

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa"

Dottorato di Ricerca in Educazione nella Società Contemporanea

Ciclo XXXV

**IL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI:
TORNARE A EDUCARE A SCUOLA PER
PROMUOVERE LA SALUTE MENTALE**
Uno studio qualitativo

Candidata: Dott.ssa Katia Daniele

Matricola: 862721

Tutor: Prof.ssa Lucia Zannini

Supervisore: Dott.ssa Maria Benedetta Gambacorti Passerini

Coordinatore: Prof.ssa Francesca Antonacci

Indice

INTRODUZIONE.....	3
PRIMA PARTE – LE TEORIE	8
1. DALL’ADOLESCENZA AL “FARE ESPERIENZA DI ADOLESCENZA”.....	9
1.1 Dalla “scoperta” dell’adolescenza alla sua “scomparsa”	9
1.1.1 Un breve <i>excursus</i> sulle principali teorie sull’adolescenza	10
1.1.2 Uno sguardo al mondo contemporaneo per comprendere gli adolescenti “di oggi”	17
1.2 La scuola come luogo in cui fare “nuove” esperienze di adolescenza.....	28
2. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE E LA PREVENZIONE DEL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI	37
2.1 La salute mentale e il disagio: due termini, molteplici radici e significati.....	37
2.1.1 Dalla “follia” alla salute mentale: un percorso ancora in atto.....	37
2.1.2 Uno sguardo pedagogico sulle rappresentazioni del disagio.....	55
2.2 La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio nella prospettiva pedagogica....	63
2.2.1 Promozione e prevenzione: all’origine dei concetti	64
2.2.2 I luoghi dell’educazione come i luoghi della promozione della salute mentale e della prevenzione del disagio.....	71
2.2.2.1 La scuola: tra compiti d’istruzione e bisogno di promozione della salute mentale degli adolescenti.....	73
3. LA LETTERATURA SUGLI INTERVENTI EDUCATIVI PER PROMUOVERE LA SALUTE MENTALE E PREVENIRE IL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI A SCUOLA.....	79
3.1 Premessa: alla ricerca di una definizione di “intervento educativo”	79
3.2 Lo stato dell’arte sugli interventi per la promozione della salute mentale con gli adolescenti: una scoping review della letteratura	87
3.2.1 Introduzione: perché è importante fare chiarezza sulle pratiche educative di promozione della salute mentale.....	87
3.2.2 La procedura di realizzazione della scoping review	89
3.2.3 I risultati della revisione della letteratura	91
3.2.4 Un’analisi critica dei risultati della revisione.....	96
3.2.5 Conclusioni.....	101
SECONDA PARTE – LA RICERCA SUL CAMPO	102
4. PROMUOVERE LA SALUTE MENTALE E PREVENIRE IL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI A SCUOLA: UNO STUDIO QUALITATIVO.....	103
4.1 Introduzione.....	103
4.1.1 Gli adolescenti in un mondo “a disagio”	103

4.1.2	“L’urgenza” di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti: alcuni numeri.....	106
4.1.3	Le ragioni di una ricerca sulla promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli adolescenti a scuola.....	107
4.1.3.1	Le domande della ricerca	108
4.2	Soggetti e metodi	110
4.2.1	Disegno della ricerca	110
4.2.2	Setting e campionamento partecipanti	112
4.2.2.1	Il campione di insegnanti e dirigenti scolastici	114
4.2.2.2	Il campione di studenti	115
4.2.3	Strumenti di raccolta dati.....	116
4.2.3.1	Intervista semi-strutturata con gli insegnanti e i dirigenti scolastici	118
4.2.3.2	Focus group con gli studenti.....	119
4.2.4	Procedure.....	120
4.2.4.1	Modalità di svolgimento delle interviste.....	120
4.2.4.2	Modalità di svolgimento dei focus group	121
4.2.5	Metodo di analisi dei dati.....	122
4.2.5.1	Dati socio-demografici	122
4.2.5.2	Dati qualitativi interpretativi – interviste e focus group.....	122
4.2.5.3	Dati qualitativi descrittivi – interviste	123
4.3	Risultati	124
4.3.1	La voce degli insegnanti e dei dirigenti scolastici	124
4.3.1.1	I dati sui partecipanti.....	124
4.3.1.2	Le parole degli insegnanti e dei dirigenti sulla promozione della salute mentale a scuola	125
4.3.1.3	Le esperienze di promozione della salute mentale a scuola: facilitatori e ostacoli	142
4.3.2	La voce gli studenti.....	149
4.3.2.1	I dati sui partecipanti.....	149
4.3.2.2	Le parole degli studenti sulla promozione della salute mentale a scuola	150
4.4	Discussione: mettendo in dialogo i risultati con la letteratura	162
4.4.1	Un’analisi critica delle interviste agli insegnanti e ai dirigenti.....	162
4.4.2	Un’analisi critica dei focus group con gli studenti.....	177
4.4.3	Uno sguardo d’insieme sulle interviste e sui focus group.....	186
4.5	Riflessioni conclusive sulla ricerca sul campo	190
	CONCLUSIONE.....	193
	BIBLIOGRAFIA.....	196
	ALLEGATI.....	215

Introduzione

Oggi, la quotidianità che viviamo nella società occidentale sembra essere attraversata da una “crisi” costante (Bauman 2000a/2002; Benasayag, Schmit, 2003/2004; Galimberti, [2007] 2008; Palmieri, 2013c). La crisi economica, la crisi politica, la crisi della democrazia, la crisi pandemica, la crisi del lavoro, la crisi del sistema sanitario, la crisi del sistema scolastico, la crisi delle famiglie, la crisi dei valori. Una crisi che sembra essere diventata la compagna di vita delle persone, tra cui gli adolescenti, anch’essi definiti a priori “in crisi” (Barone, 2009; 2019)

Oltre che di crisi adolescenziale, è comune sentir parlare di disagio adolescenziale. Tuttavia, viste le suddette premesse, oggi, più che di crisi e di disagio adolescenziali, ci sembra più veritiero parlare di una società in crisi, di una società a disagio; dunque, di crisi e di disagio come caratteristiche intrinseche non degli adolescenti, bensì della stessa società contemporanea, in cui anche i giovani hanno dovuto imparare, in un modo o nell’altro, a *stare*. Il disagio, in questa prospettiva diviene una sorta di *condizione appresa* e, in quanto tale, oggetto di studio da parte della pedagogia (Palmieri, 2013a).

È innegabile, ormai, come tutto questo abbia delle importanti ripercussioni sulla salute mentale degli adolescenti, i quali sentono costantemente sulle loro vite il peso di un mondo preordinato dagli adulti; un mondo che, tra le altre cose, ha messo in crisi la loro possibilità di desiderare, e, di conseguenza, il futuro. L’impossibilità di proiettarsi in un futuro non è pensabile come un’esperienza che non abbia effetti sul ben-essere delle persone, ossia sul loro *Esserci*, heideggerianamente inteso, caratterizzato intrinsecamente da una progettualità che nella società contemporanea è sempre più scoraggiata, se non negata. È, quindi, inevitabile che questa situazione sociale abbia un impatto sulla salute mentale delle persone e, nello specifico, degli adolescenti.

Appare altrettanto chiaro come promuovere la salute mentale e prevenire il disagio in questa popolazione diventi ogni giorno un impegno non più procrastinabile. Tale consapevolezza richiama la responsabilità del mondo adulto, che ha quasi il *dovere* di aver cura di queste dimensioni, affinché l’importanza della promozione della salute mentale degli adolescenti non diventi uno slogan a cui far ricorso, ciclicamente, nei vari momenti di “crisi”, ma un’attenzione collettiva e una missione costante per far sì che essa venga considerata un “bene comune” indispensabile per tutti.

Se, dunque, tutto ciò richiede un impegno quotidiano, appare chiaro come la scuola, in quanto agenzia educativa cruciale e luogo della quotidianità della maggior parte degli adolescenti, a questa chiamata non possa sottrarsi. Allo stesso tempo, crediamo che a tale appello la

scuola non debba rispondere come “servizio contenitore” o risolutore della complessità contemporanea, ma, al contrario, come agenzia educativa protagonista della costruzione di un processo di crescita degli adolescenti e di dimensioni future per loro “pensabili” e “possibili”.

È a partire da queste premesse che abbiamo ritenuto rilevante approfondire la tematica del disagio a scuola e dell’imprescindibilità dell’educazione nella promozione della salute mentale degli adolescenti, come riporteremo nel dettaglio in questa tesi.

Nello specifico, nella prima parte di questo studio abbiamo sentito la necessità di affrontare alcuni presupposti di fondo. Pertanto, nel primo capitolo, sono state brevemente ripercorse le principali teorie “sull’adolescenza”, per arrivare a riprendere delle riflessioni su come queste abbiano influenzato il modo di vedere oggi gli adolescenti. Dunque, a partire da questo sguardo sul passato, abbiamo poi riportato l’attenzione dall’“adolescenza” sul “fare esperienza di adolescenza” e, quindi, sui giovani di oggi; giovani che non possono più essere racchiusi dentro una certa categoria sociale, ma necessitano, per essere visti, di essere guardati come soggetti abitanti di un mondo “preparato dagli adulti”, che, però, gli stessi adulti faticano a riconoscere.

Per poter proporre delle considerazioni circa la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli adolescenti, nel secondo capitolo ci è sembrato necessario, innanzitutto, riportare la nostra postura teorica rispetto alla salute mentale e al disagio. Grazie a tali premesse, abbiamo potuto, infatti, proporre delle riflessioni sulla stretta connessione che intercorre tra l’educazione e i costrutti di promozione e di prevenzione, in relazione alle suddette dimensioni; nonché, sugli attori e sui contesti potenzialmente partecipi di questo percorso *con e per* gli adolescenti.

Diversi anni fa, Riccardo Massa (Catella, Massa, 2000), in una lunga intervista concessa a Marino Catella, aveva considerato la prevenzione (che include, ovviamente, la prevenzione di problemi di salute mentale) come “un alibi minimalista”. Massa aveva affermato che la scuola non riusciva più a educare e quindi si “accontentava” di prevenire (i diversi tipi di rischio). Ma ciò, nella prospettiva della pedagogia, rappresentava una sconfitta, perché l’educazione (non il semplice insegnamento disciplinare) aveva teoricamente tutti gli strumenti per aiutare i ragazzi a confrontarsi col rischio, abbracciando e superando le attività preventive tradizionali. Massa riteneva che la prevenzione, tutta giocata, da un lato, su un modello moralista (di divieti di comportamenti a rischio) e, dall’altro, su un modello dell’informazione (relativamente alle conseguenze dei comportamenti a rischio) fosse sulla strada sbagliata.

[Ci] vuole un terzo modello [di prevenzione] che io chiamo dell’elaborazione pedagogica dell’esperienza e che sia un modello che, all’interno del percorso formativo del bambino, del ragazzo, del giovane, dell’adulto, consente di elaborare di volta in volta le situazioni problematiche che si presentano. Intendo

quindi *un modello che privilegia l'intervento educativo* come intervento caratterizzato da una concretezza sociale, da una sua materialità, da una sua operatività, dalla sua capacità di costituire un arricchimento, una ricostruzione, un'interpretazione dell'esperienza singola o di gruppo. La vera prevenzione a mio avviso è una prevenzione che utilizza strumenti educativi e pedagogici: altrimenti è una prevenzione di tipo moralistico predicatorio oppure di tipo nozionistico, o banalmente informativo (corsivo nostro) (ivi, p. 16).

Proprio in questa prospettiva, nel terzo capitolo abbiamo ripreso alcuni concetti fondamentali dell'educazione, per poi esporre alcuni risultati di una nostra revisione bibliografica sulle caratteristiche degli interventi e delle attività di promozione della salute mentale e di prevenzione del disagio degli adolescenti svolte a scuola, a oggi documentate a livello internazionale, analizzandone criticamente il loro carattere informativo *versus* educativo (Daniele et al., 2021). Un dato forte che emerge, da questa disamina della letteratura internazionale, è che, anche se molti interventi effettuati a scuola per promuovere la salute dei ragazzi possono definirsi "educativi", ossia caratterizzati da una concretezza sociale, da una materialità, da una operatività e dalla sua capacità di costituire un arricchimento, "una ricostruzione, un'interpretazione dell'esperienza singola o di gruppo" (Catella, Massa, 2000, p. 16), essi sono quasi sempre gestiti da professionisti *esterni* alla scuola, che entrano in questo contesto "una tantum", effettuano gli interventi preventivi, li valutano e se ne vanno.

Alla luce di queste premesse teoriche e di questi dati restituitici dalla letteratura, ci siamo chiesti: cosa vuol dire oggi nella scuola fare prevenzione in generale e, specificamente, del disagio mentale? I modelli di riferimento sono sempre quello moralistico e/o quello informativo o si sta diffondendo l'idea di una prevenzione intesa come "elaborazione pedagogica dell'esperienza"? Che ruolo hanno, in tutto questo, gli insegnanti? Precedenti ricerche, svolte nel contesto scolastico italiano, avevano segnalato che la prevenzione del disagio e, specificamente, dei problemi di salute mentale dei ragazzi, non era considerato dagli insegnanti un loro compito professionale (Gambacorti et al., 2018).

A partire dal quadro sopra delineato e dai quesiti poc'anzi riportati, nella seconda parte di questa tesi abbiamo presentato i metodi e i risultati di una ricerca qualitativa riguardante il tema della promozione della salute mentale e della prevenzione del disagio a scuola. Tale ricerca ha visto la partecipazione, in una prima fase, di un gruppo di insegnanti e dirigenti scolastici delle scuole superiori e, in una seconda fase, di un gruppo di studenti dell'ultimo anno di scuola superiore di secondo grado. Nel dettaglio, sono state esplorate le rappresentazioni, le riflessioni, i vissuti dei partecipanti circa salute mentale e il disagio degli adolescenti, oltre che il ruolo percepito del docente e della scuola nella promozione dell'una e nella prevenzione dell'altro.

Abbiamo, dunque, discusso quanto emerso da tale indagine, tenendo in considerazione soprattutto la prospettiva pedagogica esplorata nel corso della prima parte di questa ricerca.

Ciò che ci pare rappresenti il contributo specifico di questo studio è, oltre al metodo di ricerca qualitativo (Mortari, 2007; Smith et al., 2009), che è finalizzato a comprendere un fenomeno più in profondità, nelle sue diverse sfaccettature, è la tecnica di campionamento dei soggetti da noi utilizzata, di tipo propositivo. Abbiamo quindi cercato di selezionare, anche attraverso l'aiuto di pedagogisti che conoscevano bene il mondo della scuola – specialmente nella Regione in cui è stato svolto lo studio (Lombardia) –, degli insegnanti e dei dirigenti particolarmente esperti sui temi della prevenzione e altresì attenti, per esperienza e/o background culturale, alle questioni del disagio mentale. La stessa tecnica di campionamento è stata utilizzata per gli studenti. In questo caso, abbiamo chiesto agli insegnanti, mediante tecniche di campionamento *snowballing*, di indicarci degli studenti (non loro allievi) che avevano dimostrato interesse e/o si erano impegnati in varie iniziative scolastiche, tra le quali quelle preventive.

Le scelte metodologiche che abbiamo effettuato ci hanno permesso di raccogliere uno sguardo molto profondo e sfaccettato sul disagio a scuola, che, pur essendo uno sguardo interno, non rappresenta, per ovvie ragioni, la posizione del mondo della scuola sul malessere e sulle strategie che gli insegnanti possono utilizzare per aiutare i ragazzi a far fronte a esso.

Come vedremo nel capitolo dedicato ai risultati della nostra ricerca, gli insegnanti e i dirigenti hanno dimostrato elevata consapevolezza del disagio che caratterizza l'esistenza di molti loro studenti, anche e soprattutto, dopo la pandemia da Covid-19. Al contempo, quei professionisti hanno indicato la necessità di tornare a educare per prevenire il disagio a scuola, posizionandosi in linea con il terzo modello indicato da Massa per la prevenzione, intesa come “elaborazione pedagogica dell'esperienza”:

L'altro obiettivo, secondo me, è quello di aiutare i ragazzi a leggere le esperienze che fanno, cioè, come dire... la scuola... intanto far sentire, far vivere l'esperienza scolastica, cioè che quella è un'esperienza che può essere messa sotto la lente, no, quindi far sentire che loro stanno vivendo un'esperienza, non stanno parcheggiati lì, quindi... E poi dare a loro la... gli strumenti per leggere tutte le esperienze, dalla gita al, all'esperienza ad esempio adesso che si fanno di PCTO, che sono quelle che si chiamavano prima di alternanza scuola lavoro, a un'esperienza un project work che, che fanno un'esperienza di gruppo in classe, cioè come dire, accompagnare sempre quello che viene, viene proposto [Flavia, Insegnante]¹.

Gli studenti, dal canto loro, hanno indicato come non vi sia tanta consapevolezza e attenzione sulle suddette tematiche nel loro contesto scolastico; un'attenzione che questi considerano invece necessaria. Anch'essi, inoltre, come i professionisti dell'educazione, intravedono

¹ Parti di testo originali delle interviste con gli insegnanti e i dirigenti scolastici.

nel docente la figura che potrebbe promuovere il benessere mentale a scuola quotidianamente; l'adulto che potrebbe insegnar loro a vivere; tuttavia, ciò viene attualmente percepito dagli adolescenti del nostro studio come compromesso dall'incapacità della maggior parte degli insegnanti di svolgere questo ruolo:

La scuola dovrebbe andare a selezionare, diciamo, meglio i professori, perché c'è chi si basa soltanto sulla teoria, noi studiamo e... però, non pensano anche alla persona. Loro devono andare avanti con il loro programma e devono farti capire come si sta al mondo [Matteo, Studente]².

Al contrario, i docenti sono, per lo più, riconosciuti da questi come dei promotori di contesti altamente performativi, nei quali giocano per lo più il ruolo di “giudici” e dei “valutatori”; cosicché, da promotori di benessere, divengono promotori di disagio.

Nella parte finale dei risultati mettiamo in dialogo quanto emerso dagli insegnanti e dagli adolescenti. Diversi aspetti accomunano le loro posizioni sulla salute mentale e sul disagio, come, per esempio, una visione della salute mentale come dimensione fondamentale, soprattutto per gli adolescenti, e non basata su un modello “patogenico” (concentrarsi sui rischi per promuovere salute), ma “salutogenico” (concentrarsi sulle risorse degli individui per promuovere benessere); il riconoscimento della radice “ambientale” del disagio che gli adolescenti sperimentano quotidianamente; e ancora, il “circolo vizioso” del disagio, dunque, un disagio che alimenta se stesso, in un processo circolare; inoltre, la percezione di un disagio provocato dalle pressioni costanti e dalle aspettative esasperate riposte dal mondo adulto sugli adolescenti. Va tuttavia sottolineato che su altri aspetti, insegnanti/dirigenti e studenti hanno posizioni diverse, come per esempio sul concetto di salute mentale: mentre i primi sono più propensi a considerare tale dimensione un *processo* da tutelare e connesso alla dimensione della “progettualità”, i secondi la concepiscono come un *risultato* da raggiungere; il fine a cui sembrano voler tendere gli adolescenti dei focus group è “essere tranquilli”. Inoltre, mentre per gli insegnanti/dirigenti vedono soprattutto la società come contesto in cui ricercare i fattori che alimentano il disagio degli adolescenti, gli studenti percepiscono il proprio contesto scolastico come il luogo che maggiormente provoca disagio nelle loro vite.

Nella conclusione del nostro percorso di ricerca riflettiamo su alcune piste di lavoro, e di ulteriore ricerca, indicateci dai partecipanti. Ma su questo dobbiamo rimandare il lettore alla Conclusione di questo studio.

² Parti di testo originali dei focus group con gli studenti.

PRIMA PARTE – LE TEORIE

1. Dall'adolescenza al “fare esperienza di adolescenza”³

L'adolescenza evoca in modo immediato l'idea di complessità. Questa può essere ricondotta alle molteplici rappresentazioni e teorie, spesso divergenti, che sono state formulate nel corso dei decenni: biologiche, psicologiche, cognitive, culturali e sociali. Dunque, a partire da uno sguardo al passato, che ha influenzato il modo di vedere l'adolescenza e gli adolescenti oggi, cercheremo di proporre delle riflessioni, che possano riportare l'attenzione sugli adolescenti non come “oggetti” di un discorso e racchiusi dentro una certa categoria sociale, bensì come soggetti abitanti di un mondo “preparato dagli adulti”, ma che gli stessi adulti faticano a riconoscere (Palmieri, 2013c, p. 75).

Considerando una prospettiva pedagogica, nel corso dei paragrafi, discuteremo dell'esigenza di spostare l'attenzione dai vari tentativi di teorizzazione e rappresentazione dell'adolescenza all'importanza di rinnovare lo sguardo su di essa, per poter comprendere le “molte adolescenze” (Ammaniti, 2019, p. 121). Uno sguardo che sia capace di leggere l'adolescenza come un “sistema complesso di mutazione” (Barone, 2009, p. 92; 2019), caratterizzato da momenti cruciali che istituiscono le basi per diventare adulti; tutto ciò implica il porre l'attenzione non sul “che cos'è l'adolescenza”, bensì su “quali sono i modi di fare esperienza di adolescenza nella realtà contemporanea” (Barone, 2019, p. 31).

1.1 Dalla “scoperta” dell'adolescenza alla sua “scomparsa”

Oggi l'adolescenza è considerata da alcuni autori e studiosi una “costruzione culturale e sociale”, poiché derivante dalle trasformazioni della società e dalle metamorfosi culturali del '900 (Lutte, 1986; Savage, 2007/2012; Ammaniti, 2018; Bruzzone, 2018; Cambi, 2018, p. 9). Alcune principali teorie che si sono susseguite nel corso di tale secolo hanno favorito la nascita e lo sviluppo del “costrutto di adolescenza”, spesso facendo di questa “oggetto” di teorizzazioni soprattutto di stampo universalistico, fino ad arrivare a quello che, secondo alcuni autori, sembra aver decretato il suo dissolvimento (Fass, 2016; Ammaniti, 2018; Barone, 2019). Nei prossimi sotto-paragrafi andremo a ripercorrere, seppur sinteticamente, alcune tappe fondamentali di questo percorso.

