

Quale sguardo epistemico per l'agire educativo in salute mentale? La figura dell'Esperto in Supporto tra Pari come monito per la creazione di servizi partecipativi

Maria Benedetta Gambacorti-Passerini

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Abstract: The field of mental health is certainly the area of Western medicine that has been most influenced by different epistemological perspectives: from a moral foundation, to positivist organicism, to the visions of psychoanalysis, phenomenological psychiatry, and the anti-psychiatry movements of the second half of the 20th century, with particular reference to the Italian context and Basaglia's work. Within these latest developments, the opportunity for educational work in mental health has become possible, following an epistemological gaze that considers mental illness as a complex phenomenon that cannot be reduced to biological components. However, the logic behind today's social policies is increasingly oriented towards a private/corporate perspective, including mental health services, risking losing the epistemological gaze which has gone beyond a biological reductionism. At this regard, the figure of the Peer Support Expert can serve as a reference point for reinforcing the importance of investing in the need for epistemological multidisciplinary in mental health, in order to create participatory and emancipatory services.

Keywords: Peer Support Expert, mental health, education, epistemological gaze, participatory educational services.

Sinossi: L'area della salute mentale è certamente l'ambito della medicina occidentale che più è stato abitato da sguardi epistemologici diversi: da un fondamento morale, all'organicismo positivista, fino alle visioni della psicanalisi, della psichiatria fenomenologica, dei movimenti antipsichiatrici della seconda metà del Novecento con particolare riferimento al contesto italiano e all'opera di Basaglia. Entro questi ultimi rinnovamenti, l'opportunità di un lavoro educativo in salute mentale si è resa possibile, seguendo una cornice epistemologica che pensa la malattia mentale come un fenomeno complesso, non riducibile a componenti biologiche. Le logiche entro cui si orientano oggi le politiche sociali sono però sempre più direzionate verso ottiche privatistico/aziendali, anche per i servizi di salute mentale, rischiando di smarrire lo sguardo epistemologico che ha permesso di andare oltre al riduzionismo biologico. La figura dell'Esperto in Supporto tra Pari, a questo riguardo, può porsi quale riferimento per rafforzare l'importanza di investire sulla necessità di una multidisciplinarietà epistemologica in salute mentale per creare servizi partecipativi e emancipativi.

Parole chiave: Esperto in Supporto tra Pari, salute mentale, agire educativo, sguardo epistemico, servizi educativi partecipativi.

La salute mentale in Occidente: un intreccio di sguardi epistemologici per un fenomeno complesso

Ciò che nel corso delle epoche, dei secoli, degli anni è stato chiamato come “follia”, “pazzia”, “disturbo umorale”, “malattia mentale”, “disagio psichico” si configura come una delle esperienze più intricate che riguardano l’essere umano e che, anche solo nella sua denominazione, rende subito chiara la difficoltà a rappresentarla, tematizzarla e trattarla. Questo fenomeno mostra in maniera evidente la complessità connaturata all’esistenza umana e, soprattutto, mette in luce l’impossibilità di essere categorizzato entro i paradigmi e le categorie di un solo sguardo epistemologico, ancor prima di diventare oggetto specifico della scienza medica. Ecco, allora, che il presente contributo intende accompagnare chi legge in un percorso volto a mettere in luce la costruzione dello sguardo epistemico occidentale sulla salute mentale per arrivare a comprendere la significatività del contributo educativo in esso e a considerare la figura dell’Esperto in Supporto tra Pari come una direzione che, oggi, può aiutare a mantenere una direzione epistemologica non riduzionista.

Se, infatti, la branca della medicina che conosciamo come “psichiatria” e, più recentemente, come “area della salute mentale” è quella che, nell’orizzonte medico, più è stata attraversata da epistemologie differenti, è necessario notare che il fenomeno della follia eccede addirittura la specificità disciplinare medica, dal momento che, in precedenza, è stato oggetto di saperi differenti.

Se torniamo agli albori della storia occidentale, proprio nella cultura classica si delinea una fortissima connessione tra la “follia” e il mondo divino: era proprio una particolare vicinanza con la divinità che induceva le persone a compiere gesti e atti “folli”. Questa comunanza con il divino faceva sì che la follia fosse allora circondata da una sorta di sacralità, di venerazione e di timore: lo sguardo epistemologico rivolto a questo fenomeno era, in questo contesto, quello di un “abbandono” al divino, al soprannaturale e alle forze cosmiche che si pensava reggessero il mondo. Coerentemente con questa epistemologia, non vi erano luoghi specifici deputati a contenere e curare le persone folli, che rimanevano nella cerchia familiare e sociale di riferimento. I templi e i luoghi di culto restavano le strutture entro cui, eventualmente, venivano proposti rituali e rimedi ad opera dei sacerdoti (Ottaviani, Vanni & Vanni, 2004).

Sarà in seguito alla caduta dell’Impero Romano e all’avvento del Medioevo che si delineeranno le condizioni per un primo cambio di pensiero rispetto al fenomeno della follia, dal momento che il mondo inizia ad essere significato attraverso una visione sia magica sia religiosa entro cui ogni aspetto della vita si caricava di un possibile senso simbolico e metaforico.

