “beni” sono posti in essere (Arrigo & Davidson, 2017, p. 365).

Il punto è che non solo la società di diritto può/deve dare alle persone con problemi di salute mentale (secondo i principi di giustizia ed eguaglianza), ma che anche queste persone possono restituire molto alla società stessa. Riconoscere a questi individui un inalienabile diritto di cittadinanza significa riconoscere il loro diritto di appartenere a una società, con i conseguenti benefici e doveri che ne derivano, a prescindere dallo stato di salute mentale. Questa cittadinanza ha a che fare, per esempio, con il diritto, anche per queste persone, di vivere in modo indipendente e, al contempo, in condizioni di sicurezza, per se stessi e per la comunità.

Appartenere a una comunità, essendone considerato un membro con un suo valore, è ritenuto come elemento fondante e necessario per la *recovery*, anziché essere un riconoscimento che viene dato dopo che l'individuo con problemi di salute mentale ha effettuato il duro percorso della riabilitazione (Arrigo & Davidson, 2017, p. 366).

Il bene comune, dunque, va altresì cercato nella garanzia di accesso equo alle cure, anche e soprattutto nell'ambito della salute mentale, le quali devono promuovere interventi di comprovata efficacia e *al contempo* essere centrati sull'utente e sulla comunità.

Come spiegavano bene Cardamone e Zorzetto alcuni anni fa (2000), la psichiatria di comunità, ossia l'insieme di interventi volti a far fronte ai problemi di salute mentale delle persone nei loro contesti di vita, può essere definita tale se è organizzata in servizi operanti appunto in comunità, se affronta e studia il ruolo dell'ambiente socioculturale nell'insorgere, mantenimento e riproduzione del disturbo psichico, se «mette in azione interventi di tipo culturale, sociale e eco-ambientale per rispondere ai bisogni di cura» (Cardamone & Zorzetto, 2000, p. 40), se collabora con le risorse disponibili nel territorio, per allargare il servizio al di là dei tradizionali setting terapeutici e se promuove i gruppi e le associazioni che consentono di migliorare l'accesso ai servizi e alla loro programmazione.

Questo tipo di approccio ai problemi di salute mentale, sia in termini di prevenzione che di cura, può comportare «la costruzione, il consolidamento, l'allargamento e l'attivazione di reti sociali, cioè di quei processi che interconnettono tra loro gli individui» (Cardamone & Zorzetto, 2000, p. 48). Tutto ciò può attivare una serie di fattori di protezione e di promozione della salute, di *tutta* la comunità, come: «costruzione/allargamento di reti sociali, promozione del sostegno sociale e del mutuo aiuto, promozione dell'*empowerment* individuale e sociale, sviluppo del senso di comunità» (Cardamone & Zorzetto, 2000, pp. 53-54).

In questo senso, quando declinato in questo modo, il riconoscimento del diritto di cittadinanza delle persone che hanno problemi psichici che si concretizza nel lavoro per lo sviluppo della salute mentale del singolo può trasformarsi in un processo in grado di implementare anche la salute mentale di una comunità, promuovendo non solo realistiche situazioni di inclusione, ma anche impegno e partecipazione nella comunità stessa e dunque la sua salute mentale. Il frame del diritto di cittadinanza così inteso sembra quindi poter costruire uno spazio di mediazione tra esclusione e inclusione nel quale la persona con problemi di salute mentale non è soltanto beneficiaria del bene comune, ma altresì contribuisce alla implementazione di esso.

#### *4. Il lavoro educativo nella promozione della salute mentale*

Partendo dal presupposto dapprima ricordato che la salute mentale sia un aspetto fondamentale per la vita di ogni uomo e di ogni donna, si vuole ora andare a tematizzare come la pedagogia possa offrire un importante contributo (Fadda, 1997) per creare una cultura e una tutela della salute mentale, considerata quale bene di cui una società può disporre: in questo senso, è possibile proporre l'idea che l'educazione sia essa stessa un bene comune, capace di costruire un certo modo di vivere nella comunità (Capa, 2017).

Considerando il legame esistenziale che intercorre tra la vita e la salute della mente, diventa importante sviluppare una sinergia (Carozza, 2010) nell'area della salute mentale tra la psichiatria e discipline quali la pedagogia, la filosofia, la psicologia, andando oltre alla caratterizzazione esclusivamente patologica che ha contraddistinto questa area per molti secoli.