³ Con l'espressione “fare esperienza di adolescenza”, che riprenderemo più volte nel corso di questo Capitolo, facciamo riferimento alla tesi pedagogica proposta da Pierangelo Barone (tra i pedagogisti che più si sono occupati di studi e ricerche di pedagogia dell'adolescenza), secondo il quale, nella società contemporanea, “quel che resta dell'adolescenza [è] il modo di farne esperienza” (ivi, 2019, p. 10).

1.1.1 Un breve *excursus* sulle principali teorie sull'adolescenza

L'interesse verso l'adolescenza come "oggetto di studio" è abbastanza recente. È, infatti, a partire dalla fine del XIX secolo che, nelle società occidentali, l'adolescenza inizia a essere considerata come una fase della vita distinta da quella dell'infanzia e adulta (Ariès, 1960/1968). Le cause di questa nuova attenzione sono da rintracciare nei profondi mutamenti sociali ed economici che interessarono quegli anni e, di conseguenza, nel miglioramento delle condizioni di vita della classe lavoratrice. Infatti, proprio tale condizione di maggior agio, la regolamentazione e poi l'abolizione del lavoro minorile, l'istituzione dell'istruzione obbligatoria (scolarizzazione di massa) nelle società occidentali permisero l'interruzione del brusco passaggio dalla condizione di bambino a quella di adulto (età in cui ci si poteva dedicare all'attività, lavorativa e/o familiare, prevista dalla propria classe sociale) e, dunque, la "scoperta" dell'adolescenza (Lutte, 1986; Ammaniti, 2018, p. 39).

Uno dei primi autori a proporre una teoria sull'adolescenza fu lo psicologo di matrice positivista Stanley Hall (1847-1924), pubblicando quello che fu considerato il primo testo scientificamente fondato sull'argomento: *Adolescence: its psychology and the relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (1904). Influenzato dalle teorie evoluzionistiche del tempo, Hall operò un trasferimento alla psicologia della teoria della ricapitolazione riformulata da Ernst Haeckel. Così come quest'ultimo affermava che l'ontogenesi ripercorre le tappe della filogenesi – ossia che lo sviluppo di ogni organismo biologico riassume i momenti dello sviluppo evolutivo della propria specie –, Hall sosteneva che anche nello sviluppo psicologico di una persona si ripetono le varie fasi dell'evoluzione della specie umana. Oltre alla rigosità e sistematicità della ricerca scientifica su questa specifica fase del ciclo umano, la grande novità apportata dagli studi di Hall fu quella di considerare l'adolescenza come un qualcosa che va oltre la definizione di pubertà, dando particolare enfasi agli aspetti emotivi (Ammaniti, 2018). L'adolescenza veniva considerata, infatti, dall'Autore come una "nuova nascita, in cui nascono i tratti umani più completi. Le qualità del corpo e dell'anima che emergono sono di gran lunga le più nuove" (Hall, 1904, cit. in Ammaniti, 2018, p. 42). Con essa avveniva un totale rinnovamento di tutti gli aspetti della mente e della personalità del soggetto e il mondo appariva a lui "strano e nuovo" (Palmonari, [1993] 2011; Savage, 2007/2012, p. 149): l'adolescente, rispetto al bambino, non era più tanto interessato al mondo esterno, quanto piuttosto era proteso a sviluppare una vita interiore, grazie a una maturata capacità di introspezione (Palmonari, [1993] 2011). A questa definizione di adolescenza, e a essa collegata, Hall affiancava quella di *Sturm und Drang* (o *storm and stress* in inglese), ossia "impeto e

assalto”. Secondo lo psicologo, infatti, il passaggio dall’infanzia all’adolescenza, che faceva apparire il mondo diverso da come era prima, avveniva in maniera drammatica, il che rendeva quest’ultima una fase della vita caratterizzata da tensioni spesso contrastanti e contraddittorie (ibidem; Ammaniti, 2018). L’adolescenza veniva, quindi, presentata dall’Autore come

l’età delle tempeste emozionali, degli innamoramenti irrazionali e degli odi ciechi, delle prese di posizione estremistiche, della fiducia smisurata nelle proprie forze e della disperazione per i propri limiti, della voracità intellettuale e sentimentale, e della rinuncia romantica sino all’autodistruzione, dei continui conflitti coi genitori e della propensione al rischio (Palmonari, [1993] 2011; p. 16).

Tali caratteristiche, per Hall, erano connesse ai cambiamenti biologici e, dunque, costanti e universali. Egli credeva, infatti, che esse fossero il prodotto di fattori fisiologici geneticamente determinati: erano le forze interne di maturazione a controllare e a dirigere, secondo lo psicologo, lo sviluppo, la crescita e il comportamento dell’adolescente che, quindi, non risentivano affatto delle variabili ambientali e culturali (Baldascini, 1993). Le teorie di Hall si diffusero rapidamente e diedero l’impulso ad altri autori ad affrontare e a studiare le tematiche adolescenziali (Palmonari, [1993] 2011). Al di là della teoria della ricapitolazione, ormai superata, molte delle idee dello psicologo possono essere rintracciate anche oggi giorno in varie pubblicazioni di carattere divulgativo, oltre che nelle rappresentazioni, nei linguaggi, nei pensieri che fanno generalmente dell’adolescenza una fase particolare della vita caratterizzata dallo *storm and stress* (ibidem).

Al pensiero di Hall si contrappose quello dell’antropologa statunitense Margaret Mead (1901-1978). Quest’ultima, infatti, grazie alla sua ricerca riguardante alcune ragazze dell’isola Tau dell’arcipelago di Samoa (Pacifico meridionale) – pubblicata nel suo saggio *Coming of Age in Samoa* (1928) –, mise in discussione l’assunto di universalità delle caratteristiche fisiologiche e psicologiche dell’adolescenza (Palmonari, [1993] 2011; Ammaniti, 2018). Mead, infatti, constatò come la cultura svolgesse un ruolo centrale nei cambiamenti che avvenivano in adolescenza (Palmonari, [1993] 2011). Gli abitanti di Tao, infatti, ricevevano fin da bambini un’educazione alla sessualità e alle relazioni sociali e di gruppo molto diversa dalle società occidentali, come quella degli Stati Uniti (a cui Mead faceva maggiormente riferimento). L’adolescente, dunque, era preparato a ricevere maggiori responsabilità rispetto al bambino, ma non a ottenere lo status di adulto, ossia a essere riconosciuto tale dalla società. Durante la pubertà sia i ragazzi sia le ragazze iniziavano ad assumere, quindi a sperimentare, i comportamenti adulti per quello che riguardava il piano sociale e il piano sessuale. In questo modo l’adolescenza era un periodo di transizione, tanto a livello culturale quanto a livello fisiologico, e

l'essere stati preparati a questo fin dalla prima età sembrava consentire un passaggio non caratterizzato, necessariamente, da tensioni e turbamenti (ibidem). L'Autrice, concludendo che "l'adolescenza è un fenomeno culturalmente specifico" (ivi, p. 21), proponeva di seguire l'esempio di Samoa come possibile riduzione delle difficoltà riscontrate in adolescenza nelle società occidentali. Questo, paradossalmente, appariva quasi come un tentativo, da parte di Mead, di proporre una soluzione generale, così come lo era stata la tesi proposta da Hall, contrastata dalla stessa antropologa. La cultura di Samoa, da quest'ultima descritta, era caratterizzata da una consolidata gerarchia per età, da norme comportamentali e da pratiche lavorative ben definite e condivise; situazione ben lontana dalla molteplicità e complessità della cultura occidentale. Tuttavia, il lavoro di Mead, oltre che degli antropologi della sua scuola, ha rappresentato un importante cambio di sguardo sull'adolescenza, avendo posto in primo piano la stretta dipendenza tra la "forma" e la "durata" dell'adolescenza e la cultura nella quale questo "fenomeno" si situa (ibidem). Inoltre, alquanto lungimirante e attuale sembra il suo invito alla "educazione alla scelta", argomento a cui ha dedicato un capitolo del suo volume e di cui riportiamo un periodo particolarmente significativo:

Dobbiamo rivolgere tutti i nostri sforzi a preparare i ragazzi per le scelte che dovranno affrontare. L'educazione [...] invece di essere la difesa di un sistema, il tentativo disperato di formare una particolare mentalità che resista a tutte le influenze dal di fuori, deve appunto essere una preparazione proprio per quelle influenze [...]. Ai bambini si deve insegnare a sapere pensare e non ciò che devono pensare (Mead, 1928/1964, p. 202).

All'orientamento degli studi sull'adolescenza di stampo psicobiologico di Hall e a quello socio-antropologico appena discusso, si affiancò quello psicoanalitico. Fu Anna Freud (1895-1982) a proporre una riflessione psicoanalitica sull'adolescenza, soprattutto nel suo testo *L'io e i meccanismi di difesa* (1936) (Palmonari, [1993] 2011). A partire dalla teoria della ricapitolazione psicologica sviluppata dal padre, Sigmund Freud, la psicoanalista descriveva la pubertà come la prima ricapitolazione del periodo sessuale infantile, che, in accordo con le teorie psicoanalitiche, veniva considerato l'inizio della vita sessuale. Secondo Anna Freud, durante questo momento di ricapitolazione nasce un conflitto tra l'Es particolarmente potente e un Io ancora relativamente debole. Nella lotta nel frenare gli impulsi istintivi sessuali (condizionati dal processo fisiologico della pubertà), l'Io, rafforzato durante il periodo di latenza insieme al Super-Io, si oppone in maniera rigida attuando dei meccanismi di difesa. Secondo Anna Freud, due dei principali atteggiamenti adottati dall'Io in questa lotta sono: l'ascetismo e l'intellettualizzazione. Il primo si riferisce a un meccanismo proibizionistico esteso a qualsiasi istinto di natura sessuale senza, tuttavia, fornire un qualsiasi appagamento sostitutivo al piacere, come avviene

in una comune rimozione, derivante anche solo da fantasie di natura sessuale. Questo, alcune volte, causa lo slittamento dell'ascetismo in eccessi istintuali. L'intellettualizzazione, invece, segue all'ascetismo e consiste nell'elaborazione del conflitto istintuale a livello di pensiero conscio, che viene così confinato all'interno dell'individuo. In tal modo, quest'ultimo ottiene una parziale soddisfazione trasformando la "fuga ascetica" dall'istinto in un trasporto verso di esso (ivi, p. 19). Altri meccanismi di difesa dell'Io sono la rimozione, soprattutto verso la fissazione degli oggetti dell'amore infantili, producendo un isolamento verso le figure parentali. Questo può comportare un disinvestimento affettivo, derivante dalla rottura tra Io e Super-Io, il che provoca senso di solitudine e asocialità. A questo consegue uno spostamento verso altri oggetti di ammirazione o idealizzazione, ossia coetanei o altri adulti (ibidem). L'adolescenza veniva quindi presentata come una fase di tumulto in cui l'individuo è scombussolato dalle forze provenienti dal risveglio del mondo pulsionale e, allo stesso tempo, soggetto al controllo dell'Io che intensifica l'impegno nel controllare queste forze. Il conflitto emergente da questo scontro poteva portare, secondo Anna Freud, a due esiti: in caso positivo, alla formazione del carattere, in caso negativo alla formazione di sintomi nevrotici (Palmonari, [1993] 2011).

La nozione di "carattere" venne ripresa, qualche anno più avanti, da un altro psicoanalista, Peter Blos (1904-1997). Egli, nel suo testo *On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation* (1962), descrisse tale concetto come "un aspetto della personalità che modella le risposte di ogni individuo agli stimoli che provengono sia dall'ambiente sia dal sé" (Palmonari, [1993] 2011, p. 20). L'adolescenza veniva presentata dall'Autore come un percorso dinamico, caratterizzato da fasi temporali specifiche, ossia: la prima adolescenza, durante la quale ci si confronta con i cambiamenti del corpo e con la maturazione sessuale; l'adolescenza vera e propria, quando avviene il distacco psicologico dal mondo familiare; la tarda adolescenza, in cui si determinano le scelte e gli orientamenti personali sulla base di identificazioni mature. Al termine di questo percorso il carattere del soggetto acquisisce una struttura stabile, grazie al superamento di alcune sfide evolutive⁴ (Ammaniti, 2018).

Le teorie psicoanalitiche hanno apportando un considerevole contributo agli studi sull'adolescenza, avendo dato grande attenzione alla sfera intrapsichica del soggetto e avendo innalzato questa fase della vita da semplice "transizione" a percorso necessario per la ristrutturazione e consolidamento dell'entità psicologica personale (Palmonari, [1993] 2011; Barone, 2009). Tut-

⁴ Il concetto di "superamento di sfide evolutive" è molto affine a quello di "superamento dei compiti di sviluppo", approfondito nelle pagine successive di questo sotto-paragrafo.

tavia, se da un lato, tali teorie hanno proposto delle spiegazioni ad alcuni dei fenomeni generalmente osservati nel comportamento adolescenziale, dall'altro, hanno anche supportato lo sviluppo di una interpretazione eccessivamente "patologizzante" dell'adolescenza (Barone, 2009, p. 88). Tale visione venne in qualche modo arginata dallo psicologo e psicoanalista Erik Erikson (1902-1994), il quale, grazie alla sua formazione multidisciplinare (psicoanalitica a Vienna e antropologica culturale negli USA), fece da ponte tra l'interpretazione psicoanalitica e quella socio-antropologica dell'adolescenza. Egli, infatti, concepiva "lo sviluppo umano come una continua ricerca di integrazione tra la maturazione biologica e l'appartenenza al sistema sociale", il che costituisce l'unicità di ogni soggetto (Palmonari, [1993] 2011, p. 35). Erikson, nei suoi più importanti testi, *Childhood and society* (1959) e *Identity, Youth and Crisis* (1968), propose una teoria che vedeva l'adolescenza non come l'ultimo stadio di sviluppo dell'individuo, bensì come *uno* di questi stadi, che vanno dalla nascita alla morte. Il ciclo di vita di ciascun individuo, infatti, veniva inteso dall'Autore come costituito da diversi periodi critici dello sviluppo che determinano un conflitto, il quale deve essere risolto per poter accedere agli altri stadi. La risoluzione di tali conflitti non implica soluzioni del tipo "tutto o nulla", bensì la ricerca di un nuovo equilibrio per ogni periodo critico di sviluppo, il quale auspicabilmente deve propendere verso il polo positivo, senza tuttavia assestarsi esclusivamente su questo. La fase adolescenziale veniva proposta da Erikson come il quinto stadio di sviluppo, nel quale i soggetti sono spinti a chiedersi "Chi sono e dove sto andando?". Per rispondere a tale quesito, essi possono muoversi verso due poli, ossia verso "l'acquisizione dell'identità" o verso "la confusione dei ruoli". L'orientamento verso il primo polo conduce alla "fedeltà", ossia al rimanere fedeli ai propri impegni e valori. In generale, secondo l'Autore, in qualsiasi stadio di sviluppo, il raggiungimento dell'equilibrio è determinato dal modo migliore che l'individuo trova nell'adattarsi alla nuova situazione e, quindi, dalle risposte che ottiene a livello sociale. Inoltre, tale posizione condiziona la ricerca di equilibrio delle ulteriori fasi di sviluppo (Palmonari, [1993] 2011).

Le teorie di Erikson ebbero parecchia risonanza nel modello psicosociale degli studi sull'adolescenza. Basti pensare alla nozione di ricerca e costruzione della propria identità, grazie a un periodo di sperimentazione ed esplorazione, da Erikson definito "moratoria sociale" (Barone, 2009, p. 88; Ammaniti, 2018, p. 82). Inoltre, dalle suddette teorie sono derivati alcuni concetti rivoluzionari negli studi sull'adolescenza, come quello di "compiti di sviluppo". Tale

definizione è stata proposta, qualche anno dopo, dal teorico dell'età evolutiva Robert Havighurst (1900-1991), il quale, nella sua pubblicazione *Development Tasks and Education* (1952), descrisse i compiti di sviluppo come:

I compiti che l'individuo deve affrontare [e sono] il presupposto di una crescita sana e soddisfacente della nostra società [...]. Un compito di sviluppo è un compito che si presenta in un determinato periodo della vita di un individuo e la cui buona risoluzione conduce alla felicità e al successo nell'affrontare i problemi successivi, mentre il fallimento di fronte a esso conduce all'infelicità, alla disapprovazione da parte della società e a difficoltà di fronte ai compiti che si presentano di seguito (Havighurst, 1952, cit. in Palmonari, [1993] 2011, p. 43).

Da questa descrizione emerge un'interessante novità apportata dall'Autore, ossia la grande influenza delle aspettative sociali circa le competenze che un soggetto *deve* avere in base a uno specifico stadio di sviluppo che, se non soddisfatte, hanno delle ripercussioni sul benessere dello stesso soggetto. Infatti, in base a questa visione, molteplici sono i compiti che si susseguono della vita di ciascun individuo, i quali devono essere risolti in tempi opportuni e attesi "socialmente". Tali compiti, infatti, non sono soltanto quelli i cui tempi sono determinati "biologicamente", come per esempio "imparare a camminare" (compito da affrontare definitivamente nell'infanzia), ma sono anche quelli socio-culturalmente stabiliti, come per esempio "imparare a essere cittadini responsabili" (ibidem). Di conseguenza, alcuni, come i primi, possono essere considerati costanti e universali, altri, come i secondi, molto variabili, poiché determinati dalle richieste sociali (Palmonari, [1993] 2011). Allo stesso tempo, secondo l'Autore, alcuni compiti possono essere "non ricorrenti", altri "ricorrenti". I compiti non ricorrenti sono definiti tali in quanto esistono dei periodi specifici della vita in cui si presentano e devono essere affrontati, come appunto "imparare a camminare". Quelli ricorrenti, invece, si manifestano per un lungo periodo di tempo o, addirittura, per tutto l'arco della vita, come per esempio "imparare a farsi degli amici". In questi casi, ciò che cambia durante le varie fasi di sviluppo non è il compito, bensì il modo di affrontarlo da parte del soggetto. Havighurst arrivò a definire dieci compiti di sviluppo specifici dell'adolescenza, individuando come elemento costante e specifico "la ricerca dell'indipendenza"⁵.

⁵ I dieci compiti di sviluppo individuati da Havighurst come tipici del periodo adolescenziale (12-18) sono:

- instaurare relazioni nuove e più mature con i coetanei di entrambi i sessi;
- acquisire un ruolo sociale femminile e maschile;
- accettare la propria maturità fisica;
- conseguire indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti;
- raggiungere la sicurezza dell'indipendenza economica;
- orientarsi verso, e prepararsi per, un'occupazione o professione;
- prepararsi al matrimonio e alla vita familiare;
- sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per la competenza civica;
- desiderare e acquisire un comportamento socialmente responsabile;
- acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento.

Nonostante l'Autore avesse proposto una teoria sull'adolescenza che dava enfasi all'intreccio tra le componenti sociali e culturali e quelle biologiche e personali (Barone, 2009), egli, tuttavia, indicò dei compiti di sviluppo che riflettevano quasi esclusivamente i compiti "tipici" di un gruppo sociale specifico degli anni '50: adolescenti bianchi americani di classe media (Palmonari, [1993] 2011); non vi è, per esempio, accenno a compiti connessi al dover affrontare delle difficoltà economiche. Pensando alle società occidentali "complesse e pluraliste", come la nostra (ivi, p. 45),

I compiti di sviluppo non sono [...] difficoltà che esistono per ogni adolescente, sempre uguali e inevitabili. Bensì si definiscono nel rapporto fra l'individuo, la sua appartenenza sociale e l'ambiente in cui è inserito: in certe condizioni sono numerosi ma possono essere affrontati senza drammi, in altre appaiono particolarmente difficili, creando frustrazioni, angoscia, senso di impotenza che portano irrequietezza, aggressività e, al limite, apatia (ibidem).

Come, infatti, riporta Palmonari ([1993] 2011), i compiti di sviluppo degli adolescenti risultano utili non tanto nell'accezione di "lista" di singoli compiti universali e a cui fare riferimento per "studiare" l'adolescenza, quanto, piuttosto, come classi di compiti, tra loro connessi, da porre in relazione ai cambiamenti che si verificano durante questo periodo di vita: l'esperienza della pubertà; l'allargamento degli interessi personali e sociali e l'acquisizione del pensiero deduttivo; la problematicità dell'identità (ibidem).

L'importanza alle variabili sociali e culturali nella definizione di una teoria dell'adolescenza è stata messa in rilievo da alcuni dei maggiori teorici della psicologia dello sviluppo dei tempi recenti, tra cui Lev Vygotskij (1896-1934) e, successivamente, da Jerome Bruner (1915-2016). Entrambi consideravano la cultura come determinante lo sviluppo della mente, come fattore intrinseco della mente, e non a essa sovrapposta, come pure la dimensione sociale. Bruner, infatti, che riprendeva Vygotskij, descriveva la cultura come

il fattore principale che contribuisce a dar forma alla mente, poiché rappresenta la realtà a cui adattarsi e, nel contempo, l'insieme degli strumenti per farlo. Il compito specifico degli esseri umani è la costruzione di significato che avviene attraverso l'uso congiunto del pensiero logico-scientifico e del pensiero narrativo (Confalonieri, Grazzani, 2005, p. 31).

Secondo l'Autore, è la narrazione, su cui il pensiero narrativo si radica, che permette al soggetto di organizzare l'esperienza, di costruire il sé e di trasmettere i significati (ibidem). In questo processo, in qualche modo, il soggetto viene descritto come una "mente attiva", poiché è colui che partecipa al proprio sviluppo cognitivo, grazie alle rappresentazioni, ossia all'elaborazione di informazioni derivanti dall'ambiente e che il soggetto codifica in una certa forma per poter stare in quel dato ambiente. I due Autori, seppur provenienti da due modelli interpretativi e contesti storico-culturali diversi (il primo dalla psicologia storico-culturale della scuola

sovietica degli anni Trenta, il secondo dalla psicologia cognitivista statunitense ed europea degli anni Sessanta), con le loro teorie hanno contribuito a mettere in discussione il paradigma della “crisi”, come fattore determinante lo sviluppo intrapsichico adolescenziale e, di conseguenza, dei modelli psicologici patologizzanti, che sono, tuttavia, ancora oggi, molto diffusi (Barone, 2009).