In particolare, la follia inizia ad essere accostata all’immagine della colpa e del peccato, considerate le sue principali cause di manifestazione, accostandosi dunque a significati che, in maniera punitiva, la associano ancora al mondo divino e cosmico, ma aprendo la possibilità a sguardi profondamenti diversi (Foucault, 1992). Le figure che si occupavano della follia erano ancora quelle religiose, che iniziavano, però, ad intervenire con la logica della “riparazione del peccato” considerato alla sua base. Entro questo sguardo, il folle non è ancora allontanato dalla società, ma considerato una parte stessa dell’ordine sociale ed esistenziale, seppur “scomoda” e inquietante.

Proprio a partire da questa “scomodità” che la figura del folle evoca e porta con sé, unitamente alla contaminazione col concetto di colpa e di peccato, avviene, a partire dal 1600 in Europa un cambio forte dello sguardo che si posa sulla follia:

“La follia è desacralizzata, così come la povertà. Abbiamo visto che nel Medioevo la follia, per certi aspetti, era l’immagine del sacro, così come la miseria. Ci troveremmo dunque di fronte a un processo di secolarizzazione progressiva [...] il folle non viene più da un altro mondo, il povero non è più la vittima di un’astuzia divina; povertà e follia umiliano l’uomo. Il folle e il povero sono due casi di devianza sociale, di acuta problematicità sociale, che, in questo momento, vengono visti come casi di cui la società deve in qualche modo sbarazzarsi. Non sono ancora visti come il bersaglio di un progetto educativo: sì, vanno educati, vanno tenuti a bada, soprattutto vanno rinchiusi. Non si ospita più il povero a casa propria, così come si aprirebbe la porta a un apostolo

di Gesù, ma si crea l'ospizio del povero; l'ospitalità sociale è espressa dal Grande Internamento” (Barone, Orsenigo & Palmieri, 2002, p. 61).

Lo stralcio riportato mette in evidenza il fenomeno noto come Grande Internamento (Foucault, 1992), orientato a isolare in strutture decentrate, eredità della gestione delle grandi pestilenze medievali, tutti i soggetti che, in qualche modo e per alcune caratteristiche, andavano contro sia alle forme di razionalità socialmente condivise e accettate, sia alla capacità di produttività economica attraverso il lavoro. Ecco, allora, che i soggetti ritenuti folli si trovano ad essere rinchiusi, in quanto ritenuti minaccia sociale da isolare, insieme però a una serie di altri internati, quali vagabondi, omosessuali, libertini, prostitute... Sulla follia, come su tutte le altre cause di internamento, si posa in quest'epoca uno sguardo epistemologico che è quello delle discipline giuridiche e deputate al mantenimento dell'ordine sociale, attraverso l'allontanamento dalla società di chi veniva reputato un pericolo.

Sarà proprio, però, dentro alle istituzioni del Grande Internamento che avverrà un cambio fondamentale delle cornici epistemiche attraverso cui considerare e trattare la follia, che inizierà ad essere definita come “patologia”. Il medico francese Philippe Pinel, alla fine del 1700, chiamato a frequentare le istituzioni di internamento per motivi legati alla salute generale dei soggetti internati, inizia infatti ad intuire che, tra tutte le persone rinchiusi, i folli potevano costituire un sotto-insieme particolare, in quanto affetti da una malattia, seppure a un livello mentale, allora quasi totalmente inesplorato e sconosciuto per la scienza medica.

Ecco che lo sguardo dell'epistemologia medica inizia a comporsi quale osservatorio privilegiato per la follia, che comincia ad essere denominata “malattia mentale” e ad abitare strutture ad essa dedicata, entro cui si costituisce anche una finalità terapeutica (Shorter, 2000) e non più unicamente detentiva come durante il Grande Internamento. La figura di Pinel viene ritenuta fondatrice della psichiatria come disciplina medica (Civita, 1996), proprio per aver riconosciuto la peculiarità della follia entro la molteplicità dei soggetti rinchiusi nel grande Internamento e per averla avvicinata alla nozione di patologia, seppur inizialmente fondata su cause istintuali e passionali. Su queste basi, lo sguardo medico comincia a costruire conoscenza sulla malattia mentale e, per farlo, colloca le persone, nel loro nuovo statuto di “malati mentale”, entro strutture in cui possano essere conosciute, studiate e anche curate (Foucault, 1992).

Nascono così le istituzioni manicomiali, luoghi entro i quali lo sguardo psichiatrico si costituisce quale osservatorio privilegiato sulla patologia mentale, portando avanti, soprattutto nel corso del 1800, uno sforzo di costruzione di sapere organicista, teso ad assimilare la psichiatria alla neurologia, per poterla considerare a tutti gli effetti una disciplina medico-biologica e specialistica.

Entro questa cornice, le politiche sociali spingono per un massiccio internamento delle persone ritenute malate di mente e il clima culturale si orienta fortemente all'orizzonte del positivismo, così che anche la disciplina psichiatrica si indirizza sempre più fortemente verso un modello sperimentale e un'attenzione alle componenti biologiche e organiche della malattia mentale.