Secondo il punto di vista di Massa, proposto nel corso dell'ultimo corso universitario da lui tenuto nel 1999 (Barone, Orsenigo & Palmieri, 2002) e costruito su una rilettura delle opere foucaultiane, il contributo della pedagogia risulta fondamentale per una psichiatria che intenda prendersi cura dell'uomo e non esclusivamente della patologia: in questo senso, l'apporto pedagogico si rivela fondante se si considera imprescindibile abbracciare tutta la storia esistenziale e di formazione, all'interno della quale si colloca anche la specifica patologia mentale.

Proseguendo oltre, è bene specificare come i professionisti dell'educazione, qualora siano consapevoli e formati relativamente al forte legame che la pedagogia può avere rispetto alla cura e alla tutela della salute mentale (Whitley, Smith & Vaillancourt, 2012), possano ricoprire un importante ruolo per creare una cultura e un'attenzione alla tutela della salute mentale (Malti & Noam, 2009) in qualsiasi contesto essi si trovino ad operare, agendo anche in una prospettiva preventiva.

Educatori ed insegnanti possono giocare un importante ruolo nel prevenire il disagio, in qualunque contesto lavorino (Persi,

2013): una maggiore consapevolezza di come le loro azioni consentano di entrare in contatto con le manifestazioni di un disagio iniziale nei soggetti con cui si trovano ad avere a che fare può aiutare a costruire un solido punto di partenza per la messa a tema e la costruzione di strategie di prevenzione primaria nell'ambito della salute mentale.

Galanti (2007) ben sottolinea questo aspetto, ribadendo l'importante nesso tra il disagio psichico e la storia di formazione, il tessuto sociale, culturale di ogni soggetto: un contributo riflessivo della pedagogia intorno alle sofferenze psichiche presenti e diffuse nell'attuale momento storico, infatti, è necessario per progettare e implementare interventi educativi capaci di agire sui fattori sociali, politici, culturali che hanno un ruolo nel manifestarsi del disagio, lavorando su essi e con essi quali potenziali occasioni formative. In questa direzione, la pedagogia risulta svolgere un ruolo preventivo rispetto ai malesseri che disturbano la salute mentale di un particolare tipo di popolazione, in un determinato momento storico:

è infatti possibile lavorare, sia in via teorica che in via educativa e didattica, su quanto può costituire un elemento positivo teso a prevenire il verificarsi [...] di processi autodistruttivi, intessuti di sensi di morte. L'aspetto preventivo dovrebbe riguardare la capacità di attraversare affetti ineliminabili e ambivalenti, come la tristezza o il dolore, senza appiattirli in una dimensione soltanto negativa (Galanti, 2007, p. 12).

Pensando, ad esempio, alla popolazione giovanile nel contesto europeo, è possibile notare come la gioventù si trovi oggi a fronteggiare fattori che possono essere letti come indicatori di crescente disagio diffuso: le attuali condizioni socio-economiche globali e locali stanno tratteggiando infatti un panorama in cui diventa difficoltoso prefigurare e progettare, ad esempio, un percorso professionale, una famiglia, come pure, in senso lato, la stessa possibilità di diventare adulti (Xie, Sen & Foster, 2014) e costruire la propria identità (Musaio, 2015). Altri elementi, che caratterizzano la nostra contemporaneità e che riguardano da vicino i giovani, possono essere un potenziale rischio per la salute men-

tale: anzitutto l'aumento del fenomeno dell'abbandono scolastico che, insieme alla difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro (Simmons, 2017), soprattutto in maniera precaria (Eckelt & Schmidt, 2015), è causa dell'aumento dei cosiddetti NEET (giovani non impegnati né in un percorso formativo né impiegati professionalmente) (Simmons & Smyth, 2016). Tali condizioni possono mettere a rischio la salute mentale dei giovani in particolare quando associate a povertà socioeconomica e culturale e a dimensioni di genere, quindi a esperienze e vissuti di disuguaglianza sociale (West, 2016). Tutti questi aspetti sono connessi con la salute mentale e il benessere dei giovani cittadini europei, che rischiano di crescere dando per scontato un certo disagio e in qualche modo "imparando a stare male" (Palmieri, 2012): tutto ciò influisce fortemente sul loro percorso educativo e formativo. Ecco, quindi, che i professionisti dell'educazione possono rivestire un ruolo fondamentale nell'affrontare e tematizzare questi temi all'interno dei servizi che i giovani quotidianamente frequentano (Barone, 2005), dal mondo della scuola, a quello dell'extra-scuola, fino a quello specificamente rivolto alla salute mentale.