L’intento del nostro breve excursus fin qui presentato, sicuramente non esaustivo, è stato quello di ripercorrere sommariamente alcune delle tappe e teorie principali sull’adolescenza, che hanno consentito di porre la giusta attenzione, nell’ambito della ricerca, a un periodo significativo dell’esistenza di ogni persona. Al contempo, questo percorso ci permette di comprendere, in qualche modo, come tali teorie abbiano contribuito a forgiare un’immagine dell’adolescenza come fase in cui possono essere rintracciati negli individui dei tratti distintivi, generalmente negativi e addirittura patologici. Caratteristiche che nel tempo sono state “naturalizzate” in veri e propri “items evolutivi” (per esempio, rabbia, aggressività, asocialità) (Barone, 2009, p. 81) e che fanno dell’adolescenza un periodo fisiologico di *storm and stress*, di transizione, di turbamento, di crisi identitaria (Barone, 2019). Tale immaginario riduce, dunque, l’adolescenza a qualcosa di prevedibilmente funesto, che, come tale, deve essere prevenuto o affrontato. Sembra esserci, infatti, una resistenza da parte degli adulti a riconoscere la propria responsabilità circa i cambiamenti sociali e culturali in cui si viene a collocare il “disordine” adolescenziale; al contrario, sembra che essi riescano a intercettare facilmente negli adolescenti degli atteggiamenti “non conformi”, considerandoli l’espressione di una fragilità e instabilità tipica di questa età (Barone, 2009). In altre parole, sembra emergere la difficoltà degli adulti di vedere “la crisi adolescenziale” come un riflesso di un mondo in crisi, di un mondo a disagio⁶ (Bauman 2000a/2002; Benasayag, Schmit, 2003/2004; Galimberti, [2007] 2008; Barone, 2009; 2019; Palmieri, 2013c).

1.1.2 Uno sguardo al mondo contemporaneo per comprendere gli adolescenti “di oggi”

Riprendendo il termine *adolescente* (dal latino *adolescens -entis*, participio presente di *adolescere* «crescere»)⁷, comprendiamo quanto esso sia connesso a un compito specifico atteso da un soggetto *in crescita*, ossia al compito di divenire adulto. Se da un lato, dunque, questa descrizione può apparire risolutiva (anche se, ovviamente, riduttiva) nel definire chi è l’adole-

⁶ La tematica del disagio verrà approfondita in chiave pedagogica nel Capitolo 2.

⁷ Si veda: <https://www.treccani.it/vocabolario/adolescente/> (ultimo accesso: 12/11/22).

scente, dall'altro, può essere considerata il punto di partenza per riflettere sulle effettive possibilità che tale soggetto ha per intraprendere e “concludere” tale percorso nella società contemporanea.

Il processo di crescita e di transizione verso l'età adulta, implicito già nelle teorizzazioni di Hall – il quale ricordiamo, tra le altre cose, parlava di adolescenza come di una “seconda nascita” (concetto che ritroviamo anche in divulgazioni più recenti) (Pellizzari, 2010) –, sembra essere oggi contrastato dalla stessa società. Ammaniti, in uno dei suoi ultimi libri, *Adolescenti senza tempo* (2018), fa riferimento a tale processo proponendo la metafora di “una freccia lanciata verso il futuro [che] negli ultimi anni si è fatta sempre più lenta, fino a fermarsi” (ivi, p. 104). L'adolescente, secondo la visione dell'Autore, è una “freccia ferma”, poiché tende, in quanto costretto dalla società, a delimitare la sua vita nel qui e ora. Il mutamento degli equilibri intergenerazionali, infatti, unitamente ai fattori socio-economici degli ultimi anni, hanno portato a un indefinito prolungamento dell'adolescenza (Ammaniti, 2018; Bruzzone, 2018). Questo avviene perché gli adulti di oggi non possono, oppure non vogliono più, passare il testimone (Barone, 2019). Infatti, oltre a essere essi stessi i protagonisti di una realtà turbata, vulnerabile e precaria (Bauman, 2000a/2002), sono, sempre di più seguaci del mito dell'eterna giovinezza, per il quale tendono ad allontanare a tutti i costi l'immagine dell'invecchiamento per far spazio alla vitalità, alla seduttività, all'esplorazione (Bruzzone, 2018; Cornacchia, 2019). L'adolescenza si trova, quindi, a essere intrappolata in un curioso paradosso, ossia tra l'infantilismo degli adulti, che si sforzano di rimanere eternamente giovani, e l'adultizzazione dei ragazzi (Cornacchia, 2019), che accedono sempre più precocemente ai margini della libertà e autonomia, tuttavia, spesso, senza che questi abbiano prima maturato e acquisito degli strumenti per confrontarsi con tali dimensioni (D'Amato, 2014). I ragazzi e le ragazze, infatti, tendono a entrare precocemente nelle vicende della quotidianità degli adulti (Ammaniti, 2018). I giovani accedono a immagini sessuali, intrighi sentimentali, scenate di gelosia, vendette anche prima dei dodici anni, per esempio, guardando delle serie tv o navigando nel web. “Si può dire che l'innocenza infantile, ammesso che sia mai esistita, viene precocemente persa perché i ragazzini entrano nelle dinamiche del mondo adulto, anche solo osservando quello che accade fra i genitori” (ivi, 117). Ciò che il prolungamento dell'adolescenza ha prodotto è, dunque, un assottigliamento di quella linea di confine che, fino a qualche decennio fa, tracciava quel famoso passaggio all'età adulta, il che rendeva possibile la suddetta “nuova nascita” (Bruzzone, 2018). Tutto questo è connesso alla progressiva scomparsa dei riti di passaggio, i quali sancivano, fino a pochi decenni fa, l'ingresso nel mondo degli adulti (Biasin, 2019). Il rito di passaggio, per

come è stato tematizzato dall'antropologo Victor Turner, ha un importante e specifica funzione sociale, poiché rappresenta una sorta di dramma sociale. Esso, infatti,

come il dramma teatrale, istituisce un tempo e un luogo “fanzionale” che permette di mettere in scena il conflitto e ricomporlo attraverso un sofisticato quanto efficace processo simbolico-materiale. L'esito del rituale iniziatico implicato nel rito del passaggio, sempre secondo Turner, sarebbe quello di garantire alla comunità una continuità storica che incorpori nella tradizione di quella stessa società gli elementi di innovazione emergenti dalle giovani generazioni (Barone, 2019, p. 37).

Da “terra di mezzo” (Barone, Mantegazza, 1999), dunque, l'adolescenza sembra essere oggi diventata una terra di molti. Questa condivisione di “territorio” e di ruoli rende i rapporti tra le generazioni sempre più “confuse” (Recalcati, 2013) o, come le definirebbe Bauman (2000b/2002), più liquide. Sempre più spesso, infatti, i “grandi” giocano il ruolo dei “giovani” e i “giovani” giocano il ruolo dei “grandi” (Ammaniti, 2015; Bruzzone, 2018, p. 36). Come riporta Recalcati (2013),

Nell'attualità non prevale tanto il genitore-educatore ma il suo rovescio speculare: la figura del *genitore-figlio*. Si tratta di quei genitori che abdicano alla loro funzione, ma non perché abbandonano i figli, [...] ma perché sono troppo prossimi, troppo simili, troppo vicini ai loro figli (ivi, p. 59).

Paradossalmente, è proprio questa “vicinanza”, secondo alcuni autori e clinici contemporanei (Pietropolli-Charmet, 2008; Lancini, 2021), a rappresentare spesso la causa delle problematiche nei ragazzi, i quali, generalmente, sono investiti già dalla prima infanzia da un “eccesso di donazioni” (Scaparro, Pietropolli-Charmet, 1993, p. 6). Non di rado, infatti, i bambini crescono in un ambiente non tanto “protetto”, quanto eccessivamente “protettivo”. I figli, quei pochi che si possono o si decide di mettere al mondo, diventano oggetto di eccessivo investimento per i genitori, poiché, in qualche modo, rappresentano il risultato del loro stesso successo (o insuccesso) sociale (Lancini, 2021). I figli, dunque, per essere “presentati” alla società devono apparire perfettamente in linea con le aspettative dei genitori e del contesto di riferimento; dunque, essi sono “progettati” per non soffrire, per non fallire, per coltivare i “loro” talenti – che spesso riflettono più che altro i desideri dei genitori (Bruzzone, 2018, p. 36).

Affinché non incorrano nel rischio di “farsi male”, ai bambini molto spesso viene impedito dai genitori di fare esperienza di gioco e socializzazione spontanea; i loro corpi vengono messi da questi ultimi quasi “sotto sequestro”, “al sicuro”, in casa, davanti a un notebook, videogame, Smartphone o TV (Lancini, 2021, p. 99). Sono questi gli stessi strumenti che vengono poi ritenuti dagli stessi adulti i principali responsabili quando gli adolescenti non incontrano le loro esigenze e aspettative, quando smettono di frequentare luoghi per svolgere attività sportive e di incontro con altri pari, quando si ritirano da scuola, quando si isolano nella propria stanza; tutto

a un tratto, come riporta Lancini (2021) nel suo ultimo libro, *L'età tradita. Oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*, la colpa di tutto ciò sembra essere “la dipendenza da Internet” (ivi, p. 98). Non è nostra intenzione approfondire la tematica “Internet e adolescenti”; quello che ci sembra, però, interessante di questa argomentazione proposta da Lancini è l'emersione di una delle tante contraddizioni dei modelli educativi proposti dagli stessi adulti, i quali, forse spinti dal sottrarsi alla propria responsabilità, tendono a creare ulteriori etichette per una generazione adolescenziale, già abbondantemente marchiata da molteplici luoghi comuni. Sarebbe forse, invece, il caso di guardare ai comportamenti degli adolescenti non come il risultato esclusivo di Internet o di qualche specifica patologia, quanto piuttosto come soggetti la cui crescita è stata quasi privata dalla sperimentazione “protetta” dell'errore, del limite, dell'insuccesso. I figli crescono “nella convinzione che non ci sia al mondo cosa più bella, valida e importante di se stessi” (Bruzzone, 2018, p. 36), che non ci sia qualcosa di impossibile per loro da realizzare. Tutto questo è perfettamente in linea con la rappresentazione della vita che ci viene presentata quotidianamente, diffusamente; una vita dove le possibilità sono infinite, dove si può raggiungere il pieno godimento e il piacere senza limiti e, qualora dovessero palesarsi confini o ostacoli, questi *possono* e *devono* essere immediatamente rimossi (Gambacorti-Passerini, 2021b). Dunque, considerando questa prospettiva, appare chiaro che gli adolescenti non vengono preparati dagli adulti ad affrontare le gioie e i dolori della vita, tra cui gli inevitabili e realistici fallimenti, ma, piuttosto, a coltivare “la cultura del narcisismo”, ossia del culto del sé, della propria bellezza, del successo personale, del piacere a tutti i costi. Ecco, dunque, che si palesa il rischio di creare un'altra etichetta per una generazione, ossia “il giovane narciso”. Ma, anche in questo caso, sembra lecito chiedersi, si tratta veramente soltanto di giovani? Il sociologo Christopher Lasch, nel suo libro di cui abbiamo appena citato il titolo, ossia, *La cultura del narcisismo* (1979/1981), parla del narcisismo come “orientamento sociale” (ivi, p. 18); dunque, oggi, esso non sembra tanto rappresentare una fase dello sviluppo dell'individuo, come era stato ipotizzato da Freud, quanto piuttosto una direzione comune verso la concezione di sé e del mondo. Una propensione, secondo Lasch, connessa alla sensazione di essere costretti a vivere solo nel presente, poiché il futuro non esiste. In questa realtà sembra aver senso soltanto occuparsi dei propri successi e “realizzazioni personali” (ibidem), che sembrano rappresentare per ciascun individuo il fine ultimo della propria esistenza. In questo mondo sembra aver senso soltanto vivere la propria vita in modo pienamente “soddisfacente” (Ammaniti, 2018, p. 154). Ma che cosa significa tutto questo? Oggigiorno, vivere la propria esistenza sembra voler dire anzitutto apparire bene; significa dimostrare alla società di rispecchiare quei canoni da essa stessa approvati e richiesti;

significa essere riconosciuti dagli altri come soggetti “che contano” e che quindi possono far parte della cerchia dei “vincenti” (Bauman, 2004/2005; Gambacorti-Passerini, 2021a). Il narcisismo sembra, dunque, riguardare, più che la sfera intrapsichica “freudiana”, la dimensione relazionale, nello specifico, il “reciproco rispecchiamento e [la] idealizzazione condivisa” (Ammaniti, 2018, p. 149). I social network hanno costituito e costituiscono tutt’ora un veicolo predominante nell’accelerare e alimentare la dimensione narcisistica. Gli adolescenti, e non solo, alla ricerca di continua approvazione e ammirazione, trovano nel mondo dei *like* e dei *followers* un immediato riscontro di come appaiono agli altri, di quanto sono adeguati, di quanto valgono (Ammaniti, 2018; Gambacorti-Passerini, 2021a). Il termine “valore”, poi, sembra assumere, oggi più che mai, il significato di misurazione della capacità prestazionale, che non sembra essere riconosciuta dagli stessi soggetti come derivante da processi ed esperienze di apprendimento. “Piuttosto pare riguardare la messa in scena di ciò che, quasi per magia, incontra i bisogni di altri di cui deve catturare gli sguardi” (Palmieri, 2013c, p. 156).

L’esposizione della perfezione dei nostri corpi, la possibilità di accedere a spazi “esclusivi”, la capacità di acquisto di beni “da avere assolutamente” e da mostrare (Bauman, 2004/2005; Palmieri, 2013c; Barone, 2019) sembrano rappresentare gli abiti che vestiamo per il nostro “debutto in società”; un debutto, che, paradossalmente, non assume neanche quei tratti di un vero e proprio rito di passaggio, in quanto sottintende una scadenza che rende necessario il suo continuo rinnovamento, o meglio, aggiornamento. Ancora una volta, la dimensione dell’eterno presente e dell’immediato sembra emergere prepotentemente. Il tempo stesso, per come siamo stati abituati a concepirlo oggi, è strettamente connesso al nostro valore che è, sempre di più, il risultato delle cose che riusciamo a fare nel più breve periodo. La velocità è la carta necessaria per vincere un posto nella società (Bauman, 2009). Le cose “da fare” per poter raggiungere la prestazione e il successo, necessari per il benessere e per avere una certa immagine di prestigio, sono molteplici. La simultaneità, garantita dalle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, sembra essere dunque la risoluzione alle limitazioni imposte dallo stesso tempo e dallo spazio (Ammaniti, 2018; Gambacorti-Passerini, 2021b). Tuttavia, se da un lato essa sembra consentirci di “annullare le distanze”, dall’altra ne facilita l’aumento. Sì, perché, in un mondo ormai così “pieno” e costantemente “riempito”, anche le possibilità relazionali sembrano un miraggio. Se da un lato, infatti, oggi – come ci siamo accorti maggiormente con la pandemia – “il virtuale” aumenta le possibilità di incontro, dall’altro, esso non sopperisce alla “mancanza” di tempo, indispensabile per costruire e nutrire una relazione interpersonale (Prada, 2021, p. 147). Ecco che anche le relazioni divengono sempre più immediate, fugaci, smaterializzate

(Ammaniti, 2018). Ecco che i giovani non sperimentano la partecipazione sociale, quanto piuttosto un vuoto relazionale. Coerentemente con l'immediatezza caratterizzante la nostra epoca, anche “i loro legami durano l'istante di una sensazione” (Palmieri, 2013c; p. 77; Prada, 2021). “Ci muoviamo in un mondo in cui tutto ciò che esiste anche solo come idea, sogno, fantasia, utopia verrà sradicato perché immediatamente realizzato, operazionalizzato. Niente in quanto idea o concetto potrà sopravvivere. Non avremo neanche più il tempo per la fantasia” (Baudrillard, 2000/2007, p. 78). Tutto questo genera una situazione paradossale, in quanto siamo troppo presi a gestire la frenesia del presente che non abbiamo la possibilità di pensare e guardare al futuro. A questo proposito, ci sembra interessante riportare quanto scritto da Natoli (2010), citato da Palmieri (2013c):

Si dice, in modo più o meno convinto – ma lo si dice – che bisogna “darsi da fare”. Se non per puntare al successo, almeno per tentare la riuscita, evitando così di cadere al margine, di rischiare l'esclusione [...] l'essere “attivi” ci fa sentire in un certo modo protagonisti, padroni di noi stessi: *soggetti*” (Natoli, 2010, cit. in Palmieri, 2013c, p. 157).

Secondo l'Autore, tuttavia, il darsi da fare non è connesso all'essere attivi, quanto piuttosto all'essere agiti. Questo perché agire “significa ‘occuparsi di...’, [...] portare a destinazione, [...] dar senso a quello che si fa, [...] orientarsi nel mondo” (ivi, p. 158). Il fare, al contrario, è connesso al modo che abbiamo appreso di funzionare nel mondo. Secondo questa prospettiva, “[f]are corrisponde spesso a mettere in atto abitudini: ciò che è economico, perché ci consente di affrontare situazioni quotidiane senza ricominciare ogni volta daccapo, e ci dà stabilità. Ma ci rende esecutori più che attori delle nostre azioni” (ibidem). Il tempo della noia, dell'ozio, grazie al quale forse si potrebbe forse riscoprire “l'agire”, è solo “tempo perso”. Basti pensare al tempo e allo spazio dei ragazzi e delle ragazze, che fin da piccoli si trovano a dover svolgere un susseguirsi di attività progettate e gestite, e spesso decise, dagli adulti (Gambacorti-Passerini, 2021a). Ciò che è importante è essere continuamente performanti in tutto, il che significa soprattutto dimostrare di sapersi spostare da un'attività all'altra velocemente, ottenendo il massimo dal tempo e dallo spazio a disposizione in un dato momento (ibidem).

Dunque, così come i limiti tra l'adolescenza e l'adulthood sembrano sempre più sfumati, confusi, liquidi, anche i confini temporali tra il presente e il futuro sembrano ormai svaniti, poiché il futuro è sempre più imminente, prossimo; in poche parole, “il futuro è ora”. Non c'è il tempo per porsi domande su quello che si fa, sul come lo si fa e soprattutto sul perché. La contemporaneità sembra, infatti, caratterizzata da un'eterna corsa, da un'esistenza in continua emergenza (Palmieri, 2013c), per arrivare in realtà a non si sa bene a cosa, perché non c'è il tempo per

pensarci. L'unico obiettivo chiaro di questa corsa sembra essere quello di raggiungere il godimento che porta all'immediata soddisfazione delle proprie pulsioni, eliminando da questo schema il desiderio, il quale, a differenza del primo, presupporrebbe la sperimentazione del sentimento di mancanza (Zuccardi-Merli, 2012). Non c'è da sorprendersi, dunque, se dalle voci dei giovani, più che termini quali "dovere" e "responsabilità" (tipico lessico delle passate generazioni), vengono espresse parole come "ricerca della felicità", "successo" (soprattutto economico), "fama", "libertà" (Ammaniti, 2018, p. 154; Brambilla, 2020, p. 55). Tutte rappresentazioni coerenti con un certo "individualismo", tipico della nostra contemporaneità (Bauman, 2001/2002). Ebbene, nel momento in cui i suddetti scopi vengono raggiunti vi è, in qualche modo, la dimostrazione del "merito" individuale. Tuttavia, l'altra faccia della medaglia "dell'individualismo" cela una realtà altrettanto confermativa, ossia quella dell'insuccesso come responsabilità tutta personale. Scrive Boarelli (2019) a tal proposito, "[t]utto, in definitiva, dipende dall'individuo, dalle sue capacità, dalla sua intraprendenza, dal suo atteggiamento positivo. Coloro che non avranno 'successo nella vita' saranno quindi gli unici responsabili del proprio fallimento" (ivi, p. 20). Ciò, effettivamente, sembra coerente con l'idea di un mondo dove ciò che è *pensabile* è anche *possibile* (Benasayag, Schmit, 2003/2004). Ne consegue che, chi non riesce a farcela non è stato abbastanza capace di accogliere e di sfruttare "tutte le possibilità" che la società gli ha offerto.

Pertanto, quando i giovani si trovano a scontrarsi con la cruda realtà della vita – non poi così piena di opportunità – non sono preparati a farlo, cosicché la finitudine e l'imperfezione divengono per loro dei macigni insormontabili. "E dall'onnipotenza si precipita nell'impotenza, nella disperazione" (Palmieri, 2013c, p. 84). Ecco, dunque, che il fallimento si traduce in un tratto peculiare degli "esclusi", di cui i giovani si vergognano e che quindi devono evitare o rimuovere a tutti i costi. Tale sensazione di vergogna, il sentirsi "falliti", sopraggiunge nel soggetto, infatti, nel momento in cui egli si accorge che tra le possibilità, socialmente ambite e alimentate, e l'effettività vi è una distanza abissale (Palmieri, 2013c). È il momento in cui gli adolescenti, affacciandosi al mondo costruito dagli adulti, capiscono che il futuro non è una promessa, come lo era stato per il loro predecessori, ma è in realtà un futuro minaccioso e imprevedibile, nel quale vigono i sentimenti di impotenza e rassegnazione (Benasayag, Schmit, 2003/2004). È il momento in cui essi, sazi di possibilità, si scontrano con la negazione di ogni opportunità (Augé, 2012).

Gli adolescenti si trovano, dunque, tutt'a un tratto, da un lato, a vivere il “tradimento” da parte degli adulti, dai quali si sentono derubati relativamente al proprio futuro (Scaparro, Pietropoli-Charmet, 1993; Lancini, 2021), e, dall'altro, a faccia a faccia con “l'ospite inquietante”: il nichilismo (Galimberti, [2007] 2008). È con quest'ospite, con questa condizione culturale di smarrimento, che l'adolescente si trova a vivere più o meno consapevolmente (Galimberti, 2018). Egli da “cucciolo d'oro” (Bruzzone, 2018, p. 36) diventa vittima di quella mancanza di prospettive e progetti che la società del “qui ed ora” ha generato. Il giovane, contornato dall'insensatezza del proprio esistere e dall'incertezza dilaganti, non è stimolato a guardare oltre l'orizzonte dell'immediato; nulla, per lui, risulta così attrattivo, motivante e affascinante da farlo uscire da quell'eterno presente. “Il presente diventa un assoluto da vivere con la massima intensità, non perché quest'intensità procuri gioia, ma perché promette di seppellire l'angoscia che fa la sua comparsa ogni volta che il paesaggio assume i contorni del deserto di senso” (Galimberti, [2007] 2008, p. 11).