Seguendo queste direzioni di pensiero, non vi è spazio perché, nelle istituzioni manicomiali, trovassero significato sguardi epistemologici differenti e nuovi per lavorare con la malattia mentale, come quello educativo: perché questo divenga possibile, sarà necessario mettere in crisi la tendenza positivista e organicista.

Per un agire educativo in salute mentale: quale sguardo epistemologico?

Con l'avvento del 1900 e gli importanti mutamenti storici, sociali, culturali, anche gli orientamenti della costruzione del sapere scientifico vanno incontro a significativi cambiamenti. Il modello positivista viene messo in discussione: da un punto di vista filosofico, infatti, l'esistenzialismo e la fenomenologia husserliana propongono una forte critica della presunta oggettività delle conoscenze scientifiche di tipo sperimentale, riportando in primo piano la primarietà ontologica del rapporto soggettivo, intenzionale e significativo tra soggetto e mondo (Husserl, 1987).

Questi movimenti hanno una forte ricaduta entro la disciplina psichiatrica, direzionando lo sguardo sulla malattia mentale in un'ottica che le restituisce un radicamento esistenziale per ricomprenderla all'interno di una dimensione di senso, senza negare il rigore metodologico della psichiatria, ma

ponendo in primo piano la necessità di ridefinire i suoi contorni epistemologici, così da considerare la malattia mentale entro un quadro più ampio e complesso.

Nel corso del Novecento, si collocano, infatti le opere e il pensiero di alcuni studiosi estremamente importanti per le direzioni delineate entro la costituzione del sapere psichiatrico: ci riferiamo, ad esempio, ai contributi di autori come Freud, Jaspers, Binswanger.

Con Freud viene portata in evidenza la nozione di inconscio, come causa motrice di pulsioni, passioni, sentimenti, unitamente all'ipotesi che la malattia mentale sia qualcosa che si genera nella storia di vita del/della paziente, esprimendosi attraverso sintomi psichici e somatici.

Jaspers e Binswanger si rifanno entrambi alla filosofia fenomenologica, entro le cui cornici orientano i loro sforzi per significare la malattia mentale come un vissuto e come una modalità peculiare di esistere, dotata di un suo senso e un suo significato.

Le novità di pensiero proposte da questi e altri studiosi hanno contribuito a far sì che l'orizzonte epistemologico aperto dalla disciplina psichiatrica di stampo positivista si allargasse e venisse a comprendere al suo interno possibilità fino ad allora inedite: "Finché la psichiatria non aveva riconosciuto che il suo autentico fondamento e terreno, in cui solo essa può 'metter radici', è l'essere umano come essere-nel-mondo, era destinata a rimanere un puro e semplice conglomerato di progetti e metodi scientifici eterogenei, risultanti dalla prassi scientifica" (Binswanger 2013, p. 41).

Entro questo solco, in alcuni contesti si creano le condizioni perché possa essere pensato un rinnovamento dello sguardo psichiatrico direzionato a "contagiare" anche i luoghi di cura per la malattia mentale, le pratiche rivolte ai malati e le modalità stesse di trattare, tematizzare e pensare la malattia mentale in sé. Uno di questi luoghi è l'Italia, attraverso i movimenti anti-psichiatrici che vengono ricordati con riferimento alla figura di Franco Basaglia nel nord-est della nazione. Importante è sempre ricordare che, seppur il processo di riforma e la Legge 180 del 1978 che ne è risultata portino il nome di Basaglia, molte altre persone, studiosi, medici e operatori hanno lavorato al suo fianco, anche in diverse parti dell'Italia ma nella stessa direzione.

Il tentativo iniziato a Gorizia di trasformare il manicomio in un modello differente per far sì che non restasse un'istituzione (Basaglia et al., 2008) rigidamente separata dal mondo sociale "esterno" veniva proposto contemporaneamente in altre realtà italiane come Milano, rafforzando la proposta di pensare a luoghi per la cura della malattia mentale entro cui pensarla e trattarla con uno sguardo epistemico di orientamento fenomenologico.

In seguito alla Legge 180, l'intero sistema di servizi per l'assistenza psichiatrica viene rivoluzionato, prevedendo la chiusura delle istituzioni manicomiali e la predisposizione di un sistema di servizi prevalentemente territoriale (ad eccezione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che rimane ospedaliero). Inoltre, risulta importante per la trattazione notare che, in seguito alla riorganizzazione promossa dalla Legge 180, si delinea la possibilità di impostare un sistema psichiatrico focalizzato sul concetto di "salute mentale", inteso quale concetto che riguarda tutte le persone, non solamente quelle a cui è stata riconosciuta una malattia mentale. In questo senso, occuparsi di salute mentale si configura come un'azione rivolta ad un'intera popolazione (Saraceno, 1995) in un territorio di riferimento e non solo a coloro ai quali è già stata effettuata una diagnosi specifica.

Proprio il concetto di salute mentale stesso, non chiudendo il focus sulle componenti patologiche, consente di far emergere gli aspetti esistenziali, sociali, psicologici, formativi compresi nella malattia mentale, andando a sottolineare l'importanza di quelli che la letteratura scientifica sempre più evidenzia come «determinanti sociali» (Marmot et al., 2008).