Considerare importante il nesso tra apporto pedagogico e promozione della salute mentale, rende possibile costruire una cultura relativa alla promozione del benessere e alla prevenzione del disagio all'interno dei servizi (Brambilla & Palmieri, 2010): in questo modo, a partire dalla considerazione di aspetti sociali, culturali, economici e politici della contemporaneità, interpretati quali possibili occasioni formative, diventa possibile progettare e agire proposte educative per contribuire a prendersi cura e tutelare il bene comune costituito dalla salute mentale.

In riferimento all'epoca contemporanea, ad esempio, la pedagogia è chiamata a formulare riflessioni e proposte di interventi su temi quali l'ansia, la fragilità, la solitudine, l'identità, il conflitto, che attraversano e tematizzano prepotentemente sia la società attuale (Benasayag & Schmit, 2013), sia alcune delle sofferenze mentali più diffuse. In questo senso, dunque, la pedagogia e i professionisti dell'educazione sono chiamati a ragionare su questi aspetti, in riferimento alle rappresentazioni che la cultura e la so-

cietà attuali elaborano di esse, per poter proporre interventi educativi che presentino e facciano fare esperienza di questi temi (ansia, fragilità, conflitto...) quali possibilità di formazione e crescita:

Ci siamo abituati, d'altra parte, a considerare l'ansia solo nella sua accezione negativa, di affetto che può coartare o ostacolare, anche pesantemente, la vita di relazione, introducendo il dubbio che rallenta la decisionalità efficiente e mina la sicurezza troppo facilmente esibita [...]. Attraversare i territori dell'ansia fisiologica ci renderebbe forti e più adeguati in termini di buona salute psichica [...]. Solo educando ad attraversare i territori della solitudine e dell'ansia si rende possibile la costruzione di un'identità forte, capace di relazioni adeguate e sicura rispetto a ogni possibile deriva patologica (Galanti, 2007, pp. 114-115).

Una pedagogia capace di proporre riflessioni e riletture delle questioni che attraversano e caratterizzano la società può dunque metterne anche a tema gli aspetti critici e che possono generare insidie per la salute mentale: ecco, dunque, che i professionisti dell'educazione, qualora formati a questa consapevolezza e capacità, possono contribuire a creare una cultura nei servizi che valorizzi la salute mentale come bene comune della società e di qualsiasi soggetto, agendo sia per tutelarla, sia per prevenire il potenziale disagio.

##### *5. Salute mentale di comunità e lavoro educativo*

Il lavoro educativo, in riferimento alla salute mentale come bene comune, si muove almeno in due direzioni: da un lato quella della prevenzione – come abbiamo visto nel paragrafo precedente –, aiutando le persone a comprendere il disagio, a non stigmatizzarlo e a individuare risorse, nei servizi e nella comunità, che possano dare risposte a quel disagio. Dall'altro lato, il lavoro educativo è cruciale negli interventi con le persone che hanno già sviluppato un problema di salute mentale (prevenzione secondaria) e anche, spesso, le complicanze che da esso derivano (prevenzione terziaria). L'intervento educativo, in questo caso, si concentra so-

prattutto su quelle attività che permettano all'individuo di conquistare/riconquistare il suo diritto di cittadinanza, che comprende, per esempio, avere una casa, un lavoro, delle relazioni significative.

Come abbiamo segnalato altrove (Zannini, 2003) l'intervento riabilitativo, nell'ambito della salute mentale, si esprime soprattutto come un intervento di supporto e facilitazione nell'adempimento dei più comuni gesti che caratterizzano l'esistenza e nel soddisfacimento dei bisogni fondamentali (mangiare, fare la spesa, lavarsi, pulire la propria abitazione, muoversi nel proprio contesto, etc.). Queste modalità d'intervento, quando attuate con consapevolezza rispetto ai modelli antropologici, di malattia e di salute in esse implicite, hanno lo scopo non tanto di reintegrare l'individuo nella società per ricondurlo a chissà quale "normalità", ma di permettergli di sviluppare un suo progetto nel mondo. Peraltro, studi sociologici recenti (Esping-Andersen, 2010) hanno messo in luce che le politiche sociali basate non su logiche assistenziali, ma su traiettorie esistenziali, e quindi sulla co-costruzione di un progetto di vita, sono alla lunga più sostenibili. In tutto questo, il lavoro educativo ha un ruolo centrale – anche se non esclusivo, ovviamente – perché l'ambito di elezione della pedagogia, da un lato, è la sua dimensione esperienziale e materiale (Bertolini, 1988; Massa, 1986) e, dall'altro, il suo carattere intenzionale, volto a far fiorire il potenziale degli individui, elemento che caratterizza tale lavoro come cura educativa (Palmieri, 2000).