Il mondo minaccioso, offerto da questa società non solo non stimola i ragazzi e le ragazze a desiderare, a realizzare progetti, considerando i limiti dell'effettività, ma, addirittura, sembra paralizzare il loro entusiasmo e la loro iniziativa (dimensioni non più caratterizzanti la giovinezza) (Benasayag, Schmit, 2003/2004; Galimberti, [2007] 2008). L'obiettivo per queste giovani generazioni diventa, dunque, sopravvivere nella cerchia degli inclusi, “dei normali”, grazie al possesso di beni di consumo “necessari” (Bauman, 2004/2005) e grazie alla capacità di risposta a determinate richieste, come ottenere dei buoni voti a scuola, eccellere nelle attività sportive, essere migliori degli altri in tutto, esibire un corpo in forma (che non sempre coincide con un corpo in salute) (Palmieri, 2013c). Si è portati a credere talmente tanto in questi “valori” (presentati soprattutto come frutto del proprio desiderio) – gli unici di cui si è fatta esperienza – da identificarsi pienamente con essi e, quindi, si è portati al doverli ottenere a ogni costo (ibidem). Tutto questo decreta, ancora una volta, una confusione dei confini, che in tal caso delimitano ciò che si vuole/può essere da quello che gli altri vogliono/si aspettano. L'investimento richiesto all'adolescente per raggiungere tutto questo è talmente alto che, quando quest'ultimo non riesce più a stare al passo con le richieste sociali, può sperimentare la sensazione di svuotamento del valore della sua stessa esistenza.

Se la responsabilità del successo, del benessere, dell'inclusione sociale è tutta sulle spalle del singolo individuo, in assenza di punti di riferimento condivisi che possano aiutare a costruire le modalità per la realizzazione di un proprio progetto individuale [...], la “fatica di essere se stessi” può essere schiacciante e paralizzare qualunque iniziativa (ivi, p. 85).

Ecco, dunque, che gli adolescenti di oggi, sempre più spesso, si trovano a ospitare nelle loro vite il male della nostra epoca, ossia la depressione, la quale sembra aver mutato il suo aspetto. Essa non si presenta più in modo così evidente e riconoscibile, ossia come assenza di gioia di vivere, bensì in maniera subdola, ossia come assenza di capacità di azione, “i cui sintomi più diffusi sono l’ansia e l’insonnia” (Ehrenberg, 1998/2010; Galimberti, [2007] 2008; Palmieri, 2013c, p. 85). Il dolore che i giovani provano è un dolore silente che, dagli insegnamenti appresi durante tutta la loro vita, devono contrastare, anziché attraversare, pensare, condividere. Nell’epoca delle molteplici condivisioni alla portata di un semplice “clic”, non tutto infatti si *deve* condividere se si vuole rimanere tra gli “inclusi”, soprattutto ciò che sembra rappresentare e dimostrare la “finitezza” dell’essere umano, tra cui la sofferenza e l’angoscia. Nella sofferenza, infatti, si è sempre più soli, poiché si deve evitare la vergogna derivante dalla testimonianza che gli altri possono riportare del tuo “non stare bene”, del tuo fallimento (Palmieri, 2013c). L’angoscia esistenziale, infatti, deve essere tenuta lontana a tutti i costi dalle nostre vite. “Da tempo il nichilismo è maestro in questo” (Orsenigo, 2013, p. 72). Cosicché, nel tentativo di evitare e rimuovere tale malessere, il “male di vivere”, il giovane incorre nel pericolo di esplodere o, sempre di più, di implodere. Assistiamo spesso a degli scenari estremi, tra cui azioni violente verso gli altri, fino all’omicidio, o azioni violente verso se stessi, fino al suicidio (Pietropolli-Charmet, 2013). Molto spesso questi gesti appaiono quasi inaspettati; infatti, non sono infrequenti le frasi che ascoltiamo e leggiamo sugli autori di questi atti “era di buona famiglia”, “sembrava star bene”, “era un ragazzo/una ragazza così tranquillo/a” (Galimberti, [2007] 2008). Sembra quasi che quello stesso corpo, per anni oggetto della società e “collezionista di piaceri” (Bauman, 2000a/2002; 2001/2002), venga, in questi casi, da questi giovani, rivendicato come proprio. Dunque, esso diviene il mezzo – di cui ormai, in realtà, si è perso il contatto (Palmieri, 2013c) – per compiere azioni che servono a “reagire alla propria disperazione”, “fragilità”, “inadeguatezza” oppure per mettere fine alla propria “fatica di vivere” (Ehrenberg, 1998/2010; Lancini, 2021). Quando si decide di continuare a sopravvivere, di “lasciarsi vivere” (Bruzzone, 2018, p. 39), lo si fa attuando comportamenti che consentono di sopportare tale fatica. È da ciò che emerge la tendenza o di resistere nel mondo, alle condizioni da questo imposte, o di estraniarsi e di ritirarsi da esso.

Per poter reggere il peso del mondo e per riuscire a starci dentro, non è raro che i giovani ricorrano all’uso di sostanze stupefacenti e di alcool o all’utilizzo spropositato e alienante di Internet, *social network*, giochi on-line, fino a dipendere da essi. Queste dipendenze servono ai ragazzi e alle ragazze per rispondere efficientemente alle pressioni sociali, ma anche a togliere

la paura della relazione e a dimenticarsi delle difficoltà della vita; dunque, non più, paradossalmente, come accadeva in passato, per “sentirsi vivi” (Galimberti, [2007] 2008; Palmieri, 2013c; Lancini, 2021). Quello che i giovani sembrano voler ottenere da esse è di poter “continuare a stare nel flusso di un’esperienza di vita (che si conosce) nel modo più adeguato, se non più perfetto possibile” (Palmieri, 2013c, p. 86). Tuttavia, quando non riescono in questo intento, essi decidono di “ritirarsi” dalla vita, perché hanno imparato quotidianamente che la loro “presenza” nella società non conta abbastanza, è irrilevante, non è interessante (Galimberti, [2007] 2008; Ammaniti, 2018). Non facciamo solo riferimento ai casi paragonabili agli *hikikomori* giapponesi, ma anche a quei giovani italiani che diventano giorno dopo giorno sempre più “inattivi”: dal ritiro dal contesto scolastico all’evitamento di altre occasioni di formazione e socializzazione “in presenza”, che quindi implica il dover uscire dalla propria casa, ma anche solo dalla propria camera; un luogo fisico che, associato al luogo virtuale del web, sembra essere diventato per gli adolescenti, sempre di più, il rifugio “sicuro” dal disagio “esterno”.

Questo chiudersi nel proprio mondo è un’esperienza abbastanza abituale per gli adolescenti, i quali, per esempio, amano restare da soli nella propria stanza da letto, da cui i genitori sono tenuti rigorosamente fuori, anche con la forza. Quando litigano con i genitori e vogliono annullare la realtà esterna, possono anche ricorrere a rifugi mentali. Lo stesso succede quando i rapporti con i coetanei sono difficili e non riescono a sopportare la frustrazione dovuta al sentirsi rifiutati ed esclusi: solo il rifugio nelle proprie fantasie può lenire il dolore. Nel mondo virtuale si possono evitare con un clic le minacce, si può entrare e uscire a proprio piacimento, si può cambiare identità e spiare di nascosto quello che fanno gli altri (Ammaniti, 2018, pp. 114-115).

È qui che in realtà emerge il “disagio sommerso” degli adolescenti, che si esprime sempre più con la “fatica relazionale”, con “l’interferenza comunicativa” (Barone, 2019, p. 33). Sembra, dunque, che i ragazzi e le ragazze, piuttosto che vivere un fallimento, evitino qualsiasi esperienza nella quale ci si possa imbattere in questo rischio, arrivando a “evitare di vivere”. “Purtroppo l’educazione odierna, preoccupata soprattutto di minimizzare la tensione, educa addirittura ad una intolleranza alla frustrazione, a una sorta di immunodeficienza psichica” (Bruzzone, Fizzotti, 2005, p. 166-167).

Nello scenario contemporaneo che abbiamo finora tratteggiato – del quale abbiamo riportato alcune delle caratteristiche salienti – appare manifesto come la crisi degli adolescenti di oggi sia una crisi sociale del mondo in cui vivono; una crisi che incide drasticamente sull’esistenza di ogni individuo, non solo adolescente. Essa sembra rivestire sempre di più i panni di una “crisi di senso” (Barone, 2019, p. 33). La stessa questione del “passaggio” intergenerazionale sembra essersi indebolita in un mondo in cui “l’anteriorità, ciò che preesiste alle nuove

generazioni, perde significato in funzione di un presente onnivoro e totalizzante: di conseguenza non vi è più una cultura che valga la pena essere trasmessa” (ivi, p. 37, Benasayag, Schmit, 2004). Come abbiamo sottolineato all’inizio di questo paragrafo, non esistono quasi più i riti di passaggio nella cultura contemporanea, perché non c’è la disponibilità nelle generazioni precedenti di passare il testimone. Infatti, tale passaggio sembra quasi svanito perché si è persa quella fiducia intergenerazionale che consentiva ai giovani di riconoscere e confrontarsi con ruoli autorevoli, di vedere le “vecchie generazioni” come testimoni di un mondo in cui è possibile vivere, in cui è possibile affrontare le fatiche. Poiché la testimonianza non è fatta di parole, ma di atteggiamenti e comportamenti agiti nel quotidiano (Recalcati, 2013), quella che gli adolescenti possono accogliere dagli adulti che incontrano ogni giorno è loro “fatica di vivere”. Inoltre, paradossalmente, questi adulti, dovendosi affannare per poter sopravvivere, anch’essi, tra gli inclusi, *possono* concedere poco tempo e spazio alle azioni di mediazione educativa, le quali consentirebbero l’introduzione delle “nuove generazioni” al mondo degli adulti; e “[i]n assenza di mediazioni è la vita che educa, nella sua immediatezza e crudeltà” (Palmieri 2013c, p. 97).

Di conseguenza, anche il “conflitto” aperto tra le generazioni è stato rimosso, anche perché, come abbiamo delineato finora, vige nella nostra società il mito della libertà individuale (Baudrillard, 2000/2007; Bauman, 2001/2002; Benasayag, Schmit, 2004; Galimberti, [2007] 2008) di fare e possedere tutto, e del benessere, “che tende a identificare la ‘buona’ relazione con la relazione priva di divergenze o di conflittualità, dimenticando che il conflitto – se gestito in modo adeguato – è anche un potente acceleratore della crescita e dell’autonomia” (Bruzzone, 2018, p. 37), nonché del cambiamento (Barone, 2019). Basti pensare alla trasformazione dei modelli educativi familiari della nostra società, in cui vi è una prevalenza del codice affettivo “materno” rispetto a quello “paterno” (Pietropolli-Charmet, 2008). Secondo l’ipotesi pedagogica proposta da Barone (2019) nel suo ultimo libro, *Gli anni stretti. L’adolescente tra presente e futuro*, paradossalmente, è anche e soprattutto la stessa rimozione del conflitto che genera la violenza giovanile di oggi, “di cui sorprende il tratto della ‘irrazionalità’ e della ‘gratuità’. Un’irrazionalità che rivela certamente un vuoto [...] di tipo simbolico, che rimanda all’assenza di significazione e riconoscimento” (ivi, p. 40).

In conclusione, pensare all’adolescenza ancora oggi come fase di transizione, nel senso tradizionale del termine, implica riconoscere la sua “scomparsa sociale”, come ritenuto da studiosi contemporanei (Fass, 2016; Ammaniti, 2018; Barone, 2019). “L’adolescenza non può essere considerata ancora come una fase transitoria tra l’infanzia e l’adulthood, ma un periodo della

vita in cui si hanno peculiari processi trasformativi che investono il soggetto nella sua globalità” (Mancaniello, 2018, p. 20). Anche Barone (2019), considerando questa chiave di lettura proposta da Mancaniello – la quale presenta un’interpretazione del processo trasformativo adolescenziale come “transizione continua”, a partire dalla teoria delle catastrofi di Thom –, definisce l’adolescenza come “entità mutante”, ossia come sistema che è costantemente investito da mutazioni biologiche, fisiologiche ed emotive. Secondo l’Autore, tali mutazioni devono sempre essere poste in relazione alle altrettante trasformazioni sociali, culturali e ambientali. “In tal senso, diviene decisivo il contesto esperienziale come campo di attivazione e di emersione del cambiamento come unità fenomenologica” (ivi, p. 28).

Tuttavia, se l’adolescenza intesa come fase della vita riconducibile a teorie universalistiche del Novecento non esiste più, esistono ragazzi e ragazze che “fanno esperienza di adolescenza” (ivi, p. 10). Ne consegue che, la transizione che rappresenta gli adolescenti è piuttosto una fase della vita nella quale si dovrebbe, sì, propendere verso l’adulità, ma imparando a “stare nell’incertezza” che caratterizza quest’ultima nella nostra società (Morin, 2014/2016; Barone, 2019, p. 40). Quello che, però, più di tutti dovrebbe contraddistinguere questa fase è un “fare esperienza di ricerca di senso” (Airoli, 2013, p. 44), affinché i ragazzi e le ragazze possano riscoprire dei “futuri possibili” e accessibili (Pietropolli-Charmet, 2013, p. 39). La risposta pedagogica dovrebbe, dunque, muoversi verso questa prospettiva, ampliando intenzionalmente le esperienze educative degli adolescenti, affinché queste si trasformino per loro in “occasioni di crescita che ne allarghino gli orizzonti e ne stimolino la responsabilità” (Bruzzone, 2018, p. 39). Infatti, è solo la predisposizione di contesti e strumenti capaci di coltivare negli adolescenti la capacità di “pensarsi nel futuro” (Bertolini, Caronia, 2014, pp. 182-188) che rende realistico ricostruire futuri che siano non solo pensabili, ma anche praticabili (Bruzzone, 2018). Varrebbe, dunque, la pena chiedersi se non sia il caso che le istituzioni educative, tra cui la scuola – forse ormai consapevoli da tempo della crisi di cui anch’esse sono attraversate (Massa, 2000) – si interrogino sulla imprescindibilità del loro ruolo in questa ricostruzione.

1.2 La scuola come luogo in cui fare “nuove” esperienze di adolescenza

Lo scenario di crisi del nuovo millennio che abbiamo discusso nei paragrafi precedenti, in relazione “all’età adolescenziale”, è anche e soprattutto, come la definì Riccardo Massa, la “crisi di un *milieu educativo*” (2000). Scriveva Massa a questo proposito:

Non so se gli educatori hanno questa percezione, ma a me sembra che questa sia la vera fine dell’educazione. Non tanto la crisi della scuola, la smobilitazione delle politiche sociali

educative, ma che il punto di crisi sia la modificazione dei contesti di esperienza, di appartenenza, di vita, per cui i ragazzi oggi crescono al di fuori di un contesto educativo, al di fuori di un ambiente rispetto a cui trarre valori in grado di consentire un inserimento e anche un ricordo con le generazioni adulte (ivi, pp. 60-66).

Non sembra pensabile, infatti, non considerare l’impatto che le trasformazioni culturali, economiche e sociali hanno avuto sulla qualità e sul modo di fare esperienze formative, educative, relazionali, affettive e cognitive degli adolescenti di questo secolo. La crisi del *milieu* educativo non è, infatti, secondo l’Autore, soltanto una conseguenza del declino dei contesti culturali, formativi, educativi abitati dal giovane del secolo scorso, ma anche e soprattutto il decadimento dell’educazione intesa “come processo intergenerazionale di inculturazione, socializzazione e apprendimento” (Barone, 2019, p. 36), da cui trarre modelli e valori sociali. Questo perché tali valori sono stati svuotati di senso dalle trasformazioni delle strutture dell’esperienza formativa nella società contemporanea (Barone, 2019).

La scuola rappresenta una delle più importanti istituzioni per l’esperienza adolescenziale – così come per quella infantile – il cui ruolo e la cui funzione, come abbiamo detto, sono stati investiti da una radicale trasformazione del nostro tempo. Considerando l’adolescenza come un’entità mutevole, appare chiaro come la formazione, e quindi le agenzie educative e formative, sia chiamata a rileggere le trasformazioni in atto nell’adolescente come elementi fondanti lo sviluppo umano (Mancaniello, 2018).

Il problema del cambiamento è, quindi, strettamente legato al tema della formazione, che contiene elementi di dinamicità e plasticità, ed è caratterizzata dalla trasformazione, dall’apertura, dal mutamento [...]. La domanda a cui non possiamo sottrarci è quindi: [a] quale modello/modelli di formazione dobbiamo riferirci e [quale/i] ridefinire per offrire all’adolescente che vive la *sua* trasformazione, in una società che si muove nella *liquidità* e nell’*incertezza*, piani di stabilità, sicurezza e di felicità [...]. Il legame esistente tra formazione e trasformazione, quindi, diventa un principio sistemico fondamentale, nel quale i due momenti formazione/trasformazione costituiscono un circuito ricorsivo ininterrotto: tutto ciò che forma trasforma (ivi, p. 22).

Tuttavia, nonostante questo legame imprescindibile, è proprio la scuola a porsi oggi in contrapposizione al cambiamento, o meglio, a resistere a esso, addirittura, negandolo. Tale atteggiamento di resistenza al cambiamento – comune anche ad altri servizi educativi – sembra quasi essere comunemente supportata da una visione “statica” con la quale nel tempo si è stati portati a guardare a essi (Bruzzone, 2018; Barone, 2019). In un mondo incerto, infatti, sembra quasi che dare un’idea di scuola imperniata su tradizioni solide e non scalfibili dalla trasformazione della società “esterna”, possa, in qualche modo, automaticamente, garantire la “produzione” di alunni conformi ai canoni da essa da sempre attesi (Palmieri, 2021b, p. 58). Tutto questo sembra quasi rappresentare per la scuola un meccanismo di auto-conservazione, che, però, allo stesso

tempo, rischia di trasformarsi in un meccanismo auto-distruttivo. Ciò che, infatti, sembra essere sottinteso da questo meccanismo conservativo è quella che Grace Murray Hopper (matematica, informatica e militare) definì “la frase più pericolosa in assoluto [ossia]: ‘Abbiamo sempre fatto così’”. Quando, infatti, una scuola basa le sue pratiche su una serie di abitudini e su un insieme di presupposti culturali e scientifici consolidati senza confrontarsi con la realtà, il rischio che corre è quello di orientare le stesse verso la creazione di un’immagine di scolaro modello, che rispecchia i parametri da essa stessa imposti. A questo scopo, l’esperienza quotidiana degli alunni viene quasi a essere “depurata dalla complessità della vita stessa”, rendendo quest’ultima un’entità astratta (Palmieri, 2013a, p. 45). Ne consegue l’emersione di una “forma-scuola”, “dalla vocazione disciplinare”, in grado di predisporre delle specifiche condizioni di esperienza di formazione e di apprendimento. Ciò che muove tali esperienze sono due principi storicamente predisposti, su cui l’istituzione scolastica sembra tutt’oggi reggersi, ossia “la normalizzazione” e la “prestazione intellettuale” (Barone, 2019, pp. 70-72).

L’intento di normalizzazione e l’orientamento verso la prestazione intellettuale, perpetuati dall’istituzione scolastica, emergono già dall’articolazione dei tempi e degli spazi, riprodotti fedelmente giorno dopo giorno (eccezion fatta per il periodo pandemico) e riempiti da attività standardizzate, dentro le quali i corpi degli alunni sono costretti (Barone 2009; 2019). Pensando alla dimensione temporale scolastica, essa è caratterizzata da uno schema sequenziale, parcellizzato, replicabile. È un tempo colmato a priori di lezioni, per lo più frontali, di progetti, di verifiche, di obiettivi da raggiungere, di cose “da fare” o che ci si aspetta vengano svolte durante le ore scolastiche, di “bisogni individuali” a cui dare delle risposte.

La dimensione del tempo fa emergere un paradosso interessante dell’istituzione scolastica; questa, infatti, nonostante agisca seguendo un’ottica anacronistica e resistente al cambiamento, viene investita da una temporalità, che, come per l’intera società contemporanea, assume il significato di velocità, accelerazione, frenesia nonché di traguardi da raggiungere in un determinato periodo (Palmieri, 2021b, p. 57). Anche nell’esperienza scolastica, infatti, non sembra esserci “il tempo” per i ragazzi e le ragazze da dedicare alla riflessione, alla noia, alla creatività, all’agire, alla progettazione del loro futuro, ma, in maniera predominante, agli apprendimenti misurabili e certificabili; ciò in linea con un certo modello “aziendale” che sembra caratterizzare fortemente la formazione (Barone, 2019; Boarelli, 2019; Galanti, 2020). “Leggendo i libri di didattica si ha l’impressione che la scuola sia un affare di curricoli e di obiettivi, di test e condotte comunicative finalizzate allo svolgimento di certi programmi” (Massa, 1997, p. 79).

La rincorsa alla performatività e alla conclusione del programma scolastico sembra essere apparsa in maniera ancora più evidente durante il periodo pandemico, nello specifico durante le varie riaperture scolastiche a seguito delle altrettante chiusure. Scrive a questo proposito Lancini (2021):

In alcune istituzioni e culture scolastiche, anche il rientro a scuola, tra aprile e maggio del 2021, è stato accolto non come straordinaria occasione di riapertura della relazione umana e educativa in presenza, ma come immediata organizzazione di un'agenda serrata, fatta di compiti di classe e di interrogazioni. Una scorpacciata bulimica di verifiche sotto l'occhio vigile del docente di turno e una somministrazione continua di voti, come se si trattasse dello scopo principale della scuola italiana, finalmente riaperta dopo un'emergenza sanitaria costellata da numerose morti e diverse drammaticità [...] un[a] dirigente scolastica ha ironicamente dichiarato "Alcuni insegnanti più che insegnare stanno facendo la raccolta punti" [...]. I giovani avevano accumulato crediti da riscuotere, non debiti da recuperare. Molti insegnanti, e adulti in genere, lo hanno compreso, molti altri, purtroppo no. Troppo identificati con il proprio ruolo di insegnanti di una materia specifica, con la propria disciplina [...] (ivi, pp. 32-33).