Seguendo questa direzione, lo sguardo epistemico che si costruisce sull'esperienza della malattia mentale necessita sempre più di "farsi plurale", trasformandosi in sguardi epistemici di differenti saperi disciplinari (Downs, 2025) che possono portare un contributo, entro una rete di servizi che comprendesse dunque le dimensioni sociali, educative, psicologiche delle situazioni di disagio mentale e in generale della salute mentale della popolazione, con l'apporto di professionisti differenti, quali, ad esempio, il/la terapeuta della riabilitazione psichiatrica, l'educatore/educatrice socio-sanitario/a, ma anche socio-pedagogico/a (in relazione alle attività di tipo educativo).

Ecco che, entro la cornice del concetto di salute mentale, inizia a delinearsi anche una nuova modalità di intendere la guarigione, pensata non più solo secondo i parametri biomedici, dal momento che vi sono

tuttora poche conoscenze eziopatogenetiche circa i disturbi psichiatrici e anche i criteri diagnostici rimangono tendenzialmente arbitrari (Maone & D'Avanzo, 2015). “Guarire” viene ad assumere i contorni di un percorso personale, non lineare, entro cui risultano compresi anche fattori clinici, legati alla sintomatologia, nonché elementi funzionali, inerenti alla capacità lavorativa, di vita autonoma e di relazione sociale. È quello che viene nominato come percorso di recovery (Lieberman, 2012; Slade, 2009), delineando un processo di progressiva ripresa di potere sulla propria vita, senza negare la presenza della patologia.

Proprio intorno ai presupposti che sostanziano il concetto di recovery, la rete di servizi per la salute mentale si costruisce, seppur con fatica e lentezza, dopo la Legge 180 e viene a chiamare fortemente in causa il sapere e lo sguardo epistemico della pedagogia:

“la salute mentale e il processo di recovery hanno a che fare infatti con le modalità che ogni individuo apprende per affrontare i propri compiti esistenziali; quindi, per formarsi negli ambienti di vita, di lavoro, educativi in senso stretto (famiglia, scuola, università) e in senso lato (tempo libero, reti relazionali allargate e intime, media ecc.)” (Gambacorti-Passserini, 2019, p. 58).

Lo sguardo pedagogico viene ad assumere un suo osservatorio specifico rispetto all'esperienza del vivere una malattia mentale, andando a costituirsi quale sapere competente per costruire percorsi educativi entro i servizi di salute mentale. Andare a considerare la malattia mentale quale una delle componenti che danno forma a una storia esistenziale, infatti, consente di esplorare, in maniera ampia e non focalizzata sulla patologia, tutti gli aspetti che hanno influito sulla costruzione del percorso formativo di ogni soggetto: diventa così possibile progettare e realizzare percorsi educativi aperti al possibile, al nuovo, all'inedito che, senza negare e trascurare le componenti fisiche, biologiche, sintomatologiche della patologia, non ingabbino i soggetti entro i contorni della diagnosi che hanno ricevuto.

Pensare alla presenza di uno sguardo pedagogico in salute mentale, chiaramente, richiede la possibilità di contesti, servizi entro cui poter agire secondo le direzioni delineate e, dunque, non solamente in maniera custodialistica, disciplinare, o focalizzata interamente sulla cura e la gestione dei sintomi fisici. Questa era proprio la spinta a cui i movimenti del Novecento che hanno portato alla formulazione della Legge 180 puntavano e intorno a cui è stata pensata la riorganizzazione dell'area della salute mentale.

Lo sguardo educativo nei servizi di salute mentale: complessità e contraddizioni nella contemporaneità

Il percorso di riorganizzazione dei servizi per la salute mentale avviato dalla Legge 180 del 1978 ha richiesto un cospicuo investimento di risorse e di tempo, dal momento che sia la chiusura dei manicomi, con la conseguente necessaria ricollocazione delle persone in essi residenti, sia la predisposizione di una rete territoriale di servizi hanno occupato i decenni successivi. Ciò che ha animato, però, questo processo di rinnovamento, seppur lento e complicato, è stata una forte spinta verso gli ideali che ne stavano alla base, radicata soprattutto nei professionisti impegnati nell'area. Anche la costituzione della presenza dello sguardo epistemico pedagogico nella salute mentale è stata animata da una significativa motivazione a costruire esperienze educative ed emancipative entro percorsi di recovery nei servizi. Questo ha richiesto una importante spinta a costruire direzioni di lavoro multi-disciplinare, entro cui il sapere pedagogico collaborasse con gli altri sguardi disciplinari presenti in salute mentale, principalmente le scienze mediche, sanitarie e psicologiche.

Alla base della rete di servizi prevista dalla Legge 180, infatti, vi è un riferimento fondamentale all'integrazione socio-sanitaria, condizione necessaria perché il sistema stesso dei servizi possa essere realizzato. L'idea di una sinergia fondamentale tra parte sociale e sanitaria era, infatti, alla base dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale stesso, nato contemporaneamente alla Legge 180, e prevedeva una strettissima connessione tra assistenza sociale, socio-sanitaria e sanitaria nella rete di

servizi ospedalieri e territoriali, proprio come ideale a cui tendere per offrire e garantire un'offerta di servizi che potesse il più possibile prendersi cura di cittadini e cittadine in maniera globale.