L'approccio di comunità alla salute mentale sostiene che il territorio possa trasformarsi in una "rete di cura", per cui un servizio di salute mentale diviene interlocutore di altri soggetti che partecipano al processo di prendersi cura della persona con problemi psichici.

Gli addetti ai lavori ci mettono in guardia rispetto ai rischi di un tale approccio di comunità: da un lato «quello di estendere l'ambito di intervento dei servizi a tutti gli aspetti della vita degli utenti, senza alcuna ipotesi di intervento anche sui contesti» (Cardamone & Zorzetto, 2002, p. 142). In questo modo, il vecchio intervento manicomiale rischia di essere demandato al territorio, che, tramite agenzie formali e informali, diventa il responsabile di

un lavoro di “custodia”. Dall'altro, come anticipato, i territori contemporanei, sempre più “liquidi”, sembrano sempre più segnati dalla tendenza alla espulsione dei più fragili, con il rischio di stigmatizzazione dei malati psichici che ne consegue (Brambilla & Palmieri, 2010). In questo modo, la logica del manicomio, quella dell'esclusione, ritornerebbe nell'intervento territoriale, pensato come risposta a quella logica di esclusione.

È per questo motivo che la comunità può diventare il teatro dell'intervento con la persona con problemi di salute mentale a patto che la progettazione di interventi, che hanno luogo nel mondo quotidiano condiviso, venga «estratta e ricreata artificialmente all'interno di un contesto controllato, cioè protetto» (Brambilla & Palmieri, 2010, p. 43). È questa la logica del costruire un dispositivo educativo, anche e soprattutto all'interno di una comunità territoriale, che non si confonda con l'esperienza quotidiana. È l'operazione di cui parlano anche Lisa Brambilla e Cristina Palmieri (2010), riferendo di un'esperienza di “residenzialità leggera”, ossia di sperimentazione di vita in appartamento da parte di persone con problemi psichici, per periodi di tempo limitato: si è trattato d'inserire queste persone «in uno spazio pedagogicamente “apparecchiato” di sperimentazione intenzionale, artificiale, seppure autentico e protetto» (Brambilla, 2010, p. 22).

Per esempio, l'attività sportiva, che facilita il recupero di capacità psicofisiche, attiva processi di micro-integrazione sociale e promuove un rapporto con la propria corporeità, è sempre stata presente nelle strutture manicomiali, soprattutto come strategia di “intrattenimento” (Saraceno, 1995). Portare nel territorio l'attività sportiva per persone con problemi di salute psichica non significa, banalmente, invitare queste persone a partecipare a questa o a quella attività motoria offerta in un determinato contesto. Significa invece avviare un progetto partecipato, che coinvolga più soggetti, *in primis* i pazienti, che condividono interessi comuni. Cardamone e Zorzetto (2002), con il caso della “polisportiva Aurora” nel territorio di Prato, hanno testimoniato, molti anni fa, come sia possibile creare un'associazione sportiva in collegamento con diversi settori, della sanità, dell'economia, della cooperazione socia-

le e dell'associazionismo. La polisportiva, dopo una serie di contrattazioni, ha trovato una sede in un circolo preesistente con il quale ha avviato interventi di manutenzione/sviluppo degli spazi verdi circostanti e la ristrutturazione del campo di calcetto ivi presente. La Polisportiva si è proposta di rispondere ai bisogni non solo dei soci seguiti dai servizi di salute mentale, ma anche dei cittadini del territorio. Oltre ad attività sportive, l'associazione ha organizzato escursioni di trekking e mostre fotografiche, coinvolgendo soggetti diversi e sempre più numerosi del territorio.