Quello della scuola, dunque, più che un "tempo per la formazione"⁸ sembra essere un tempo per allenarsi ai ritmi della simultaneità e all'iperperformatività che caratterizzano la quotidianità contemporanea. Questa corsa alla verifica, anche evidenziata da Lancini, ha effetti sulla stessa didattica, che viene a essere orientata dalle scuole verso sistemi di valutazione standardizzati (Boarelli, 2019). Una valutazione che è comunemente orientata alla misurazione di certe abilità cognitive e intellettive e quasi mai verso altri indicatori di qualità dello studente, come abilità manuali, artistiche, pratiche (Barone, 2019). Scrive Boarelli (2019) a questo proposito:

Lo slittamento del giudizio dagli aspetti qualitativi a quelli quantitativi crea una gerarchia che attribuisce un valore inferiore ai campi non quantificabili dell'attività sociale, e agisce come meccanismo attraverso il quale i cittadini apprendono e interiorizzano la cultura della competizione e della concorrenza (ivi, p. 59).

Tutto questo ha un impatto non da poco anche sugli stessi studenti che vanno ad assumere una modalità di studio maggiormente "efficiente" per riuscire a superare le tipologie di prove di valutazione proposte. Dunque, quello a cui si assiste sempre di più nelle scuole è una corsa al merito che premia la performance dello studente a discapito della riflessività sul suo progetto di vita. Seguendo quest'ottica, sembra, dunque, che l'unica soddisfazione derivante dall'insegnamento concessa agli studenti sia quella del guadagno e della collezione di voti e di crediti, mentre altri tipi di appagamenti, quali la socializzazione con i compagni di studio o la lettura di un buon libro, risultano quasi *time consuming*. "La scuola, in nome di una inculturazione priva di senso, [...] obbliga [i giovani] alla rinuncia di ogni espressione vitale e creativa del

⁸ Per "tempo per la formazione" ci riferiamo all'espressione utilizzata da Barone (2009) per indicare il "livello strutturale che ci consente di riflettere sull'esperienza educativa nella sua effettualità materiale" (ivi, p. 176). Riprenderemo in maniera più esplicitiva la temporalità come dimensione educativa nel paragrafo 3.1.

proprio mondo interiore, di ogni rapporto costruttivo con la realtà esterna, appiattendoli su tempi scolastici estenuanti e defatiganti” (Massa, 1997, p. 126).

Anche lo spazio scolastico è organizzato in maniera omogenea, “ordinata” e, nella maggior parte dei casi, “spersonalizzata”. A partire dall’ingresso della scuola, come argomenta Iori (1996), citata da Barone (2009), appare chiara la funzione non di transizione, bensì di separazione tra la vita dentro la scuola e la vita fuori dalla scuola. L’atrio presente all’ingresso, infatti, più o meno grande, non ha l’aspetto di uno spazio di accoglienza, bensì di crocevia. Da questo incrocio si accede a dei corridoi, lunghissimi, uguali a se stessi in tutti i piani dell’edificio. Le loro chiare funzioni sono quella di attraversamento e quella di separazione tra il dentro l’aula e il fuori l’aula, che, però, è sempre un dentro un edificio separato dalla vita “fuori”. Il corridoio assume, dunque, il significato di passaggio anonimo, ma necessario. È solo percorrendo questo spazio che si arriva a una destinazione fissa, ossia l’aula. Questa è un luogo indicativo degli alunni da cui è popolata. Le aule sono, infatti, destinate a specifici gruppi d’età, a loro volta suddivisi in sezioni. Esse sono organizzate per file di banchi e una cattedra frontale, che rimandano agli obiettivi per cui sono state architettonicamente pensate in tal modo, ossia rendere il soggetto visibile, controllabile, fermo e in ascolto passivo (Barone, 2009). “Lo spazio dell’aula, con la sua struttura sempre identica, garantisce sotto questo aspetto la riproducibilità assoluta degli elementi disciplinari che ancora oggi ne costellano il disegno interno” (ivi, p. 166).

È dentro queste dimensioni che il corpo dello studente si muove; è attraverso di esse che lo studente fa esperienza di adolescenza a scuola. Esse indicano le poche e, il più delle volte, le uniche modalità corrette e normali di stare e funzionare nel contesto scolastico. Appare chiaro, dunque, che quelle istanze di “normalizzazione” e di “prestazione intellettuale” che reggono la forma-scuola producono delle esperienze di esclusione per gli adolescenti. Tra questi, chi nell’immediato, chi nel momento in cui dovrà intraprendere un percorso post-scolastico secondario, quasi tutti subiranno le conseguenze dei suddetti tentativi di omologazione. Da un lato abbiamo, infatti, gli studenti che meglio si adattano a una tipologia di studio e di apprendimento che premia la docilità e le capacità di attenzione e di concentrazione. Dall’altro lato, sempre di più nell’ultimo decennio, ci sono gli studenti che non riescono a reggere una forma-scuola che, come detto prima, conserva i tipici tratti “disciplinari”. Tuttavia, anche gli studenti del primo caso, seppur stimolati a proseguire nella carriera scolastica grazie alla logica del “rinforzo positivo e negativo” del credito-debito, è probabile che si troveranno in un secondo momento a dover fare i conti con la mancanza di riflessività sulle proprie passioni, le proprie motivazioni,

le proprie qualità, nonché i propri limiti (non solo “di performance”). Questo perché, in conformità con le richieste della vita diffusa, essi avranno “speso” tutto il tempo e lo spazio dell’esperienza scolastica cercando di raggiungere specifici risultati senza una chiara prospettiva (Barone, 2019).

Il “funzionamento” dello studente modello sembra quasi essere concepito come inversamente proporzionale ad altri elementi che sono considerati molto spesso “residuali” dell’esperienza formativa, ossia la dimensione affettiva e psicosociale. Elementi ai quali non viene data la necessaria centralità nell’esperienza scolastica; anzi, a essi sembra possa essere dedicato un tempo specifico e limitato e all’interno di sporadiche occasioni, espressamente progettate e delimitate (ibidem). Tuttavia, è da tempo ormai che viene evidenziata da molti studiosi la stretta relazione tra la dimensione relazionale e il successo scolastico (Marcelli, Braconnier, 1983/1985; Cattelino, 2010; Formella, Iacomini, 2012). Durante l’adolescenza i ragazzi e le ragazze sono investiti da una serie di mutamenti a livello corporeo, sessuale e affettivo-relazionale che li impegnano nella ridefinizione del sé. Per tale processo, essi cercano delle figure di cura e di attaccamento al di fuori della famiglia. Infatti, durante l’adolescenza, insegnanti, educatori e altri adulti significativi entrano a far parte della cerchia relazionale del soggetto. “Questo comporta un mandato forte a chi si occupa di definire i processi pedagogici e formativi” (Mancaniello, 2018, p. 21). Con ciò non vogliamo ridurre l’esperienza scolastica a un’esperienza relazionale, anche perché, come abbiamo accennato, ulteriori dimensioni incidono sulla quotidianità degli alunni, che, in generale, fanno di un’esperienza quotidiana un’esperienza educativa. La nostra intenzione è, parallelamente, restituire la dovuta importanza a una dimensione, quella relazionale – nello specifico alle sue componenti affettive ed emotive – che sembra apparire estranea “per la centralità dei saperi disciplinari” (Barone, 2019, p. 71). Tuttavia, rimuovere questa dimensione o non comprenderne il valore profondo da parte delle “nuove” figure rilevanti per gli adolescenti, significa affaticare maggiormente un percorso già “travagliato” vissuto da questi soggetti (Mancaniello, 2018). Non si può, infatti, considerare di secondo piano la dimensione affettivo-relazionale degli adolescenti in rapporto a una soddisfacente vita scolastica, come forse la Didattica a Distanza durante la pandemia ha reso un po’ più evidente. Ciò anche in considerazione del fatto che già lo stesso passaggio da una scuola di grado primario a una scuola di grado secondario determina nella vita dello studente una importante implicazione anche della ridefinizione sul piano affettivo e cognitivo (Barone, 2019).

Considerare ancora marginali all'esperienza scolastica dimensioni come quella affettivo-relazionale e spazio-temporale, o il non considerare il loro impatto sull'esperienza di apprendimento dello studente, significa, in qualche modo, condannare l'istituzione scolastica alla sola sopravvivenza.

Pensiamo sia giunto il tempo di superare la frusta contrapposizione tra nozionismo-disciplinarismo (accusato di essere arido e poco "moderno") e metodologismo-pedagogismo (accusato di essere vuoto e improduttivo), guadagnando una posizione equilibrata e comprensiva. La conoscenza conta, ed è il tratto distintivo di quella particolare forma educativa che chiamiamo scuola: ma essa si realizza pienamente all'interno di un'esperienza di apprendimento relazionale, significativa, motivante, che contribuisce a costruire il nesso io-tu-noi-realtà-cultura. La conoscenza scolastica vive quando accade (e "sopravvive" quando non accade) questa complessa alchimia, che ha tuttavia una sua sorgiva semplicità e, si direbbe, una sua familiare naturalezza. Essa permette di comporre alcune potenziali antinomie precedentemente segnalate, evitando derive assolutizzanti e valorizzando sensibilità diverse (Tempesta, 2020, p. 167).

In altre parole, è forse giunto il tempo di superare quella dicotomia tra istruzione e educazione, sulla quale tanto si è interrogata una certa filosofia dell'educazione (Massa, [1987] 2000), partendo dalla consapevolezza che istruendo tenendo conto dei ritmi di apprendimento, impiegando metodologie diversificate e prendendo atto dell'importanza delle suddette dimensioni, tra cui quella relazionale, significa anche attuare implicitamente un processo educativo. L'educazione diviene, in tal senso, un dispositivo trasversale, arricchente e necessario all'istruzione (Barone, 2019).

A conclusione di questa sintesi, ci pare doveroso sottolineare che siamo consapevoli dell'esistenza di molti contesti scolastici che "dal basso" stanno attuando delle interessanti esperienze che si allontanano dal conformismo della forma-scuola descritta sopra. Come sappiamo che ci sono, e non sono pochi, dirigenti scolastici e insegnanti che si allontanano quotidianamente, con i fatti, dalla logica del "si è sempre fatto così". Allo stesso tempo, siamo consapevoli del fatto che le suddette esperienze sono sì buone prassi, ma ancora troppo circoscritte a specifiche realtà; così come sappiamo che i suddetti professionisti sono spesso dei viaggiatori solitari in un mare in tempesta e sono spesso visti come delle mine vaganti che potrebbero, da un momento all'altro, scuotere "l'equilibrio" di un sistema-scuola che tanto male, ad altri colleghi, non sembra. Tuttavia, il rischio di proseguire sulla strada del "come si è sempre fatto" e del non farsi domande sulle pratiche professionali attuate quotidianamente, senza tener conto dei mutamenti e della complessità del mondo in cui si è immersi – anzi, al contrario, allontanando sempre di più la vita scolastica dalla vita quotidiana – significa incorrere nel rischio (in realtà è già manifesto) dell'esplosione del disagio negli adolescenti anche nel contesto scolastico, così come dell'esplosione del disagio di chi nella scuola ci lavora. Questo accade quando crolla quell'idea di scuola che insegue l'idea di scolaro modello, sempre uguale nonostante la

mutevolezza del tempo che scorre. Quando si fa sempre più ampio il distacco tra quello che la scuola riesce a vedere e su cui riesce a intervenire e le condizioni, le esigenze e i desideri dei suoi alunni (Palmieri, 2013a). In questa disarmonia, appare chiaro come anche gli stessi docenti si trovino a dover fare i conti con i cambiamenti che forse non avevano previsto e che non sono stati preparati a prevedere, oltre che col proprio disorientamento di uomini e donne, anch'essi parte di un mondo in crisi, incerto, a disagio.

Quando ciò che ci si trova di fronte è spiazzante rispetto a quello che ci si immaginava o semplicemente a ciò che è familiare, quando manchi una sorta di allenamento a sopportare novità e disorientamento, piuttosto che a riconoscere i propri bisogni e tollerare dilazioni di eventuali risposte, l'impatto con esperienze che mettono alla prova può essere così duro da essere respingente, nonostante la cura che educatori e insegnanti possono aver speso per rendere accoglienti tali esperienze (ivi, p. 47).

Quando, infatti, ci si trova a dover ridurre la propria pratica professionale al raggiungimento di compiti formalizzati, il rischio è di perdere il contatto con la quotidianità, con i propri alunni e, di conseguenza, con il senso, le finalità e le caratteristiche dell'esperienza scolastica che è anche un'esperienza educativa. “Tutto ciò, però, non è inevitabile: è un rischio che si corre come conseguenza di apprendimenti che si consolidano nella pratica educativa quotidiana. In quanto tale, su di esso è possibile lavorare” (Palmieri, 2021b, p. 56).

Ripensare alla scuola degli adolescenti di oggi, dunque, significa per gli insegnanti e per il contesto scuola imparare a orientare le proprie pratiche professionali verso la creazione di nuove opportunità per gli alunni di “fare esperienza di adolescenza” a scuola; significa vigilare affinché gli studenti vedano nei desideri e negli impulsi delle occasioni e non dei fini da raggiungere nell'immediato (Dewey, 1939/2014); significa assumersi la responsabilità di decidere dove e quando gli studenti possono sperimentare la “libertà d'azione” che poi contrapporranno agli stessi adulti (Massa, 1989, cit. in Barone, 2009, p. 113); significa aprire a chi abita quell'insegnamento (ossia a chi insegna e a chi si espone a esso) la dimensione dell'occasione e, quindi, lavorare nel “tempo dell'occasione”, anziché nel tempo cronologico; è nel primo che l'ascolto ha la priorità sulla misurazione dei risultati e sulla “replicabilità del modello di esistenza e di comportamento dello studente” (Cappa, 2021, p. XII). Tutto questo vuol dire, anche, come già anticipato, creare un'alleanza tra educazione e istruzione e non alimentarne la contrapposizione, né tantomeno la giustapposizione. Anche grazie a questo avvicinamento – che non si traduce in una “riconsegna dell'insegnamento all'educazione” (Biesta, 2017/2021, p. 127) –, tali professionisti potranno “riscoprire l'insegnamento” nella società contemporanea, che vuol dire soprattutto riscoprire il senso del proprio agire come insegnanti che è, tra le altre cose, soprattutto un riscoprire la voglia di cambiare le condizioni di esistenza degli studenti che incontrano

(Cappa, 2021). Questo significa per gli insegnanti indirizzare gli studenti alla libertà, concetto ben lontano dal mito celebrato dalla contemporaneità

della “libertà sovrana”, che Hanna Arendt ha giustamente criticato, ma la libertà intesa come azione (Arendt, 1958), la “difficile libertà” (Lévinas, 1963) di cui facciamo esperienza quando proviamo a esistere nel e con il mondo e non solo con noi stessi. È in quell’“incontro” che nasce la domanda se ciò che desideriamo davvero – i desideri che troviamo “in” noi stessi – coincide con i desideri che ci aiuteranno a esistere nel e con il mondo in modo adulto – vivere nel mondo, senza occuparne il centro (Meirieu). Questo significa esistere come soggetto, non come oggetto, nella difficile “via di mezzo” (Biesta, p. 127).

Tutto questo è reso possibile dalla messa in discussione della forma-scuola attuale e, quindi, dalla scoperta, riscoperta e valorizzazione delle dimensioni che “sorreggono proceduralmente e simbolicamente il fare quotidiano degli insegnanti e degli alunni” (Barone, 2019, p. 78), grazie a cui aiutare gli studenti a costruirsi una propria progettualità, non come individui ma come soggetti insieme ad altri soggetti, nel e con il mondo (Biesta, 2017/2021), grazie a cui insegnare agli studenti a “vivere” (Morin, 2014/2016).

2. La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli adolescenti

Per poter proporre delle considerazioni circa l'oggetto di questo capitolo, ci sembra necessario, innanzitutto, riportare la nostra postura teorica rispetto alla salute mentale e al disagio. La nostra riflessione proseguirà sul significato che la promozione e la prevenzione assumono relativamente a questi costrutti, in riferimento a una prospettiva pedagogica, nonché sugli attori e sui contesti potenzialmente partecipi di questo percorso *con e per* gli adolescenti.

2.1 La salute mentale e il disagio: due termini, molteplici radici e significati

Dare una definizione di salute mentale oggi sembra alquanto semplice e scontato a chi, per ragioni personali, professionali o semplicemente per attitudine, percepisce questa dimensione molto vicina a sé, parte di sé e della propria esperienza di vita. Allo stesso modo, è molto diffusa ancora ai nostri tempi una predisposizione a “clinicizzare” la salute mentale, che porta a una sua riduzione e completa sovrapposizione con la nozione di psichiatria, nonché a stigmatizzare tutto ciò che a essa è collegata (MacDonald, 2006). Il disagio, invece, con tutte le sue varie rappresentazioni, sembra essere un concetto tanto astratto quanto rintracciabile e tangibile nella quotidianità di ciascuna persona e di cui ognuno “fa esperienza”; per questo motivo, esso risulta difficile da circoscrivere a un unico luogo e da descrivere con un'unica definizione.

In ogni caso, come dimensioni esperienziali, sia la salute mentale sia il disagio si intersecano e divengono parte della vita di ciascun individuo e, in quanto esperienziali, sono dimensioni che possono essere “apprese” (Palmieri, 2013a). Nei sotto-paragrafi che seguono, proveremo a trattare questi due concetti per arrivare a comprendere il loro potenziale “mutabile”, e, dunque, l'impatto che il singolo e la collettività hanno sulla loro trasformazione o preservazione.

2.1.1 Dalla “follia” alla salute mentale: un percorso ancora in atto

La diffusa propensione attuale ad allontanare, a confinare e a etichettare come “altro da sé” tutto ciò che riguarda la sfera della salute mentale è un riflesso di cui possiamo cercare le origini nel passato.

Come delineato dalla disamina storica riportata da Michel Foucault (1926-1984) nella sua opera *Storia della follia in età classica* (1972/1976), a partire dal Seicento, nel mondo Occidentale del Vecchio Continente, inizia a emergere la concezione di ciò che era detta “follia” come l’incarnazione del disordine morale e dell’incapacità dell’individuo di avere dominio su se stesso, che lo rendeva, dunque, autore di azioni intollerabili, di comportamenti troppo lontani dal “modello di razionalità sociale” (Barone et al., 2002, p. 53), il quale si andava ad affermare in quegli anni; tali comportamenti si traducevano in minaccia all’integrità morale e in un pericolo per la società. Se, infatti, nel Medioevo il “folle” era sì il simbolo della condizione umana senza senso, ma anche il possessore di un sapere misterioso e ampio, il quale gli permetteva di avvicinarsi a realtà al di fuori della portata dei più (Foucault 1972/1976; Gambacorti-Passerini, 2019), nella società Sei-Settecentesca, profondamente necessitante di comprendere il mondo con estrema razionalità, quel mistero e quell’“assenza di senso” divenivano dimensioni destabilizzanti (Foucault 1972/1976; Barone et al., 2002). La “follia” era un problema sociale, un intralcio a quella visione di ragionevolezza dell’essere umano che si voleva affermare con forza nel XVIII secolo.

In quel periodo storico, la “sragionevolezza” veniva per la prima volta riconosciuta in individui concreti (e non in personaggi astratti della *Nave dei folli*⁹ del Rinascimento) che, dunque, come tali, potevano e dovevano essere realmente e materialmente “circostritti” a luoghi lontani dalla comunità, non deviata, come secoli prima era stato fatto per gli affetti dal morbo di Hansen¹⁰. Ed è proprio nei lebbrosari del Medioevo, isolati e decentrati dalle città, che secoli dopo venne raggruppata e rinchiusa tutta la popolazione emblema della decadenza della società: “Poveri, vagabondi, corrigendi e ‘teste pazze’ riassumeranno la parte abbandonata dal lebbroso” (Foucault, 1972/1976, p. 7). Ebbe inizio così quello che Foucault chiama “Grande Internamento”, un’espressione coniata da questo filosofo (1972/1976) proprio per definire il fenomeno di segregazione, iniziata in Europa nel XVII secolo. Tale segregazione riguardava non solo dei folli, ma anche dei “poveri, [...] vagabondi, [...] baroni, [...] sfaccendati, [...] disgraziati, [...] balordi, [...] perversi, [...] ragazzi abbandonati [in] un contenitore in cui tutte queste diverse forme di esperienza vengono confuse e messe insieme” (Barone et al., 2002, p. 53).

⁹ La *Nave dei folli* è un dipinto di Hieronymus Bosch del 1494, cui Foucault (1972/1976) fa riferimento nel suo testo.

¹⁰ L’unica definizione utilizzata legalmente dagli enti pubblici e statali italiani per fare riferimento alla patologia meglio conosciuta come *lebbra*, si veda <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?area=Malattie%20infettive&id=203&lingua=italiano&menu=indiceAZ&tab=1> (ultimo accesso: 27/08/2022).

Quei luoghi svuotati dai lebbrosi venivano ripopolati non solo di soggetti, ma anche degli stessi significati dei quali erano portatori: l'esclusione e l'immagine di un pericolo che può essere debellato solo se circoscritto a un'area specifica. E così, in uno spazio tanto chiuso e definito, quanto aperto a ogni forma di sregolatezza,

la follia [...] trova ora il suo luogo privilegiato e quasi esclusivo di apparizione; quasi da un giorno all'altro (in meno di cinquant'anni in tutta Europa) le è stato attribuito un territorio limitato dove ognuno può riconoscerla e denunciarla [...]; a partire da quell'istante, e in ciascun personaggio in cui essa si incarna, sarà possibile esorcizzarla con un solo tratto per mezzo di misure d'ordine e di precauzioni poliziesche (Foucault, 1972/1976, p. 62).

I primi istituti di internamento, come suggerisce la mescolanza e l'eterogeneità dei soggetti portatori e rivelatori di "alienità", non avevano infatti uno scopo "medico", quanto piuttosto di controllo. Prendendo come esempio l'*Hopital général* di Parigi, struttura fondata nel 1656 e massimo simbolo del Grande Internamento foucaultiano, nonostante il suo nome possa trarre in inganno e nonostante la grande numerosità di folli, non presentava alcuna caratteristica ospedaliera, quanto piuttosto quella carceraria. I medici erano chiamati a intervenire per curare gli internati che si ammalavano, ma non la loro follia; questi non erano infatti le figure predominanti di tale istituzione, che era invece retta da un potere interno posseduto dal mondo giudiziario e da quello poliziesco, concesso dal re (Foucault, 1972/1976).