Con il progressivo spostamento di competenze della sfera sociale e sanitaria alle singole Regioni, culminato sia con la legge quadro 328 del 2000, sia con la Riforma del titolo V della Costituzione del 18 ottobre 2001, il tema dell'integrazione socio-sanitaria viene ulteriormente tematizzato, allargando la possibilità di gestione ed erogazione dei servizi stessi sia da parte di enti pubblici sia da parte di enti privati o appartenenti al cosiddetto "terzo settore" o "terzo sistema" (Ferrario, 2013, p. 132).

Questi movimenti, da un certo punto di vista allargano enormemente il numero di soggetti, enti, realtà che possono proporsi per gestire ed erogare servizi ed interventi, mettendo in essere la possibilità di esprimere azioni di partecipazione sociale. Considerando la questione da un altro punto di vista, però, aumentando il bacino di potenziali offerte per l'erogazione dei servizi, il sistema che si crea non può che trovarsi immerso nella logica neo-liberista (Jones, 2001) del mercato, costruita sul presupposto che la scelta dell'intervento, da parte dell'utente, sia il presupposto per il rispetto della sua libertà. In questo senso, iniziano a crearsi le circostanze per la nascita di una serie di elementi di cambiamento rispetto al clima culturale che aveva posto in essere l'integrazione socio-sanitaria alla base del Sistema Sanitario Nazionale e della rete di servizi dell'area della salute mentale.

Una prima tendenza, sviluppatasi nel corso dei decenni successivi agli anni Settanta del secolo scorso, è quella che ha cercato di abitare la dialettica tra area sociale e area sanitaria, sviluppando una tensione sempre maggiormente orientata alle logiche sanitarie: "Il quadro generale dei servizi alla persona in Italia si articola in due distinte macroaree, il servizio sociale e quello sanitario, variamente definitesi all'interno di un rapporto dialettico che, per ora, pare giovare solo al secondo, tradizionalmente più forte, sulla base di un ritaglio in definitiva semplice del suo oggetto e del prestigio più consolidato delle professioni che in vario modo lo esercitano" (Franchini, 2001, p. 29).

In questo senso, lo sforzo di costruzione di integrazione socio-sanitaria si è fortemente orientato verso il modello del mondo sanitario, anche negli aspetti istituzionali di costruzione della rete dei servizi di area socio-sanitaria: "l'introduzione dei meccanismi tipici del welfare ha agevolato tuttavia l'affermarsi del modello medico nella organizzazione e nel funzionamento istituzionale dei servizi, in sostituzione del precedente modello educativo, fondato sui valori morali e religiosi del secolo precedente. In ragione delle esigenze di standardizzazione dei livelli di salute che costituiscono l'essenza dello stato del benessere è invalso un paradigma di origine scientifico-medica prima di tutto e psicologica in subordine, centrato sul noto scandirsi del processo di diagnosi e conseguente trattamento" (Ibidem, p. 30).

Entro questi modelli e movimenti, gli aspetti sociali ed educativi presenti nella rete dei servizi socio-sanitari e, in misura ancor maggiore, nell'area della salute mentale, corrono fortemente il rischio di essere relegati in una logica di "riabilitazione", interamente focalizzata sullo sforzo di riportare il soggetto alle condizioni di salute (spesso intesa solamente come componente fisica e corporea) precedenti la malattia con il miglior recupero fisico possibile. In quest'ottica, anche l'apporto dei professionisti sociali ed educativi rischia di costruirsi meramente con un orientamento alla considerazione dell'aspetto patologico, in una logica anch'essa relegata entro i confini dello sguardo sanitario che non richiede tanto percorsi educativi, quanto riabilitativi e direzionati a eliminare il più possibile una patologia e le sue conseguenze (Del Giudice et al., 2009).

Le logiche di costruzione dei servizi che sin qui abbiamo ripercorso, oltre a puntare su una integrazione socio-sanitaria entro cui la spinta ha rischiato di dirigersi fortemente verso la parte sanitaria, si sono orientate, come già accennato, verso una tendenza alle logiche neo-liberiste del mercato economico contemporaneo e ad una forzata aziendalizzazione dei servizi.

La spinta verso le logiche neo-liberiste, infatti, ha fatto sì che il mercato dei servizi socio-sanitari ampliasse sempre più il panorama delle offerte disponibili, inserendosi, in questo modo, entro le logiche di funzionamento economico del mercato contemporaneo, centrate sulla produzione, sulla rendicontazione e sulla valutazione dei risultati.

In particolare, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, l'affermazione della Welfare Society o del Welfare Mix, con l'aumento delle realtà locali presenti nell'organizzazione dei servizi, sempre in bilico tra meccanismi di collaborazione e di delega, conduce all'affermazione di una cultura di tipo

privatistico/aziendale, con una logica di aziendalizzazione alla base della costruzione dei servizi, entro cui si assimila ciò che i servizi producono al risultato di produzione di qualsiasi industria (Manoukian, 2015).