Pertanto, lo sport si è rivelato un potente strumento attraverso cui attivare risorse, mobilitare potenzialità, facilitare scambi, produrre interventi di rete e, in definitiva, promuovere una cultura nuova per le politiche di salute mentale di comunità (Cardamone & Zorzetto, 2000, p. 142). In questo senso, «da comunità, lungi dall'essere ciò che la società avrebbe perso o infranto, è *ciò che ci accade* – questione, attesa, evento, imperativo – *a partire* dalla società» (Cappa, 2017, p. 198).

Iniziative come quella accennata qui sopra promuovono i diritti delle persone, *in primis* quello di cittadinanza e di partecipazione attiva. L'esercizio di questo diritto non gioca solo a favore della persona in situazione di disabilità o di malattia mentale, ma anche dell'intera comunità, come abbiamo toccato con mano nell'esempio dell'istituzione di un'associazione sportiva. In questo modo, osserviamo una convergenza tra interventi educativi e interventi volti a sviluppare/recuperare salute mentale: «pedagogia e psichiatria hanno infatti riscontrato nel concetto di cittadinanza libera, consapevole e responsabile una rinnovata condivisa finalità» (Brambilla, 2010, p. 27).

In questo senso, infine, il lavoro educativo, sviluppando salute mentale di comunità, rappresenta un elemento cruciale per il suo mantenimento e sviluppo, ossia per l'implementazione del bene comune, quale può essere appunto intesa la salute mentale di una comunità. Quest'ultima, a partire da una idea relazionale di bene comune (Cappa, 2017), non ha salute mentale, ma è salute mentale.

## 6. Conclusioni

Nei paragrafi precedenti sono state messe a fuoco le potenzialità e le difficoltà insite nel considerare la salute mentale un bene comune. Soprattutto, si è constatato come questo sia un processo complesso, tuttora in divenire, che articola il diritto alla cittadinanza con le opportunità di partecipare alla vita di una comunità sociale (politica, economica, relazionale) e con altrettanto complesse dinamiche di inclusione ed esclusione sociale. All'interno di questa cornice, si è cercato di comprendere quale sia e quale possa essere il contributo che il lavoro pedagogico ed educativo può offrire in tale processo.

Ne emerge in prima istanza un quadro composito e sfaccettato, in cui l'unica certezza è che non tanto considerare quanto *vivere* la salute mentale come bene comune sia un obiettivo da raggiungere: perciò, occorre dar vita a situazioni da progettare con cura, una per volta, passo dopo passo, nella concretezza della quotidianità non solo dei servizi, ma della vita familiare, amicale, sociale che le persone si trovano a vivere.

Il contributo pedagogico, che si concretizza nelle azioni realizzate dai professionisti educativi di primo e secondo livello, per essere significativo, si deve esprimere contemporaneamente su più livelli: quello della *cura delle persone* – nella fattispecie, delle persone con problemi di salute mentale – per promuovere processi di *recovery*; quello della *cura dei processi e delle esperienze educative* attivate per aver cura delle persone; quello della *cura del contesto* più ampio (comunitario) in modo da istituire le condizioni perché effettivamente le persone possano fare esperienza non solo del loro disturbo e della loro malattia, ma anche della loro salute mentale.

È questo un livello di intervento solitamente dato per scontato e poco considerato dagli stessi operatori dei servizi di salute mentale: l'emergenza con cui si tende a vivere le situazioni, insieme a una diffusione ancora molto radicata del paradigma biomedico come riferimento per interpretare, o meglio categorizzare, comportamenti e situazioni individuali di disagio, paiono tuttora

impedirlo (Davies, 2005; Fieldhouse & Onyett, 2012; Spandler, 2007).

Tuttavia, è questo il livello in cui maggiormente il contributo del lavoro educativo può generare le condizioni per un cambiamento culturale che nasca dal basso. È il lavoro con la “gente comune”, quella che crede di essere al riparo da problemi di salute mentale o dalla sofferenza psichica, che può preparare il terreno per costruire occasioni concrete in cui sia possibile a tutti e a tutte riconoscere la propria e altrui differenza e, soprattutto, per sperimentare insieme ad altri come affrontare i compiti che la vita inevitabilmente pone: le nascite e le morti, le separazioni e le unioni, l'invecchiamento e la malattia, il cercare e trovare il senso della propria esistenza. Sono queste le esperienze che la sofferenza psichica presentifica, e sono queste le esperienze che solitamente si tengono lontane. Quando il lavoro educativo esce dalle mura dei servizi e si attua con le persone di un quartiere, con gli studenti di una scuola, con le famiglie, con le associazioni sportive, ha la possibilità di creare le occasioni perché ognuno possa imparare dall'esperienza del disagio mentale, propria e altrui: e ciò che si impara è, appunto, come sia possibile esistere, senza negare le difficoltà, non solo resistendo alle fatiche della vita ma anche trovandovi un senso, riconciliandosi con quegli aspetti di sé che possono essere ritenuti debolezze, fragilità, quando non imperfezioni da cancellare.