Ci volle circa un secolo affinché la follia acquisisse lo status di "malattia mentale", oggetto di trattamento medico, e che i folli divenissero "malati di mente". Stiamo parlando della fine del Settecento e degli inizi dell'Ottocento, quando questi individui iniziarono a essere distinti dai poveri, dai criminali, dai venerei che non venivano più accettati in quegli enti, i quali andavano via via a definirsi come esclusivamente destinati ai primi (Foucault, 1972/1976): "Il diciannovesimo secolo accetterà, esigerà perfino, che si destinino esclusivamente ai folli le terre dove centocinquanta anni prima si era voluto rinchiudere i miserabili, i pezzenti, i disoccupati" (ivi, p. 44). Il 30 giugno del 1838¹¹ venne, infatti, istituita in Francia la legge nota come "Legge dei folli", ispirata ai lavori da Philippe Pinel (1745-1826) a Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), che diede impulso a iniziative legislative in tutti gli stati europei¹². Tuttavia, la configurazione, fisica e percepita, di confinamento, di controllo, di decentralizzazione delle strutture che prima avevano custodito i lebbrosi e poi i folli continuava a resistere nei cosiddetti

¹¹ Tale legge prevedeva l'apertura di un rifugio per i malati e il loro collocamento in una struttura sotto il controllo dell'autorità medica "in tutti i distretti (suddivisioni territoriali francesi), che necessitano di 'collocamento forzato', o mandati per iniziativa dell'autorità pubblica rappresentata dal Prefetto ('internalizzazione ufficiale') o da parte della cerchia del paziente ('internalizzazione volontaria'), quando il malato rappresenta un pericolo per sé o per gli altri" (Miermont, 2019; si veda anche De Cristofaro, 2018).

¹² Anche l'Italia prenderà spunto dalla suddetta legislazione francese per l'istituzione della cosiddetta "Legge Giolitti", ossia la n.36/1904 *Legge sui manicomi e sugli alienati* (De Cristofaro, 2018).

“asili” e poi “manicomi” per i malati di mente. I malati erano sì soggetti riconosciuti “legalmente” e da trattare clinicamente, ma rimanevano ancora degli internati, che rappresentavano un pericolo e, quindi, soggetti da allontanare dalla società e da giudicare e controllare anche dall’interno. Certo, il giudizio e il controllo non erano più nelle mani dei giudici e dei poliziotti, ma in chi aveva preso a tutti gli effetti quel potere: il medico (Foucault, 1972/1976; Castel, 1980). Era il medico a dover determinare se un individuo era colpito dalla follia e, quindi, la sua ammissione all’asilo. Era lui a dover decidere i trattamenti destinati al malato e aventi lo scopo di reprimere e punire le esternazioni di quel male che si presentava nelle sue forme eccessive e bizzarre, di cui il malato era “colpevole” e che quindi doveva “espiare”.

L’internamento non sparisce col processo di ospedalizzazione del diciannovesimo secolo, anzi diventa esso stesso “un atto terapeutico” (Foucault, 1972/1976, p. 79). Anche negli asili, infatti,

tutto è organizzato in modo che il folle si riconosca in un mondo del giudizio che lo circonda da ogni parte; egli deve sapersi sorvegliato, giudicato e condannato; dalla colpa alla punizione il legame deve essere evidente, come una colpevolezza riconosciuta da tutti” (ivi, p. 277).

Dunque, nonostante l’opera riformista delle case di internamento, riconosciuta soprattutto nell’operato del medico francese Pinel e del quacchero inglese Samuel Tuke, (1784-1857), che “liberava” i folli dalle catene, dalle celle e dai soprusi, altrettante forme di repressione furono create e “al libero terrore della follia [si sostituiva] l’angoscia chiusa della responsabilità” (Foucault, 1972/1976, p. 268).

Considerando i limiti del processo di “liberazione dei folli” scandagliati nell’opera di Foucault (1972/1976), a Pinel va comunque riconosciuta l’apertura dello sguardo medico all’interno degli asili; è lui, infatti, che introduce all’importanza della conoscenza del malato e dei suoi sintomi (su cui basare i trattamenti), sia mediante osservazione diretta delle loro manifestazioni sia grazie a quelle riportate dalle persone più vicine al degente (Gambacorti-Passerini, 2019). È, infatti, a partire da queste premesse che nell’Ottocento la *psichiatria* (denominazione coniata nel 1808 dallo psichiatra tedesco Christian Reil) si impone come disciplina medico-scientifica (ibidem).

Tuttavia, se per Pinel l’origine della malattia mentale era da rintracciare nelle dimensioni morali e passionali della mente – quando non contenute dalla ragione (Barone et al., 2002) – e potenzialmente “curabili” grazie al “trattamento morale”, negli anni del positivismo le cause erano da imputare a lesioni e/o alterazioni di elementi organici (anatomici, fisiologici, biochimici). La tesi di Wilhelm Griesinger (1817-1868) secondo cui la “malattia mentale è [la] malattia del cervello” sanciva la nascita della psichiatria positivisticò-scientifica. Si sviluppò così

la tendenza a medicalizzare la psichiatria (nonché a “trattarla” a livello organico) e con essa la necessità di raggruppare, ordinare e nominare le manifestazioni di questi “disfunzionamenti”, come era ormai avvenuto per le malattie somatiche, che avevano trovato una loro classificazione in base all’eziologia e all’anatomia patologica (Salomone, Arnone, 2009; Gambacorti-Passerini, 2019). Nasceva, infatti, in questi anni a opera dello psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1857-1926), la classificazione delle malattie mentali, di cui ancora oggi troviamo le tracce nella moderna nosografia dei disturbi psichiatrici (Babini, 2009).

L’importanza dell’osservazione medica del malato introdotta da Pinel ritornava ora nel lavoro di Kraepelin (Gambacorti-Passerini, 2019), col quale essa assumeva un ruolo primario per poter descrivere e classificare la malattia a partire da specifiche combinazioni di sintomi, che venivano posti in relazione con il decorso e ed esito dell’evento patologico e con elementi di ordine biologico (ereditarietà) e somatico (anatomia patologica) (Salomone, Arnone, 2009). Tuttavia, l’osservazione clinica dello psichiatra tedesco si basava su una linea di pensiero organicista per la quale il malato, al pari di fenomeni fisici e chimici, diveniva “oggetto di indagine”, quindi da studiare con lo stesso distacco e “obiettività” delle scienze naturali. Infatti, pur riconducendo l’origine dei disturbi mentali non solo a cause endogene, ma anche a quelle esogene, Kraepelin riconosceva in queste ultime un significato “clinico”, ossia il loro ruolo nelle alterazioni cerebrali (ibidem; Babini, 2009). Possiamo presumere che tutto questo non facesse altro che rafforzare il potere “trattamentale” dell’internamento e, quindi, dell’isolamento e dell’allontanamento dal proprio ambiente familiare e sociale – proposto dal “trattamento morale” (Colucci, Di Vittorio, 2001, p. 136) e concretizzato dalla suddetta legislazione francese del 1838. Il malato mentale era, infatti, colui che doveva essere sottratto alla possibilità di avere delle relazioni con il mondo esterno, poiché “[...] ad ogni autentica attività si deve rinunciare, poiché il cervello malato necessita assolutamente di essere risparmiato al massimo al fine della sua guarigione” (Kraepelin 1903, cit. in Costa 2017, p. 17). Veniva così a essere escluso qualsiasi interesse verso l’esperienza di vita e di malattia della persona, verso “il lato puramente personale della malattia del paziente [il quale] non è che incidentale o accidentale” (Gambacorti-Passerini, 2019, p. 36).

La classificazione dei disturbi mentali appena descritta ha fatto sì che la psichiatria si ergesse a scienza autonoma e che ricoprisse una posizione rispettabile tra tutte le altre discipline mediche. Tuttavia, allo stesso tempo, tale specificità e inflessibilità di inquadramento dei disturbi psichiatrici ha contribuito a una loro completa sovrapposizione coi soggetti portatori “di un cervello malato”, che cambiavano così (ancora una volta) i loro nomi, i quali ora definivano

entità cliniche distintive. Al folle, allo sragionato, alla testa pazza – prima dimenticati e confusi con i poveri, i disgraziati, i perversi, i libertini e poi riconosciuti come malati – si sostituivano il demente, il paranoico, il catatonico, lo psicotico, l'isterico, il maniaco-depressivo, che determinava, sì, un'attenzione e “collocazione” medica specifica, ma, insieme a essa, anche una “stigmatizzazione clinica” del malato psichiatrico, ridotto e intrappolato in una definizione che verrà ereditata dai secoli successivi (Cargnello, 1980).

Fu solo agli inizi del Novecento, seppur sempre con sguardo clinico, che il malato psichiatrico iniziò a essere visto come soggetto, “la cui malattia psichica fa parte della vita e deve essere esplorata all'interno della vita” (Gambacorti-Passerini, 2019, p. 39), e non come oggetto che può solo essere “osservato” in contesti clinici e separati da quelli vitali. A questo soggetto, ridotto al silenzio dal positivismo, Sigmund Freud (1856-1939), padre della psicoanalisi, restituiva il “linguaggio” (Foucault, 1972/1976, p.163). Tale voce trovava la sua massima espressione nella relazione tra malato e medico, il che faceva di quest'ultimo “lo Sguardo assoluto, il Silenzio puro, il Giudice che punisce e ricompensa [...]; ne ha fatto lo specchio in cui la follia, in un movimento quasi immobile, s'innamora e si disamora di se stessa” (Foucault, 1972/1976, p. 282).

Dunque, secondo Foucault, nella psicoanalisi freudiana, il medico continuava, seppur in forma diversa, a mantenere la sua onnipotenza. Tuttavia, per la prima volta, i fenomeni psichici venivano posti nel campo dell'esperienza soggettiva, soprattutto passata, i quali potevano essere raggiunti grazie all'analisi dei sogni, dei lapsus, degli atti mancati, degli errori del soggetto (Gambacorti-Passerini, 2019). Infatti, come affermò Ludwig Binswanger (1881-1966) (psichiatra, psicologo e filosofo svizzero, sul cui pensiero torneremo a breve), Freud “ha avvicinato l'uomo al mondo e il mondo all'uomo. Egli ha mostrato che noi siamo nel mondo, abbiamo un mondo e disponiamo di un mondo, non solo con la nostra coscienza, ma anche in modo ‘inconscio’” (ivi, 1957/2013, p. 76).

Tuttavia, è con Karl Jaspers (1883-1969), psichiatra e filosofo tedesco, a emergere esplicitamente l'insoddisfazione per il paradigma naturalistico di Griesinger. Egli, influenzato dalla fenomenologia husserliana, propose una distinzione tra “spiegare” (*erklären*) – come conoscenza delle cause di un fenomeno visto dall'esterno – e “comprendere” (*verstehen*) – come visione intuitiva dello spirito dall'interno. Con questa definizione, Jaspers introduceva nel mondo della psichiatria la necessità per il medico di mettersi in relazione col malato, per empatia (*Einfühlung*), “poiché quegli invero è un soggetto, non posso considerarlo alla stregua di un qualunque oggetto percepibile, ma occorre penetrare, al di là delle espressioni esterne, nei

suoi pensieri, intenzioni, stati d'animo, in certo modo identificandomi con lui” (Jaspers, 1913/1964, p. 58). La distinzione tra “spiegazione” e “comprensione” corrispondeva, infatti, alla distinzione tra “spiegazione scientifica” e “indagine fenomenologica” (Galimberti, 2000, p. 65). Quest’ultima, secondo Jaspers, “ha il compito di rendere presenti ed evidenti di per sé gli stati d'animo che i malati sperimentano (*erleben*), astenendosi da tutte le interpretazioni che trascendono la pura descrizione” (Jaspers, 1913/1964, p. 244). A differenza dell’indagine fenomenologica, la spiegazione scientifica prevede, invece, di oggettivare l’uomo e

trasforma i fenomeni o nel senso che li sussume sotto leggi mettendoli in relazione con altri fenomeni differenti, o nel senso che li frantuma in parti che in qualche modo sono prese come più reali della configurazione di quelle parti che si assumono come costituenti il fenomeno in questione (ivi, p. 244).

È per lo stesso concetto di “frammentazione”, intercettata anche nella psicoanalisi, che Jaspers rivolgeva una critica a Freud, il quale “[...] confronta la sua attività con quella di un archeologo che da frammenti interpreta opere umane” (Jaspers, 1913/1964, p. 332). Iniziava a emergere con Jaspers l’idea dell’uomo nella sua totalità:

Se infatti oggetto della psichiatria è l'uomo, e non solo il suo corpo, ma lui stesso nella totalità della sua persona, [...] occorre rendersi conto che l'uomo, nella sua totalità, sta oltre [*iiberhinaus*] ogni possibile e afferrabile oggettivazione. In quanto aperto alla comprensione delle cose, l'uomo non può essere ridotto a oggetto di studio, perché così si distrugge quella totalità comprensiva che noi siamo [*das Umgreifende das wir selbst sind*], per far emergere solo qualche suo aspetto oggettivo (Jaspers, 1958/1969, cit. in Galimberti, 2000, p. 70).

Jaspers non confutava, con questa affermazione, il valore delle indagini organicistiche nello studio delle malattie mentali, ma conferiva estrema importanza agli aspetti soggettivi delle manifestazioni psicopatologiche, che erano l’essenziale e che avevano bisogno, per essere comprese, di altre modalità di indagine (Cargnello, 1980). L’obiettivo del nuovo metodo proposto da Jaspers, detto fenomenologico “soggettivo”¹³, era quello di discriminare il *comprensibile* dallo *spiegabile*: tutto quello che di un quadro mentale è comprensibile può essere ricondotto allo psichico, mentre ciò che – nonostante le manifestazioni con fenomeni psichici (es. delirio) – rimane incomprendibile è da imputare a un quadro organico e può essere spiegato ricercando dei rapporti di causalità col soma (ibidem). In base a questa teoria, quando tali fenomeni divengono incomprendibili a chi è sottratto a quell’esperienza psicotica (come il medico) – ossia quando sfuggono alla capacità di immergersi negli stati psichici degli altri-da-noi (e quindi

¹³ Secondo Borgna (2006), la fenomenologia jaspersiana può essere definita soggettiva, in quanto “considera incomprendibili i fenomeni che non possano essere rivissuti, e sentiti (per analogia) come propri, da noi che, sottratti ad una esperienza psicotica, ci confrontiamo con il paziente”; mentre la fenomenologia binswangeriana può essere definita “obiettiva”, poiché “ricerca nei fenomeni psicopatologici, al di fuori della loro comprensibilità, o incomprendibilità, soggettiva una radente articolazione di senso”.

all'empatia) – la psichiatria non può consegnare significati alle esperienze psicotiche. In questo caso, il ruolo dello psichiatra è “solo” quello di indagare “il come”, ossia come il malato si manifesta al mondo (ibidem).

Secondo la visione jaspersiana, dunque, il sintomo dello psicotico o del nevrotico non è da ricercare solo nella deviazione di una funzione spiegabile in termini organicistici, ma, innanzitutto, in un modo di elaborare l'esperienza che va compresa in termini psicologici come peculiare configurazione di *essere al mondo* e di progettare un mondo. In questa prospettiva, non è il trauma del passato, dell'interpretazione psicoanalitica, a disturbare l'esistenza e a procurarne la sua alienazione, ma la modalità con cui la stessa esistenza vede il mondo; “una modalità che, in quanto trascendentale, presiede sia il passato sia il futuro, impedendo al passato di passare, e al futuro di annunciarsi come avvenire” (Galimberti, 2000, p. 74). Sulla base di queste considerazioni, la malattia mentale diveniva per Jaspers un “modo di vivere” e, in considerazione di ciò, il mondo del malato poteva essere descritto come quello del sano, poiché cadeva la distinzione tra malattia e salute, in quanto essenziale diventava l'individuo in rapporto al suo mondo (Galimberti 2000; 2001; Gambacorti-Passerini, 2019).

L'apertura verso “l'umano” in ambito psichiatrico, tracciata da Jaspers, proseguiva in quegli stessi anni con Binswanger, ma in una prospettiva “antropologica”. Come specificato da Cargnello (1980), dagli inizi del Novecento e fino alla sua metà, era sempre più frequente il termine *antropologia* negli scritti scientifici psichiatrici, in accezione diversa (anche se non sempre ben esplicitata) da quella imposta dalle scienze naturali per ritornare invece al significato etimologico della parola, ossia “studio comprensivo di tutto l'uomo” (Gemelli, Zuini, 1947, cit. in Cargnello, 1980). Binswanger, in accordo col pensiero di Heidegger – e a tale concezione originaria dell'antropologia –, introdusse l'espressione *antropologia-fenomenologica* (*Daseinsanalyse* – anche tradotto “Antropoanalisi”) per riferirsi a un metodo che voleva inserire nel campo degli studi psichiatrici. In base a questo metodo, per studiare l'uomo “non [si] doveva avere a monte alcuna teoria sull'uomo, nessuna preconcepita costruzione concettuale sull'uomo, né chiedersi quali siano i compiti a cui questi è chiamato nel mondo” (Cargnello, 1980), come invece accadeva con le metodiche oggettivanti delle scienze naturali e in parte ereditate dalla psicoanalisi (Galimberti, 2000). Era questo che Jaspers tempo prima aveva disapprovato della metodologia psicanalitica, chiedendosi se questa si proponeva come compito effettivamente “di comprendere l'uomo o quello di trovare nell'uomo la conferma delle teorie preposte alla sua spiegazione” (Galimberti, 2000, p. 66).

L'approccio proposto da Binswanger si poneva l'obiettivo di comprendere l'uomo nel significato di "com'è" nel suo essere propriamente tale, attraverso l'analisi fenomenologica dell'Esserci (*Dasein*), come a priori essere-nel-mondo. L'Esser-ci, nella prospettiva binswangeriana, assume il significato pronunciato da Heidegger, per il quale "l'uomo è *Dasein* e l'essenza del *Dasein* è l'*Existenz*" (Galimberti, 2000, p. 77) e non, come per Jaspers, il semplice 'esserci' o 'esser-lì', come le cose, gli eventi naturali, i prodotti e le creazioni naturali, in relazione con il mondo (ibidem); in altre parole, "[...] l'uomo è l'essere che fa sì che un mondo esista" (Binswanger, 1957/2013, p. 24). La costituzione fondamentale dell'Esistenza è, quindi, l'Esserci in quanto a priori essere-nel-mondo, la cui essenza è costituita dal "poter-essere", "poiché l'essere fintanto che esiste, potendo-essere ha sempre ancora qualcosa da essere" (Heidegger, 1927/1971, p. 280). Per Binswanger, dunque, "il folle, l'uomo che 'sogna', ha pur sempre un 'mondo', anche se esso si allontana dal 'mondo comune' a cui sono aperti gli 'uomini desti'" (Ippolito, 2013, p. 14).

Era grazie a questa stessa prospettiva che il malato psichico veniva considerato, prima di tutto, un uomo – la cui malattia poteva essere compresa "come *naufragio* dell'*ek-sistenza*, in altre parole come un blocco ed un arresto del movimento storico proprio dell'esserci, dunque della possibilità umana di sviluppo, maturazione e trasformazione" (Binswanger, 1957/2013, p. 50) – e che la psichiatria diventava "scienza dell'uomo". Lo psichiatra, dunque, muovendosi nell'ambito della comunicazione esistenziale e di una prospettiva psicoterapeutica, diventava "colui che vuole guarire l'altro" (ivi, p. 53). Con questo intento, egli, secondo il filosofo e psichiatra svizzero, doveva porsi in un rapporto col malato di libero incontro, per

aprire ai decorsi esistenziali così modificati nuove possibilità strutturali; in altre parole, di rendere i malati liberi per la decisione scotendoli sul piano esistenziale [*existenziell*], di ricondurre l'esserci nella pienezza delle sue possibilità d'essere ed insieme del suo poter esser-esser-se stesso (ivi, p. 54).

In questo processo, l'uomo-malato diventava partecipe e protagonista di questa relazione e non un soggetto passivo, di cui analizzare il passato. Come per la psicoanalisi, anche per la psichiatria di orientamento analitico esistenziale "è indispensabile il più minuzioso esame della storia della vita dei suoi malati" (ibidem). È, infatti, solo grazie a essa che lo psichiatra poteva arrivare a raggiungere le deviazioni o fallimenti dell'Esserci e a comprendere dove, come e quando si è "perduto nei sogni", per ricondurlo dal suo mondo distorto a quello del "dritto" (ibidem). Tuttavia, a differenza dell'orientamento psicanalitico, in un'ottica antropoanalitica, l'obiettivo dello psichiatra non era "spiegare" la storia di vita del paziente, ma "svilupparla attivamente" insieme all'uomo-malato (ibidem). Come Jaspers, anche Binswanger, infatti,

avanzava esplicitamente una critica alla psicoanalisi di Freud, nello specifico alla sua concezione del mondo come mero risultato della proiezione di conflitti inconsci, di impulsi primordiali (Ippolito, 2013, p. 17). Quello che, tuttavia, egli giudicava negativamente della psicoanalisi non era il tentativo di “dar senso” a quegli atti mancati, lapsus ed errori, ma il fatto che “l’interpretazione è ‘interpolazione’ quando cerca di ricondurli a teorie “di una scuola [...] quale essa sia” o a categorie “che essa preferisce” (Binswanger, 1957/2013, p. 54; Ippolito, 2013, p. 22). È invece l’assenza di propositi interpretativi che Binswanger criticava alla fenomenologia jaspersiana, che “non va oltre la semplice *Einfühlung* o conoscenza per immedesimazione” (Binswanger, 1927, p. 48). La fenomenologia per Binswanger, infatti, non era semplice interpretazione del vissuto. A differenza della fenomenologia soggettiva di Jaspers, che escludeva la possibilità per la psichiatria di consegnare significati alle esperienze psicotiche che non potevano essere rivissute e sentite come proprie, quella di Binswanger è definita “obbiettiva” in quanto si propone di accedere direttamente ai fenomeni psicopatologici per ricercare in essi, al di là della loro comprensibilità o incomprensibilità (di jaspersiano significato), un senso e orizzonti di significato (Borgna; 2006; 2019). Accogliendo tale prospettiva, lo psichiatra poteva ricondurre il mondo dei malati, i loro linguaggi e i loro simboli “al linguaggio e al mondo dell’esperienza naturale” (Binswanger, 1957/2013, p. 55). Per Binswanger “il metodo è fenomenologico (in senso husserliano) e l’oggetto della indagine è la condizione umana nella sua problematicità e nella sua ineffabilità” (Borgna, 2019).