In questa direzione, il paradigma sanitario, centrato su un modello diagnostico volto a risolvere i problemi di tipo bio-medico, risulta più facilmente in linea con le logiche neo-liberiste e di aziendalizzazione, e diventa sempre più il modello di orientamento anche per la parte sociale, dove “si concentra tutto ciò che non è considerato sanitario, ovvero non curabile in modo risolutivo, e che sarà affidato a operatori con competenze considerate più generiche e valutato più in termini di quanto viene speso che di quanto rende alla convivenza collettiva”. (Manoukian, 2015, p. 55).

Entro questo quadro, messo ulteriormente alla prova dalla crisi economica del 2008 e dai forti cambiamenti portati dalla pandemia di Covid-19, risulta sempre più difficile pensare ai servizi della salute mentale come un bene comune, come luoghi democratici e partecipativi entro cui uno sguardo pedagogico possa accompagnare le persone che li abitano, in qualità di utenti, ma anche di familiari e professionisti, ad agire attivamente per costruire il loro più proprio benessere, apprendendo dalle esperienze, anche di disagio, che li conducono lì: “A parole ripetiamo che il paradigma in salute mentale è biopsicosociale: per cui dobbiamo essere un po’ bio, un po’ psico e un po’ sociali. Però poi nei fatti il bio attrae molta attenzione, in quest’epoca delle neuroscienze, lo psico mantiene una posizione di rilevanza, mentre il sociale rischia spesso di occupare l’ultimo gradino” (Materzanini, 2018, p. 122),

Diventa, allora, veramente importante identificare e “coltivare” quegli aspetti, quelle esperienze, quelle figure che permettono di non smarrire completamente la rotta rispetto sia alla legittimità di uno sguardo epistemico pedagogico in salute mentale, sia alla possibilità di una sua concreta ed effettiva realizzazione. La figura dell’Esperto in Supporto tra Pari, come vedremo tra poco, potrebbe essere una delle figure che può giocare un ruolo strategico in questa direzione, ossia il ricordare la necessità di servizi di salute mentale capaci di partecipazione, di possibilità educative e di crescita autentica per chi li vive.

La figura dell’Esperto in Supporto tra Pari: una possibilità per continuare a pensare a servizi partecipativi e emancipativi?

Nei decenni successivi ai movimenti degli anni Settanta del secolo scorso, insieme ai cambiamenti nell’area della salute mentale in Italia, ma non solo, gli utenti dei servizi, i loro familiari, la loro rete di prossimità hanno iniziato ad attivare dei movimenti per dare un valore alla propria voce, ai propri diritti e anche alla propria esperienza in quanto fruitori dei servizi stessi. Andando in questa direzione, si sono costruite le prime esperienze di auto-mutuo-aiuto, di supporto tra pari, di lotta allo stigma (Carozza, 2021) che hanno cominciato a riconoscere ed esplorare il portato dell’apporto degli utenti entro la possibilità di costruire servizi inclusivi, partecipativi, orientati a una presa in carico globale e alla costruzione di autentici percorsi di recovery.

Nel contesto nazionale, alcune realtà territoriali, come Trento, Brescia, Milano, hanno particolarmente lavorato rispetto alla riflessione sulla valorizzazione dell’esperienza degli utenti, dei loro familiari, in una logica che andasse a tematizzare il portato della conoscenza acquisita tramite l’esperienza in qualità di fruitori dei servizi (Cabiati & Raineri, 2016; Cavaco et al., 2023). Importante, infatti, anche per la tematizzazione di uno sguardo epistemico pedagogico entro i servizi di salute mentale, risulta una puntuale azione di pensiero rispetto al costruito di “apprendimento attraverso l’esperienza”, in modo da non banalizzare che il semplice fatto di aver attraversato un’esperienza di malattia mentale e aver vissuto un percorso entro i servizi dell’area possa necessariamente garantire un apprendimento tale per cui potersi proporre e spendere come risorsa formativa non solo per sé, ma anche per altri (Gambacorti-Passerini, 2025). Proprio intorno a questo ragionamento, molto recentemente, sul territorio italiano sono state avviate alcune prime edizioni di percorsi formativi per le figure di quelli che internazionalmente vengono definiti “esperti per esperienza” e che, nelle diverse Regioni italiane assumono differenti denominazioni, come Esperti in Supporto tra Pari (ESP) in Lombardia. Sul territorio lombardo, in particolare, la prima edizione del corso regionale ESP si è svolta nel 2019 ed è stata realizzata in collaborazione con IAL Lombardia (Innovazione, Apprendimento, Impresa), agenzia

accreditata alla formazione (progetto Aver Voce per Essere Risorsa ID 92, finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e promosso da Regione Lombardia - DG Politiche sociali, abitative e disabilità).

Investire sulla formazione delle figure degli utenti esperti, come può essere l'ESP, significa rimanere molto centrati sulla costruzione di un lavoro in salute mentale orientato alle recovery e, dunque, che ritenga centrale lo sguardo epistemico pedagogico, dal momento che l'ESP deve chiaramente aver attraversato un personale percorso di recovery e, proprio per questo, ha costruito un sapere esperienziale che può orientare la ripresa di empowerment anche in altri soggetti.