### *Bibliografia*

- Alexander F.G., & Selesnick S. (1975). *Storia della Psichiatria*. Roma: Newton Compton.
- Ammeral M., Kantartzis S., Burger M., Bogeas T., van der Molen C., & Vercruyse L. (2013). ELSiTO. A Collaborative European Initiative to Foster Social Inclusion with Persons Experiencing Mental Illness. *Occupational Therapy International*, 20, 65-74.
- Aristotele (1986). *Etica Nicomachea I e II*. Milano: Rizzoli.

- Arrigo B., & Davidson L. (2017). Commentary on Community Mental Health and the Common Good. *Behavioral Sciences and Law*, 35, 364-371.
- Atterbury K., & Rowe M. (2017). Citizenship, Community Mental Health, and the Common Good. *Behavioral Sciences and Law*, 35, 273-287.
- Barone P. (2005) (a cura di). *Traiettorie impercettibili. Rappresentazioni dell'adolescenza e itinerari di prevenzione*. Milano: Guerini.
- Barone P., Orsenigo J., & Palmieri C. (2002). *Riccardo Massa. Lezioni su L'esperienza della follia*. Milano: FrancoAngeli.
- Basaglia F. (1982). *Scritti: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi.
- Bauman Z. (2005). *Vite di scarto*. Roma-Bari: Laterza.
- Benasayag M., & Schmit G. (2013). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli.
- Bertolini P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. Firenze: La Nuova Italia.
- Binswanger L. (2013). *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Milano: Mimesis.
- Boarman J., Currie A., Killaspy H., & Mezey G. (2010). *Social Inclusion and Mental Health*. London: RC Psych.
- Brambilla L. (2010). Pedagogia e Psichiatria. In L. Brambilla & C. Palmieri (a cura di), *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale* (pp. 15-44). Milano: FrancoAngeli.
- Brambilla L., & Palmieri, C. (2010) (a cura di). *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Canguilhem G. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi.
- Cappa F. (2017). La formazione come bene comune. *Ricerche di Pedagogia e Didattica – Journal of Theories and Research in Education*, 12(2), 193-201.
- Cardamone G., & Zorzetto S. (2000). *Salute mentale di comunità*. Milano: FrancoAngeli.
- Carozza P. (2010). *La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Cattaneo A. & Denticò N. (2014). *OMS e diritto alla salute: quale futuro*. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Bologna: OMS.
- Davidson L., & Arrigo B. (2017). Introduction to this Special Issue: Community Mental Health and the Common Good. *Behavioral Sciences and the Law*, 35, 271-272.

- Davies J. (2005). The social exclusion debate: strategies, controversies and dilemmas. *Policy Studies*, 26, 3-27.
- Descartes R. (1977). *Discorso sul metodo*. Roma-Bari: Laterza.
- Eckelt M., & Schmidt G. (2015). Learning to Be Precarious – The Transition of Young People from School into Precarious Work in Germany. *Journal for Critical Education Policy Studies*, 12(3), 130-155.
- Esping-Andersen G. (2010). *Oltre lo stato assistenziale. Per un nuovo patto tra generazioni*. Milano: Garzanti.
- Fadda R. (1997). *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*. Milano: Unicopli.
- Fieldhouse J., & Onyett S. (2012). Community mental health and social exclusion: working appreciatively towards inclusion. *Action Research*, 10(4), 356-372.
- Foucault M. (1992). *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*. Milano: Rizzoli.
- Foucault M. (2000). *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault M. (2003). *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*. Milano: Feltrinelli.
- Galanti M.A. (2007). *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*. Roma: Carocci.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2016). *Pedagogia e medicina: un incontro possibile. Un'esperienza di ricerca in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Giorgetti Fumel M., & Chicchi F. (2012). *Il tempo della precarietà. Sofferenza soggettiva e disagio della postmodernità*. Milano: Mimesis.
- Hamer H.P., Finlayson M., & Warren H. (2014). Insiders or outsiders? Mental Health services users' journey towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 203-211.
- Iancu S.C., Bunders J.F.G., & van Balkom A.J.L.M. (2013). Bridging the gap: using farms to enhance social inclusion of people with chronic mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(4), 328-319.
- Iori V., & Rampazi M. (2008). *Nuove fragilità e bisogni di cura*. Milano: Unicopli.
- Leff J., & Warner R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. London: Cambridge University Press, London 2006.
- Malti T., & Noam G.G. (2009). *Where Youth Development Meets Mental Health and Education. The RALLY Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maone A., & D'Avanzo B. (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Cortina.