Seguendo il pensiero binswangeriano, dunque, ciò che è detta “sanità psichica” e “malattia psichica” non devono essere considerate come due condizioni antitetiche, bensì come esperienze umane esistenzialmente diverse, poiché “il malato di mente ‘soffre degli stessi complessi di cui soffriamo noi’ [...] egli si muove nelle nostre stesse fondamentali direzioni storico-spaziotemporali, anche se in modo diverso” (Binswanger, 1957/2013; 1970, pp. 266-267). Dunque, la psichiatria deve muoversi verso l’umano, poiché i due mondi del “sano” e del “malato” sono delle rivelazioni del possibile dell’uomo. Binswanger, infatti, riferendosi ai “nuovi” approcci psicoterapici – che vedevano lo psicoterapeuta prendere parte alla scena del mondo dei malati come “deuteragonista” – ed elogiando alcune esperienze, svolte a Ginevra e in America, scriveva:

Quanto più queste ricerche [...] si sviluppano sotto il segno della comunicazione esistenziale e non solo dell’ambizione psico e fisioterapeutica e della routine terapeutica, tanto prima anche il folle, abbandonato il ruolo del combattente cieco e martire sulla scena della follia, potrà essere da parte sua un compagno dell’esistenza, cioè non solo un uomo *sano* ma un uomo (Binswanger, 1957/2013, p. 55).

È nel “dialogo ermeneutico” che queste esperienze si incrociano; un dialogo in cui

non ci sono un soggetto ed un oggetto, ma c'è l'incontro di due orizzonti, che si fonde in un orizzonte nuovo, costituito da un cambiamento di entrambi nel momento dell'interpretazione: si verifica un aumento di essere come dice Gadamer (Barison 1990, cit. in Borgna, 2019).

La fenomenologia e l'antropoanalisi hanno, dunque, fortemente contribuito, nel corso del Novecento, al radicale cambiamento del modo di comprendere la malattia mentale in termini di esperienza dell'Esserci. Nonostante, infatti, tali riflessioni non trovassero un riscontro diffuso nella pratica clinica psichiatrica (anzi si scontrassero con essa) come invece auspicato da Binswanger, è indubbio che iniziarono a smuovere le coscienze circa il “fare-psichiatria” e a porre le basi delle correnti più decisive di psichiatria sociale (Borgna, 2019). Partendo, infatti, dai principi della fenomenologia-antropologica, nella prassi psichiatrica di metà Novecento si iniziò a prestare attenzione allo spazio e al tempo non più come contenitore di cose, l'uno, e come misura di ore l'altro, quanto piuttosto come parti dell'esistenza dell'uomo e quindi dell'uomo internato. Se, infatti, l'uomo in quanto Esserci, quindi essere-nel-mondo a-priori, si trovava a vivere un'esperienza di malattia, come si poteva pensare di considerare marginale in questa esperienza proprio il suo mondo? Se quella frattura nell'esistenza, che fa dell'esperienza un'*esperienza di malattia*, è proprio dovuta al blocco del poter-essere, a quel restringimento, contrazione, appiattimento della visione del mondo dell'Esserci, che vive ogni situazione come situazione-limite e quindi angosciante, come si poteva pensare di curare questa frattura in un ambiente che poneva dei limiti a priori?

I limiti che le istituzioni totali del Novecento ponevano non erano “soltanto” fisici, strutturali, spaziali, ma riguardavano e implicavano anche e soprattutto la possibilità di essere-cittadini-nel-mondo. Il malato di mente dei manicomi era soprattutto un escluso sociale, privato dei diritti più elementari (Colucci, Di Vittorio, 2001).

Partendo, infatti, da queste riflessioni di influenza fenomenologica-antropologica, a partire dalla metà del Novecento col movimento definito “anti-psichiatrico”, di cui Franco Basaglia (1924-1980) fu uno dei massimi esponenti, si andò a delineare una nuova prospettiva circa l'impatto che i “luoghi destinati” alla malattia mentale avevano nell'evoluzione dell'esperienza di malattia.

Relativamente alle istituzioni manicomiali, non venivano “soltanto” riconosciuti e denunciati gli obiettivi di isolamento, controllo, contenimento e repressione sociale, mascherati da più nobili propositi di trattamento e cura, ma anche e soprattutto la responsabilità di “produrre malattia”. Ci si chiedeva come fosse possibile “incontrare” il paziente, avviare con lui quel

“dialogo ermeneutico”, senza prima togliere le macerie, ossia le rappresentazioni sociali, politiche, ideologiche, economiche e materiali, sotto cui l’istituzione manicomiale aveva seppellito quel paziente. Diveniva quindi necessario, a questo scopo, avviare un processo di “deistituzionalizzazione” per far riemergere il vero volto del malato (ivi, p. 90).

Questi stessi principi, già un secolo prima, avevano guidato il lavoro di John Conolly (1794-1866), che, nel 1839, si era battuto per l’abolizione di tutti i mezzi di restrizione fisica dei manicomi e, soprattutto, in modo ancora più radicale, per l’eliminazione di tutte le forme istituzionali di restrizione personale come l’isolamento e la privazione dei propri oggetti (Colucci, Di Vittorio, 2001). Come riportato da Pirella e Casagrande (1997), la grande intuizione di Conolly fu quella di riconoscere che “il problema del malato di mente” non è soltanto “scientifico-istituzionale”, ma anche “socio-politico” (ivi, p. 173; Colucci, Di Vittorio, 2001). Dunque, sulla base di questa intuizione, il movimento anti-psichiatrico comprese che l’intervento in psichiatria non poteva limitarsi all’esame di solo uno di tali problemi, poiché il primo (scientifico) incideva sul secondo (politico), da cui a sua volta ne era condizionato; senza la componente sociale non era possibile la psichiatria e le definizioni della malattia mentale; inoltre, gli interventi terapeutici valevano, e quindi potevano essere modificati, se ricollegati a un contesto sociale e a un insieme di norme di una società in un determinato momento storico (Colucci, Di Vittorio, 2001). D’altronde, come abbiamo sopra riportato, erano stati “sociali” i motivi dell’internamento dei “folli”; erano stati socioeconomici i motivi della necessità di distinguere i poveri dai malati di mente; ed era sempre stato per un problema di “pericolosità sociale”, proclamata a livello legislativo, che si era ribadita la necessità di rinchiudere i malati di mente e allontanarli dalla famiglia e dalla società (Foucault, 1972/1976; Cargnello, 1980; Barone et al., 2002; Gambacorti-Passerini, 2019).

Anche dietro “l’accettazione” del modello di ripensamento e superamento strutturale (fisico, organizzativo e terapeutico) dei manicomi della metà del Novecento, in quello che prenderà il nome di “comunità terapeutica”, vi era soprattutto una ragione economica del sistema capitalista che aveva necessità di manodopera per la sua ricostruzione post-bellica (ibidem). Per riportare le parole di Basaglia e Ongaro Basaglia (1982),

a livelli diversi di sviluppo economico si manifestano gradi diversi di tolleranza nei confronti della malattia mentale, il che coincide con definizioni diverse di malattia che acquistano – proprio in quanto formulate dai tecnici – un carattere di obiettività assoluta (ivi, p. 121).

Era chiaro, dunque, ai sostenitori dell’antipsichiatria, che il sapere psichiatrico e l’atto terapeutico non potevano prescindere da un’azione politica in grado di denunciare l’anti-terapeuticità

dell'istituzione e la falsificazione ideologica della malattia mentale (Colucci, Di Vittorio, 2001).

Ritornando ora al modello della “comunità terapeutica”, del quale Maxwell Jones (1907-1990) divenne il maggior rappresentante, al di là delle motivazioni che resero possibile tale modello, ci preme osservare che esso poneva le sue basi proprio sulla consapevolezza dell'impatto che l'ambiente e la relazione medico-paziente avevano sul decorso della malattia psichiatrica (Mezzina et al., 1998; Gambacorti-Passerini, 2019). Nelle comunità terapeutiche venivano istituite delle riunioni quotidiane con tutti, medici, infermieri, pazienti con l'obiettivo quello di scardinare quel rapporto adiale e gerarchico dei manicomi. Lo scopo della comunità era far sì che il rapporto tra équipe curante e i pazienti fosse bidirezionale; inoltre, si auspicava che questo rapporto divenisse terapeutico proprio grazie al ri-apprendimento dei ruoli sociali dei pazienti e della loro capacità di interagire con gli altri (Mezzina et al., 1998). I principi su cui si basava la comunità di Jones erano: la *democratizzazione*, ossia il prendere in considerazione l'opinione di tutti; la *permissività*, ossia l'alto grado di tolleranza dei membri della comunità verso gli *acting out* dei pazienti; la *comunitarietà*, di intenti e scopi; il *confronto con la realtà*, al quale tutti i membri della realtà terapeutica venivano continuamente riportati (Colucci, Di Vittorio, 2001).

Basaglia rimase affascinato dal lavoro di Jones in Scozia, nel quale intravide una possibilità “pratica” di umanizzazione del manicomio di Gorizia, che fu chiamato a dirigere nel 1968. Ben presto, però, lo psichiatra italiano, come riportano Mezzina e colleghi (1998) scoprì “la tana della serpe istituzionale” che si nascondeva nella comunità (ivi, p. 148): “l'autorità latente” dell'équipe curante che riemergeva quanto i limiti stavano per essere superati; questa veniva esplicitamente teorizzata da Jones “come condizione ineliminabile per la soluzione dei conflitti” (Mezzina et al., 1998; Colucci, Di Vittorio, 2001, p. 142). Ecco quindi che riemergevano quei costrutti sociali di “pericolosità” e “controllo”, edificati nei secoli sulle spalle e nelle memorie dei malati. Ecco che riemergevano le “catene”, che servivano a ristabilire l'importanza gerarchica della stabilità e del funzionamento della comunità, di una istituzione, rispetto alla libertà dei malati. Era proprio nella contestazione che, invece, Basaglia intravedeva la possibilità di vera libertà del malato e, non attraverso una sua gestione, che, per quanto tollerante, rimaneva pur sempre un mezzo di neutralizzazione della possibilità di contestazione (Colucci, Di Vittorio, 2001).

Oltre alla filosofia della comunità terapeutica, di cui Basaglia, come abbiamo detto, non tardò a riconoscere i limiti, altra corrente importante che, negli stessi anni, cercava di proporsi

come alternativa agli schemi manicomiali era la psicoterapia istituzionale. Tale termine, come riportano Colucci e Di Vittorio (2001), fu coniato da Georges Daumezon (1912-1979) e Philippe Koechlin (1938-1996) per riferirsi a un movimento che prevedeva di utilizzare l'istituzione ospedaliera attraverso attività socioterapiche. François Tosquelles (1912-1994) fu tra i fondatori di questo movimento, che prevedeva la messa in discussione dell'organizzazione gerarchica dei manicomi e la sua modificazione in un sistema orizzontale, che permetteva al malato di diventare un soggetto partecipe dell'azione terapeutica. Tale azione terapeutica consisteva nella creazione di "club" per l'organizzazione e per la partecipazione del malato alle attività quotidiane, che diventano esse stesse parte del lavoro psicoterapeutico. L'obiettivo dei club, infatti, era restituire responsabilità e iniziativa al malato, per far sì che fosse visto e che vedesse se stesso come soggetto attivo. I tre principi di questa nuova corrente, comuni alle comunità terapeutiche, erano: la necessità di superare il concetto "d'asilo", facendo dell'ospedale un'esperienza di cura; la responsabilizzazione della collettività circa il problema della salute mentale; la rottura del rapporto duale medico-paziente come condizione di un approccio terapeutico (Colucci, Di Vittorio, 2001).

I principi di questi movimenti riformisti, insieme ad altre iniziative provenienti dall'Europa di metà Novecento, tra cui gli esperimenti di alcuni reparti *open-door* e di cure proposte in regime di *day hospital* del Nord Europa e della Gran Bretagna (Gambacorti-Passerini, 2019) – nonché la "dottrina settoriale", che originò in Francia e che vide qui la sua messa in pratica nella sanità con la circolare del 15 marzo del 1960¹⁴ – furono rivisti in chiave critica e sviluppati in maniera originale dal movimento antiistituzionale italiano, di cui Basaglia fu il principale promotore.

Tale posizione critica, derivante sia dalle letture di Foucault, Goffmann e Binswanger sia dalla prassi ospedaliera, permise a Basaglia, nonché ai suoi colleghi e successori, di riconoscere i "nuovi" rischi di questi modelli alternativi al manicomio. Nello specifico, per quanto riguarda la comunità terapeutica e la psicoterapia istituzionale, il rischio che lo psichiatra italiano intravedeva era quello di creare delle microsocietà utopistiche, rette da un sistema democratico interno e irreali, che quindi non trovano un riscontro reale nel mondo esterno; nel paradigma di

¹⁴ Ci si riferisce a una forma di decentramento assistenziale che sul piano pratico proponeva la creazione di apparati extra-ospedalieri disseminati sul territorio e strettamente collegati a manicomi più piccoli e moderni rispetto a quelli all'epoca esistenti. Essa prevedeva che ogni dipartimento fosse diviso in settori geodemografici, nei quali un'unica équipe medico-sociale (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, segretario) doveva assicurare per tutti i malati la continuità indispensabile tra individuazione della malattia, cura e assistenza con o senza ricovero post-cura, preoccupandosi di separare il meno possibile il malato dalla sua famiglia e dal suo ambiente (Lagano, 2012; si veda anche Colucci, Di Vittorio, 2001).

prevenzione e di igiene sociale settoriale il pericolo intravisto era quello, invece, dell'esportazione della psichiatria fuori dall'ospedale psichiatrico con la stessa riorganizzazione medico-sociale e con la stessa intenzione di controllo della devianza (Colucci, Di Vittorio, 2001).

La vera soluzione alternativa al manicomio, secondo Basaglia, era far scontrare "il problema della malattia mentale" con la società, contrastando in tal modo la tentazione di neutralizzarlo e di ricondurlo a nuove competenze specialistiche, sia infra sia extra ospedaliere. La sfida era, dunque, quella di affrontare il "problema del malato mentale" nella realtà, dandogli la possibilità di contestare e soprattutto di rifiutare il "ruolo sociale" fino ad allora attribuitogli. Secondo Basaglia, era necessario, per pensare a una vera alternativa al manicomio, attuare un processo di "anti-psichiatria" nel senso di "mettere tra parentesi" "il malato mentale" o meglio "la malattia mentale". Questa messa tra parentesi non significava non riconoscere l'esistenza della malattia mentale, ma aveva lo scopo di mettere da parte quanto negli anni era stato costruito su di essa e sul malato mentale, per arrivare veramente al suo volto e comprendere il suo disturbo "reale" (Colucci, Di Vittorio, 2001, p. 169).

Spinto da questi propositi, Basaglia, nei suoi anni a Gorizia, iniziò a ideare il processo di apertura dell'Ospedale psichiatrico. Egli descrisse così tale processo:

- 1) Introduzione dei farmaci per mezzo dei quali – nonostante il clima istituzionalizzante – fu possibile eliminare le contenzioni e incominciare a distinguere i danni della malattia da quelli dell'istituzionalizzazione.
- 2) Tentativo di rieducazione teorica ed umana del personale.
- 3) Riannodamento dei legami con l'esterno.
- 4) Abbattimento delle barriere fisiche (reti e grate), per lo attuate materialmente dagli stessi ammalati.
- 5) Apertura delle porte secondo il sistema "open door", compatibilmente con la legge attuale.
- 6) Creazione di un ospedale di giorno il cui edificio, ricavato da un precedente reparto, è pronto da quasi un anno, chiuso in attesa del beneplacito dell'amministrazione che sembra non riesca a trovare una soluzione amministrativa al nuovo servizio.
- 7) Tentativo di organizzare la vita dell'Ospedale secondo i concetti di una Comunità Terapeutica (Basaglia, 1964, pp. 254-255).

Da questi punti, possiamo scorgere i tratti distintivi del suo pensiero innovatore, tra cui il riconoscimento dell'importanza che i farmaci, non nell'accezione di "controllo" del malato, bensì nella possibilità di alleviare i danni dell'istituzionalizzazione. Basaglia, inoltre, più volte ribadì l'importanza storica dell'introduzione degli psicofarmaci, sia per quanto riguarda il loro ruolo nell'aver cambiato volto al malato sia per aver dato la possibilità di attuare un altro tipo di relazione terapeutica (quasi impossibile con le pratiche, non subito eliminate, somatiche e di contenzione) (Colucci, Di Vittorio, 2001; Gambacorti-Passerini, 2019).

Un altro punto di innovazione che possiamo rilevare dai suddetti punti è sicuramente l'aver portato all'attenzione la necessità di cambiare anche il volto del personale curante, attraverso una rieducazione sia teorica sia pratica. Come il paziente, infatti, era stato investito di vari ruoli e nomi durante i secoli, così anche il medico e poi l'infermiere, come abbiamo visto, erano stati

riconosciuti in funzioni specifiche, soprattutto di controllo. Dunque, come per il paziente era difficile riacquistare la libertà negata e riappropriarsi del suo poter-essere, anche per i medici risultava difficile dover rinunciare “a un universo culturale e di classe nel quale godevano di privilegi” (Jervis, 1968/2014, p. 374); come pure gli infermieri che non potevano e non dovevano più vestire le divise di guardiani che stringevano lacci e serravano porte (Mezzina et al., 1998). La grande innovazione pratica, e allo stesso tempo simbolica, è stata poi l’immagine che Basaglia offriva dei pazienti, che, grazie al processo della loro liberazione, diventano protagonisti della cura e non spettatori inermi, come lo erano stati fino ad allora. Gli altri punti, infine, ci restituiscono, con una scrittura semplice e diretta, lo scontro che avviene tra la volontà di attuare (*open door*, Ospedale di giorno) e l’attuabile, che vede i suoi fondamenti nella politica (esterna e interna alle istituzioni).

Quell’attuabile, quel “qualcosa di impensabile” (Mezzina et al., 1998, p. 148), diverrà reale nell’Ospedale di Trieste, dove lo psichiatra italiano iniziò a lavorare nel 1971 fino al 1978, anno della sua morte, anno della Legge 180 (meglio nota come “Legge Basaglia”) che sancisce, insieme alla Legge 833 (dello stesso anno, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale)¹⁵, la grande innovazione portata dal movimento antipsichiatrico, ossia l’inizio del processo di appropriazione, da parte del malato mentale, del suo diritto a essere cittadino, a partire dall’unica azione veramente terapeutica dell’ospedale psichiatrico: la sua distruzione (Basaglia, 1964; Mezzina et al., 1998).

Questa evoluzione della psichiatria avvenne grazie a un concatenarsi di azioni, che partivano da un’ampia visione del mondo per cui, per poter essere cittadini, bisognava godere di tutti i diritti e doveri degli altri cittadini, bisognava “occupare” gli stessi spazi e vivere gli stessi luoghi, bisognava esistere per “gli altri” cittadini come cittadini. Bisognava, dunque, dare o restituire loro il “potere” sulla “scelta, capacità e controllo [che] po[tevano] esercitare sugli eventi attinenti [alle] loro vite” (WHO, 2010).

È su queste basi che successivamente si sviluppò il concetto di *empowerment* nell’ambito della salute mentale. Per rendere *empowered* qualsiasi persona, è necessario rimuovere le barriere formali e informali e trasformare le relazioni di potere tra gli individui, la comunità, i servizi e le istituzioni (ibidem). Nell’ambito della psichiatria, questo significava promuovere nella società l’eliminazione delle barriere fisiche e morali che erano state costruite nella storia attorno alle persone con disagio psichico (si veda Foucault, 1972/1976). Questo voleva dire

¹⁵ Per maggiori approfondimenti circa la riorganizzazione del sistema psichiatrico italiano, si rimanda – oltre che agli scritti di Basaglia – alla lettura di Babini (2009) e Gambacorti-Passerini (2019).

partire dalla consapevolezza che allo smantellamento e alla fine dell'ospedale psichiatrico non conseguiva automaticamente lo smantellamento e la fine dei preconcetti e delle rappresentazioni che nei secoli si sono costruite su di esso, sui "malati di mente" e sulla malattia mentale, ma era necessario promuovere la destrutturazione di tali rappresentazioni avviando un processo di sviluppo di nuovi significati e una nuova prospettiva individuale e collettiva su di essi (Babini, 2009).

Le rappresentazioni sociali sono infatti l'espressione della combinazione tra linguaggi, pratiche sociali, abitudini individuali o collettive, memorie familiari e comunitarie, nonché l'eredità di esperienze (Moscovici, 1984/1989). Tutto questo definisce il modo in cui le persone si rapportano con il mondo. La persona con disturbo psichico, come abbiamo finora esposto, è portatrice di una pesante eredità e di un'altrettanta pesante memoria collettiva costruite nei secoli attorno alla malattia mentale. Difatti, termini, idee, visioni circa il disturbo psichico, che pongono le loro radici in un passato, lontano e vicino, si confondono e ritornano nel presente. Aver proposto nel tempo nuovi linguaggi, nuove posture e nuovi "luoghi" della malattia mentale, non è stato, dunque, secondario all'avvio della suddetta nuova prospettiva, anzi è risultato fondamentale. I cambiamenti legislativi e strutturali accennati hanno, infatti, supportato e agevolato il passaggio da un'attenzione focalizzata (esclusivamente) sulla patologia mentale a quella sulla salute mentale (Gambacorti-Passerini, 2019).