La funzione di Esperto in supporto tra pari (ESP) è stata disegnata in modo specifico per le persone che hanno vissuto l'esperienza del disagio mentale e per favorire l'orientamento alla recovery dei servizi. Attraverso la condivisione del sapere, acquisito a partire dall'esperienza vissuta in prima persona e sviluppato in uno specifico percorso formativo, l'ESP si propone di ispirare anche negli altri speranza e fiducia nella possibilità di guarigione [...]. All'interno di un rapporto di mutuo aiuto, l'ESP funge da facilitatore dello scambio di informazioni per promuovere nei pari capacità di scelta, autodeterminazione e capacità di ricoprire validi ruoli nella comunità di vita (Mastroeni & Kauffmann, 2017, p. 11).

Ecco che, in questo modo, si delineano alcune possibilità di azione per la figura dell'esperto per esperienza (Soronen, 2024), entro cui può mettere in gioco le più proprie peculiarità del suo sapere e della sua competenza: l'essere un "ponte" tra gli utenti e gli operatori, innanzitutto, costituendosi quale riferimento per chi si trova ad entrare nei servizi e può vedere qualcuno che, pur avendo incontrato il disagio e il transito nei contesti di cura, non è rimasto "ingabbiato" in essi ma ha sviluppato un personale percorso di ripresa personale.

Non solo: l'ESP, con la sua stessa figura, ricorda la presenza attiva degli utenti nell'area della salute mentale (Kivistö et al., 2023): porta la voce di chi ha abitato i servizi in qualità di utenti e, proprio da quel percorso, ha costruito una competenza che lo ha riportato lì con un ruolo differente, che ricorda la significatività di una sua presenza attiva e partecipativa, sia nei confronti degli utenti, sia nei confronti di chi vive i servizi in qualità di professionista. L'ESP, infatti, si configura quale figura interessante per mantenere desta nei professionisti già in servizio la messa a tema dell'orientamento emancipativo dei servizi di salute mentale che, per configurarsi come luoghi di inclusione sociale devono operare proprio con uno sguardo educativo volto al generare cambiamento, possibilità esistenziali ed esperienziali inedite per i soggetti di cui si prendono cura. Inoltre, l'ESP può costituire una figura interessante nella formazione (Gambacorti-Passerini, 2025) dei professionisti di aree disciplinari differenti che opereranno in salute mentale proprio per sottolineare già durante il percorso formativo l'importanza della costruzione di uno sguardo professionale orientato alla recovery, all'empowerment dei soggetti, in vista di una loro autentica ripresa e inclusione nella vita sociale (Kimzey & Mastel-Smith, 2025).

Tutti questi aspetti di possibilità e potenzialità, si badi bene, non sono scevri da elementi di criticità e complessità (Soronen, 2024): l'ESP, infatti, quando opera all'interno dei servizi, nel suo essere un "ponte", come abbiamo scritto sopra, tra utenti e operatori, non è mai al riparo dal rischio sia di "avvicinarsi" eccessivamente alle storie, ai vissuti di chi fruisce dei servizi, sia di "non essere riconosciuto" dal gruppo dei professionisti, che maldestramente possono non valorizzare le sue potenzialità, ma relegarlo e isolarlo in secondo piano.

Prevedere la presenza dell'ESP all'interno dei percorsi formativi per i futuri professionisti, oltre alle potenzialità sopra accennate, porta in sé il rischio di circoscrivere il suo contributo entro una logica di "testimonianza", che può catturare l'attenzione dell'aula, ma relega l'ESP entro una sorta di "vetrina" che lo "mette in mostra" momentaneamente, ma solo in aspetti di superficie. Pensare, invece, una presenza dell'ESP entro i percorsi formativi in modo tale da costruire un gruppo di co-docenza (Gambacorti-Passerini, 2025) mette a contatto con molteplici aspetti di sfida e complessità. Progettare e realizzare, infatti, momenti laboratoriali, entro cui l'ESP dialoghi con studenti e studentesse impegnati in lavori di gruppo significa creare una cornice entro cui l'ESP agisca in autonomia, possa assumersi la responsabilità del suo agire e, anche, sapere di avere la possibilità di confrontarsi con altri docenti e

rileggere quanto accaduto, così da andare oltre il rischio di un'eccessiva tendenza alla "protezione" dell'ESP, che non gli consente, però, di sperimentarsi.

Nella complessità insita nella natura stessa della figura dell'ESP si celano, a nostro avviso, proprio nelle ambivalenze e nei rischi appena richiamati, le possibilità per un continuo rimando alla necessità sulla centratura dei servizi di salute mentale intorno alla costruzione di percorsi di recovery e di empowerment, alla cui base vi sia anche uno sguardo epistemico pedagogico, orientato alla crescita, all'apprendimento e al cambiamento.

Il presente contributo, dunque, senza entrare nella pragmaticità di realtà e progetti che hanno investito e lavorato sulla formazione dell'ESP e sul suo inserimento entro i servizi, ha inteso sottolineare come questa figura, esito del lungo, tortuoso e complesso percorso della costruzione dello sguardo epistemico in salute mentale, possa costituirsi quale orientamento verso una precisa direzione per il lavoro educativo, e non solo, in questa area.