- Marin I., & Bon S. (2013). *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Merano: Alpha beta Verlag.
- Massa R. (1986). *Le tecniche e i corpi*. Milano: Unicopli.
- Medeghini R. (2015). *Norma e normalità nei disabilities studies*. Trento: Erikson.
- Musaio M. (2015). Dalla paura verso il futuro alla ricerca di possibilità: riflessioni pedagogiche per educare l'identità personale. *MeTis*, 1.
- Nussbaum M. (2012). *Giustizia sociale e dignità umana*. Bologna: Il Mulino.
- OMS (2005a). Dichiarazione di Helsinki sulla salute mentale per l'Europa. Affrontare le sfide, creare le soluzioni. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_561\\_all2005\\_05102017](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_all2005_05102017).
- OMS (2005b). Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa. Affrontare le sfide, creare le soluzioni. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_559\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_559_allegato.pdf) 2005 [05/10/2017].
- Palmieri C. (2000). *La cura educativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Palmieri C. (2012). *Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica*. Milano: FrancoAngeli.
- Persi R. (2013). Periferie urbane e periferie del mondo: riflessioni e proposte pedagogiche. *MeTis*, 2.
- Re E. (2010). Sinergie tra dimensione individuale e dimensione territoriale dei trattamenti orientati alla guarigione. In L. Brambilla & C. Palmieri (a cura di), *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale* (pp. 45-67). Milano: FrancoAngeli.
- Saraceno B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Etas Libri.
- Simmons R. (2017). Employability, Knowledge and the Creative Arts: Reflections from an Ethnographic Study of NEET Young People on an Entry to Employment Programme. *Research in Post-Compulsory Education*, 22(1), 22-37.
- Simmons R., & Smyth J. (2016). Crisis of Youth or Youth in Crisis? Education, Employment and Legitimation Crisis. *International Journal of Lifelong Education*, 35(2), 136-152.
- Spandler H. (2007). From social exclusion to inclusion? A critique of the inclusion imperative. *Mental Health Sociology Online*, 3, 18-27.
- Spinogatti F. (2013). Prefazione. Narrazione autobiografica e recovery. In C. Lazzarini & G. Leggio (a cura di), *Cultura autobiografica, medicina narrativa, famiglie, salute mentale* (pp. 5-8). Roma: DDAPSI.
- UE (2014). Regolamento n. 282/14 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'11 marzo 2014 sull'istituzione del programma d'azione dell'Unione in materia di Salute (2014/2020) e che abroga

- la decisione n. 1350/2007/CE, visionabile sul sito <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0282> [28/10/2017].
- UN (1949). *Universal Declaration of Human Rights 1948*, United Nations. <http://www.supremecourt.ge/files/upload-file/pdf/act3.pdf>, 1949 [06/10/2017].
- Ware N.C., Hopper K., Tugenberg T., Dickey B., & Fisher D. (2007). Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58, 469–474.
- West L. (2016). *Distress in the city. Racism, fundamentalism and a democratic education*. London: Trentham Books.
- Whitley J., Smith D., & Vaillancourt T. (2012). Promoting Mental Health Literacy among Educators: Critical in School- Based Prevention and Intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 56-70.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO Press.
- WHO (2007). *Research capacities for mental health in low – and middle – income countries. Results of a mapping project*. China: WHO Press.
- WHO (2010). *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. Geneva: WHO Press.
- Xie R., Sen B. & Foster E.M. (2014). Vulnerable Youth and Transitions to Adulthood. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 143, 29-38.
- Zannini L. (2003). *Salute, malattia e cura*. Milano: FrancoAngeli.