Continuare a investire sulla figura dell'ESP all'interno dei servizi e dei percorsi formativi dei professionisti, ma anche sulla sua formazione, significa investire sulla possibilità di mantenere una presenza viva che richiami a un peculiare orientamento dei servizi di salute mentale: l'ESP, infatti, con la sua persona, con la sua voce, con la sua esperienza e col sapere che ha costruito a partire da questa, contribuisce a tenere viva l'attenzione sia sull'importanza della presenza degli utenti nella costruzione dei servizi, sia sulla necessità di dedicare attenzione alla possibilità di apprendimento insita nella storia di ogni soggetto che fruisce dei servizi. In questo senso, l'ESP rimanda continuamente all'area della salute mentale e a tutti i soggetti che la abitano, in qualità di utenti, di professionisti, di familiari, l'importanza che i servizi stessi si configurino quali luoghi di crescita, di cambiamento, di transito verso esiti ulteriori e inediti.

Bibliografia

- Barone, P., Orsenigo, J. & Palmieri, C. (2002). *Riccardo Massa. Lezioni su L'esperienza della follia*. Franco Angeli.
- Basaglia, F., Ongaro Basaglia, F., Pirella, A. & Taverna, S. (2008). *La nave che affonda*. Cortina.
- Binswanger, L. (2013). *La psichiatria come scienza dell'uomo*. tr. it. Mimesis.
- Cabiati, E. & Raineri, M.L. (2016). Learning from service users' involvement: a research about changing stigmatizing attitudes in social work students. *Social Work Education*, 35(8), 982-996.
- Carozza, P. (2021). Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3(2), 15-26.
- Cavaco, C., Paulos, C., Domingos, R. & Alves, E. (2023). Popular Education in an Association- expert by experience and work in tandem. *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, 14(1), 63-77.
- Civita, A. (1996). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*. Guerini e Associati.
- Del Giudice, G., Fioritti, A., Rotelli, F. & Saccottelli, G. (Eds). (2009). I servizi di salute mentale come laboratorio. *Animazione Sociale*, 39(238).
- Downs, J. (2025). From laboratory to life: Integrating diverse ways of knowing in mental health science. *Brain and Neuroscience Advances*, 9, 1-3.
- Ferrario, P. (2013). *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione. Nuova edizione*. Carocci.
- Foucault, M. (1992). *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*. tr. it. BUR.
- Franchini, R. (2001). *Costruire la comunità-che-cura. Pedagogia e didattica nei servizi di aiuto alla persona*. Franco Angeli.
- Gambacorti-Passerini, M.B. (2025). *Cosa si apprende dal disagio? Riflessioni intorno alla figura dell'Esperto in Supporto tra Pari*. Guerini e Associati.

- Gambacorti-Passerini, M.B. (2019), La psichiatria italiana dal Novecento: dalla psichiatria al concetto di salute mentale. In C. Palmieri, M.B. Gambacorti-Passerini (a cura di), *Il lavoro educativo in salute mentale. Una sfida pedagogica* (pp. 46-58). Guerini e Associati.
- Husserl, E. (1987). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. tr. it. Il Saggiatore.
- Jones, C. (2001). Voices from the Front Line: State Social Workers and New Labour. *British Journal of Social Work*, (31), 547-562.
- Kauffmann, O., Motto, D.M, Borghetti, S. & Mastroeni, A. (2017) (Eds). *ESP in cammino. L'Esperto in supporto tra pari in salute mentale tra conoscenza di sé e comprensione dell'altro*. FrancoAngeli.
- Kimzey, M. & Mastel-Smith, B. (2025). Expert by experience with dementia co-teaching: "Having an expert in every class". *Teaching and Learning in Nursing*, 1-5.
- Kivistö, M., Martin, M., Hautala, S., & Soronen, K. (2023). Facilitators and Challenges of Integrating Experts by Experience Activity in Mental Health Services: Experiences from Finland. *Community Mental Health Journal*, 59, 540–551.
- Liberman, R.P. (2012). *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Giovanni Fioriti Editore.
- Manoukian, F.O. (2015). *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei Servizi sociosanitari*. Guerini e Associati.
- Maone, A. & D'Avanzo, B. (Eds). (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Raffaello Cortina Editore.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R. et al. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- Mastroeni, A. & Kauffmann, O. (2017), Frammenti di innovazione. In O. Kauffmann, D.M. Motto, S. Borghetti & A. Mastroeni (Eds), *ESP in cammino. L'Esperto in supporto tra pari in salute mentale tra conoscenza di sé e comprensione dell'altro* (pp. 9-16). Franco Angeli.
- Materzanini, A. (2018). In salute mentale il sociale è importante. In Consorzio Cascina Clarabella (Ed), *I luoghi del possibile. Fare salute mentale oggi* (pp. 122-123). Le Matite di Animazione Sociale.
- Ottaviani, R., Vanni, D. & Vanni, P. (2004). *Trenta lezioni di storia della medicina*. Franco Angeli.
- Palmieri, C., Gambacorti-Passerini M.B. (2019). *Il lavoro educativo in salute mentale. Una sfida pedagogica*. Guerini e Associati.
- Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Etas Libri.
- Shorter, E. (2000). *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*. tr. it. Masson.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- Soronen, K. (2024). Acting as a Mental Health Expert by Experience and Its Impact on Social Identity. *Community Mental Health Journal*, 60, 179-190.