Prima della legge 180/1978, un importante cambiamento circa la concezione di salute veniva proposta al mondo scientifico, accademico e sociale, ossia la famosa e ormai nota definizione della *World Health Organization* (WHO) del 1948 secondo cui essa è "uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale" (ibidem). Con tale definizione venivano proposti per la prima volta alcuni concetti che si rivelarono fondamentali anche per alcune importanti rivoluzioni in ambito psichiatrico; questi sono la concezione di salute non come sinonimo di assenza di malattia; di salute come dimensione globale e non delimitabile a soltanto a quella fisica; di salute come anche benessere mentale; di salute come dimensione strettamente correlata all'ambiente. Tale definizione, seppur

bisognosa di chiarimenti e integrazioni, ha avuto il merito di liberare il problema salute dalla gabbia medico-specialistica in cui lo si era confinato e di aprirlo a considerazioni di più vasto respiro, che hanno a che fare con la psicologia, con la filosofia, con l'etica, con la pedagogia, con la vita concreta delle persone, a cominciare dalla famiglia (Corradini, Cattaneo, 1997, cit. in Zannini, 2001, p. 39).

La visione del legame imprescindibile tra dimensione del contesto con quella della salute inizia a emergere maggiormente dopo la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, elaborata nell'omonima conferenza della WHO di quell'anno nell'ex URSS (Zannini, 2001). Si inizia,

dunque, a considerare il peso, in positivo e in negativo, che i fattori sociali, politici ed economici hanno sulla salute di un Paese. Tale concezione trova la sua massima accoglienza e rappresentazione nell'ambito della salute mentale, grazie alla sopradescritta riforma di Basaglia di quegli stessi anni. Infatti, prima dei movimenti di psichiatria sociale e di quelli antipsichiatrici (influenzate dalle teorie fenomenologiche e antropoanalitiche), come abbiamo visto, il “malato” era inteso come il “portatore” di questa o quell'altra patologia, come soggetto indipendente dal suo contesto sociale, economico, fisico, culturale, relazionale e familiare – nonché l'unico “colpevole” di tale condizione.

Con la Carta di Ottawa, presentata nell'omonima conferenza della WHO del 1986, si fa un ulteriore passo in avanti circa la definizione di salute, che, pur confermando l'impatto del contesto sulla salute dell'individuo, fa emergere il ruolo attivo del soggetto sulla sua stessa salute, alla quale esso può tendere attraverso l'assunzione del controllo e di responsabilità. Essa viene, infatti, definita come “il livello fino al quale un individuo o un gruppo sono in grado da un lato di realizzare aspirazioni e soddisfare bisogni e dall'altro di modificare o convivere con l'ambiente” (WHO, 1986). La salute viene a essere intesa, dunque, come un qualcosa di dinamico, auspicabile e non definito a priori, qualcosa che può essere creato nella vita, nel quotidiano, ma che non rappresenta l'obiettivo finale dell'esistenza, quanto piuttosto una risorsa che supporta la vita e, dunque, da coltivare costantemente (Zannini, 2001). Allo stesso tempo, grazie a questa nuova prospettiva, la salute mentale non era più un qualcosa “per alcuni” ma altresì qualcosa di auspicabile “per tutti”, anche per chi soffriva di una patologia psichiatrica. Tale concetto ha aperto il mondo della psichiatria a un nuovo sguardo sul mondo delle persone con disturbo psichico, a una nuova e possibile visione di una loro “guarigione”, inglobando in essa la concezione antropoanalitica della malattia, considerata non una dimensione totalizzante e sovrapponibile all'esistenza, ma come esperienza della vita e solo una parte di essa (si veda Binswanger, 1957/2013).

Stiamo parlando del costrutto di recovery, definito da Anthony (1993) come un

processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità, ruoli. È un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. E implica il recupero non solo di una condizione di maggior benessere, ma piuttosto di un nuovo senso della propria esistenza, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale (ivi, cit. in Savian, Aluffi, 2022, p. 46, corsivo nostro).

Grazie a questa nuova prospettiva, la malattia mentale inizia a essere proposta non come un limite per il soggetto, quanto piuttosto come un'esperienza tra le altre esperienze di vita, che lo espone ai propri limiti “delimitandone” (non negandone) le possibilità. Ciò significa che il

soggetto, comprendendo i propri limiti e le proprie risorse, può avviare attivamente un percorso volto al “recupero” e alla costruzione di nuove possibilità e occasioni e, così, appropriarsi o ri-appropriarsi della propria esistenza (Zannini, 2001).

La salute mentale diviene, dunque, un’esperienza “possibile” per tutti, essendo questa considerata dalla più recente definizione della WHO (2022) come:

uno stato di benessere mentale che consente alle persone di far fronte agli stress della vita, di comprendere le proprie capacità, di imparare e lavorare bene e di contribuire alla propria comunità. È una componente integrante della salute e del benessere che è alla base delle nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e plasmare il mondo in cui viviamo (ibidem)¹⁶.

In tale descrizione, l’espressione “salute mentale” non viene, infatti, proposta in antitesi a quella di “disturbo psichico” (così come la salute nei confronti della malattia), ma in quanto dimensione di vita strettamente connessa alla capacità dell’individuo di “essere-nel-mondo” insieme agli altri, non solo come una parte della sua comunità, ma partecipe della sua trasformazione. Ciò sottintende la necessità di un movimento bidirezionale tra l’individuo e la società affinché questi possa effettivamente esercitare la propria funzione e le proprie abilità all’interno della propria comunità, rispondere alle esigenze quotidiane, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell’ambiente. Ecco che appare chiaro come la salute mentale non sia una “questione” esclusivamente individuale, bensì una responsabilità collettività.

È con questa sempre rinnovata consapevolezza che dovremmo sentirci partecipi, quotidianamente, della salute mentale individuale e di comunità. Finché, invece, intravedremo dei segnali che propendono verso una concezione generale della salute mentale come assenza di malattia mentale, come questione di altri e non come “bene comune” (Gambacorti-Passerini et al., 2017), di cui tutti, con ruoli diversi (di figlio e figlia, di genitore, di educatore, di medico, di docente ecc.), dovremmo “aver cura”. In questo modo, ci pare, ciascuno di noi potrebbe capire che il percorso verso la salute mentale è ancora in atto.

2.1.2 Uno sguardo pedagogico sulle rappresentazioni del disagio

Come sottolineato nell’introduzione di questo paragrafo, definire che cos’è il disagio risulta essere un compito molto complesso. Basti pensare che in lingua inglese esistono molteplici termini ed espressioni per definirlo, come per esempio: *discomfort* (nel significato generale di

¹⁶ La traduzione italiana è nostra. La definizione originale in inglese è presente sul sito <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (ultimo accesso 09/09/22).

“melassere”/“sofferenza”/“dolore” fisici e/o psichici), *distress* (come “angoscia”/“sofferenza”/“afflizione” psichici o in associazione per esempio al termine *social*, dunque di “disagio sociale”), *uneasiness* (come “ansia”/“turbamento”), *ill at ease* (nel significato di “sentirsi a disagio” in un certo contesto)¹⁷.

Nel contesto italiano, quando utilizziamo il termine “disagio” ci riferiamo a una dimensione che racchiude in sé molteplici significati. Essi provengono da un insieme di rappresentazioni che si fondono e che generano un “magma in cui i contrasti sembrano a tratti richiamarsi l’un l’altro ma anche stagliarsi nettamente” (Palmieri, 2021a, p. 23). Tali rappresentazioni assumono molta importanza in quanto espressioni del pensiero e della “memoria” del singolo e della collettività, che, a loro volta, producono comportamenti, linguaggi, azioni individuali e sociali (Moscovici, 1984/1989). È necessario, per affrontare tale tematica, comprendere il “senso comune”, ciò che esso intende per “disagio”, per affacciarsi su nuove possibilità di lettura, opportunità di conoscenza e occasioni di “intervento”.

Partiamo, quindi, dal significato etimologico del termine “disagio”: esso deriva dal contrario di “agio (v. *Dis.*)” e significa “incomodo per mancanza di ciò che necessario o acconcio a’ bisogni della vita. Situazione penosa del corpo; *altrim.* Scomodo”¹⁸. Già da questa derivazione possiamo iniziare ad azzardare alcune riflessioni. Innanzitutto, disagio viene a essere presentato come condizione contraria a quella di agio e, quindi, come assenza di agio. Agio è un termine derivante da molteplici radici che lo definiscono come “*facile, comodo* [di derivazione celtica e germanica]; *propizio, opportuno* [dal greco]; [di nuovo] *fig. facilità, occasione* [dal latino]; [e ancora] Stato di chi gode di ciò che è di comodo, di utile e di diletto; Comodità; Riposo”¹⁹; dunque, “una condizione di benessere globale” (Palmieri, 2021a, p. 25). Possiamo qui azzardare una riflessione per cui, in qualche modo, in forma celata, riemerge la concezione ormai da tempo sconosciuta del concetto di salute come assenza di malattia; poiché, se l’agio è benessere, e il disagio è assenza di agio, ne consegue che il disagio è assenza di benessere. Senza guardare al concetto di disagio con logiche riduttive, la dimensione di “assenza” può essere rintracciata anche nella seconda parte della definizione, che descrive una sensazione o situazione di “incomodità” strettamente correlata a un qualcosa di “mancante”, che è definibile tale rispetto a ciò che è ritenuto necessario o adatto per poter vivere. Esso, inoltre, sembra essere

¹⁷ Si veda: <https://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/italiano-inglese/disagio> (ultimo accesso: 09/09/22).

¹⁸ Si veda: <https://www.etimo.it/?term=disagio> (ultimo accesso 09/09/22).

¹⁹ Si veda: <https://www.etimo.it/?term=agio&find=Cerca> (ultimo accesso 09/09/22).

direttamente correlato a un'altra dimensione, ossia quella fisica, corporale, tangibile, di un corpo che si trova in una "situazione" di pena e di scomodità.

Tutte queste descrizioni rimandano in maniera, più o meno, diretta a una relazione di stretta dipendenza dell'individuo rispetto alle (scarse o nulle) possibilità e condizioni "fornite" dall'esterno; allo stesso tempo, esse restituiscono sia l'immagine di una percezione "di incomodità" percepita, soggettiva, derivante dall'interno, quindi dall'individuo, sia di una condizione "di scomodità", oggettiva, osservabile dall'esterno, quindi "dagli altri".

Questa osservazione degli altri "dall'esterno", che intercetta una certa situazione riconosciuta come disagio, comporta un'altra componente caratterizzante tale condizione che è "la marginalizzazione". Tale processo di marginalizzazione deriva dalla distinzione tra ciò che è "normale" e ciò che è "anormale", il che, come tutte le rappresentazioni, ha lo scopo di "rendere qualcosa di inconsueto, o l'ignoto stesso, familiare" (Moscovici, 1984/1989, p. 35). A partire da questo processo, emergono dei comportamenti e delle azioni destinate a "normalizzare" gli "anormali" o mirati alla loro "espulsione" o esclusione (Palmieri, 2020); ciò, come scrive Moscovici (1984/1989), si configura come un processo rassicurante e confortante, poiché "restituisce un senso di comunità nel gruppo o nell'individuo minacciato dalla discontinuità o dall'insensatezza" (ivi, p. 37; Canevaro, 2015). Ne consegue, dunque, un meccanismo di esclusione, ossia la limitazione del soggetto all'accesso a determinati luoghi, istituzioni, servizi, risorse, beni; la separazione dell'individuo dalla comunità di appartenenza e quindi dall'impossibilità di entrarvi in relazione ed esserne parte attiva; dalla discriminazione, ghettizzazione e povertà; la compromissione o negazione del pieno esercizio dei suoi diritti (Canevaro, 2015; Ferrante, 2020). Dunque, c'è esclusione nel momento in cui vengono costruite delle barriere "fisiche, culturali, sociali, comunicative, legislative che separano dalla comunità degli individui e dei gruppi considerati diversi e che per questo vengono disprezzati ed emarginati" (Ferrante, 2020, p. 26).

Allo stesso tempo, anche "l'incomodità" interna, percepita dallo stesso soggetto, provoca "la fatica di vivere" con se stessi, a cui spesso consegue un'auto-esclusione dal resto del mondo (Palmieri, 2021a, p. 25); ciò in quanto "una persona giunge a percepire se stessa a partire da come gli altri la guardano" (Goffman, 1963/2018; Costa, 2017, p. 227).

A differenza delle varie definizioni di salute, a partire dalla prima proposta dalla WHO nel 1948 – che mette in discussione la rappresentazione della malattia, concettualizzandola come possibile fattore, ma non l'unico, implicato nel raggiungimento di uno stato di benessere globale, e, comunque non, di per sé, "invalidante" – la possibilità di problematizzare il significato

di disagio sembra essere compromessa dalle rappresentazioni di esso socialmente diffuse, quasi contraddittorie, e dal “non detto” ma dato per scontato, che emerge dal suddetto “senso comune” (Jedlowski, 2008, cit. in Palmieri, 2021a). Alla “ovvietà” del “che cos’è il disagio” consegue, infatti, la scarsa motivazione nel porsi delle domande a riguardo nonché a metterne in discussione le precomprensioni e significati (Palmieri, 2021a).

Proprio a partire da alcune domande circa il disagio, durante alcune esercitazioni dell’insegnamento “Consulenza nel disagio educativo: teorie e pratiche”, tenuto presso il Corso Magistrale in Scienze Pedagogiche dell’Università degli Studi di Milano Bicocca, e durante il lavoro di consulenza pedagogica presso alcuni servizi educativi, Palmieri (2021) nel suo testo (ivi, p. 27) riporta alcune rappresentazioni di tale costrutto emerse dalle suddette esperienze. Cercheremo, dunque, di proseguire le nostre riflessioni sul disagio considerando alcuni dei concetti emersi da questo “osservatorio”.

Nella maggior parte dei casi (e quasi come dato di fatto), dalle risposte ottenute, esso viene a essere riconosciuto nelle persone che vivono con una disabilità e problemi di salute mentale. Pare, dunque, subito riaffiorare il concetto di mancanza di qualcosa e di distanza dalla “norma”, oltre che di disagio come direttamente connesso a una condizione patologica. Al contrario, non sembra emergere la connessione tra l’esistenza di disagio nella persona con disabilità a partire dalle scarse opportunità e possibilità esterne, ma viene a essere riconosciuto come condizione prettamente individuale e personale. Viene ritenuto “a disagio” anche il bambino che non riesce ad adattarsi al nuovo contesto di asilo nido; rispetto al caso precedente, qui inizia a essere rilevata anche l’influenza del contesto, ossia di un disagio che esiste non solo per caratteristiche/problemi personali, ma anche in relazione all’ambiente di riferimento. E ancora, un disagio derivante esclusivamente da una condizione “materiale”, come nel caso dell’anziano che non riesce a pagare le bollette. Il disagio viene poi a essere riconosciuto nelle situazioni in cui non si è capaci di far fronte a un comportamento che si allontana da ciò che è “familiare”, risultando dunque spiazzante (Moscovici, 1984/1989), come per esempio nel caso dell’alunno identificato come “iperattivo” e del suo insegnante, il quale non sa gestire alcuni suoi atteggiamenti e per questo si trova a disagio. Anche in quest’ultimo esempio, esso sembra derivare da un certo contesto e in relazione a una certa situazione, ma si concretizza come tale a causa di “mancanze” di competenze personali. Il disagio viene poi ancora a essere rappresentato come condizione personale, ma anche come un qualcosa di “contagiante” l’altro. Sembra emergere da questa ultima raffigurazione “il bisogno di sicurezza” della persona, da cui deriva la necessità di individuare coloro che la mettono in pericolo e, quindi, la necessità di allontanarsi dal diverso e di

escluderlo e arginarlo, poiché potenzialmente pericoloso per la propria incolumità (Canevaro, 2015; Schianchi, 2019).

Oltre alla dimensione individuale del disagio, viene identificata anche quella comune che può essere relativa al contesto familiare, per esempio delle famiglie definite “multiproblematiche”, ma anche di quelle in cui sopraggiungono degli importanti cambiamenti (lutto, nascita, perdita del lavoro ecc.); dunque, una situazione di disagio dovuta a condizioni esterne, ma anche interne, quindi, ancora una volta, alla “mancanza” di capacità di affrontare un evento che mette in pericolo “la comodità” e la “tranquillità” della routine (Pietropolli-Charmet, Savuto, 2001).

Il disagio viene a essere poi individuato, di nuovo, come situazione collettiva, ma relativamente a contesti gruppalì, ossia riguardante alcune categorie di persone appartenenti a una specifica cultura (es. rom) oppure di quelle che vivono in un certo territorio (es. quartieri periferici o poveri); e ancora, in soggetti accomunati da una situazione lavorativa assente o precaria e di difficoltà economica; in questi casi sembra essere intrinsecamente riconosciuta la caratteristica “marginalizzante” del disagio, dovuta sia a preconcetti culturali sia alla scarsità di possibilità e risorse, territoriali ed economiche, cui conseguono delle “etichette” sociali, le quali influiscono “sulla loro possibilità di fare esperienza” (Ferrante, 2020, Palmieri, 2020, p. 45).

Da queste rilevazioni, possiamo generalmente individuare un carattere “duale” del disagio, che riscontriamo nelle sue due dimensioni, del singolo e della collettività (primo dualismo), ma anche nelle sue due rappresentazioni, ossia come percezione soggettiva, vissuta dall’interno, e come situazione oggettiva, osservata dall’esterno (secondo dualismo). Contemporaneamente, emerge con forza come sia complicato delineare marcatamente questi “confini” poiché, quasi spontaneamente, solo pensando all’una o all’altra raffigurazione si finisce per sconfinare tanto nell’una quanto nell’altra e a identificarle, allo stesso tempo, come causa e come conseguenza di disagio. Tutto questo ci conduce a ripensare alla caratteristica duale di tale costrutto, riconoscergli una certa circolarità; il cosiddetto “circolo vizioso” del disagio (Palmieri, 2021a, p. 28). Questo, tuttavia, non significa negare la sua dualità, ma comprenderlo nella sua complessità. Anzi, è proprio a partire dalla sua doppia radice, che proseguiremo la nostra riflessione.

Partendo dal cosiddetto “disagio individuale”, esso sembra potersi riferire direttamente alla concezione di “mancanza” che abbiamo indicato nei punti precedenti di questo sotto-paragrafo, dunque, a un qualcosa che è “assente in me” o che “non ho” e che “mi permetterebbe di poter essere”, “per come io voglio essere” o “per come gli altri vogliono che io sia”. Dunque, è un qualcosa che deriva dallo “scarto tra l’identità ambita e quella realizzata o realizzabile in quanto

condizionata dalle richieste, dalle aspettative, dalle possibilità materiali insite nel contesto di vita della persona” (Palmieri, 2020, p. 30). Considerando questa definizione, che si riferisce a una dimensione riguardante maggiormente il singolo, iniziamo a intravedere sin da subito la sua stretta connessione con l’ambiente, poiché anche il “per come io voglio essere” – e non solo il “per come gli altri vogliono che io sia” – è il risultato dell’ideale di sé che ogni persona si è costruita inevitabilmente in relazione alle aspettative esercitate dagli ambienti di riferimento. Infatti, quella “mancanza” è sempre relativa a una “assenza di” rispetto a quanto è richiesto dal contesto di appartenenza e, quindi, all’allontanamento dalla “normalità” predefinita dalla società in un preciso contesto storico-culturale (Winnicott, 1958/2017). I limiti, dunque, sono riconosciuti dall’individuo a disagio come un qualcosa di inevitabile (Orsenigo, 2013), degli ostacoli al suo “poter-essere” – e quindi al suo progetto esistenziale – e non come fattori “delimitanti” che gli consentono di ripensare e costruire quel suo progetto, proprio grazie alla comprensione dei propri limiti e delle proprie possibilità (Zannini, 2001).

Da queste considerazioni, inizia a emergere, la dimensione “esistenziale” del disagio, che viene definita da Palmieri (2021) come “strutturale [dell’esistenza] in quanto radicata nei movimenti che ognuno di noi compie o subisce nel dar forma alla propria esistenza” (ivi, p. 32). Riprendendo il pensiero di Heidegger (1927/1976), cui Palmieri (2021) fa riferimento, il disagio è parte dell’esperienza esistenziale in quanto si sperimenta nel momento in cui ci si pre-occupa della propria esistenza. È in essa che l’individuo sperimenta il suo poter-essere in quanto soggetto implicato direttamente nelle relazioni col mondo; un mondo “che è fatto non solo di persone, ma anche di cose, luoghi, di regole, di linguaggi che definiscono i confini entro cui possono prendere consistenza le nostre potenzialità esistenziali” (ivi, p. 32). Si è a disagio, dunque, nel momento in cui si scoprono, più o meno quotidianamente, questi confini. Considerando tale prospettiva, si può comprendere come non c’è un’unica esperienza di disagio, ma tante esperienze di disagio, che sopraggiungono nella vita di un individuo quando viene minato quell’equilibrio tra il volere e il potere, quindi tra l’effettività e la possibilità (Palmieri, 2000; 2021). Esso, dunque, in qualche modo, può sia fungere da catalizzatore per la ricerca e la ricostruzione da parte dell’individuo del suddetto equilibrio perduto, tra i propri limiti e le proprie possibilità, sia divenire per quell’individuo dimensione “invalidante”, nel momento in cui egli tende a propendere e a stabilizzarsi sull’uno o sull’altro polo (Mariani, 2009).

Fermandoci a queste considerazioni, si potrebbe pensare che, per quanto la dimensione ambientale possa influire sull’esperienza di disagio, esso dipenda e provenga principalmente da caratteristiche “interne”, mettendo in secondo piano l’importanza dei fattori “esterni”. La

rappresentazione del disagio come un qualcosa di esclusivamente “localizzato” nella singola persona in quando “essere-nel-mondo”, vacilla nel momento in cui comprendiamo che quelle aspettative, siano esse auto-imposte o create dall’ambiente di appartenenza, derivano, come già riportato, pur sempre da costrutti e condizioni sociali storicamente determinate. Allo stesso modo, anche quelle manifestazioni, quei segni e quei sintomi che consideriamo di disagio – e che l’individuo percepisce in se stesso o riconosce in una persona (“portatrice” di disagio) (Palmieri, 2021a, p. 29) – scaturiscono da ciò che è stato “detto” essere disagio all’interno di un contesto storico e culturale, ossia tutto ciò che minaccia le “modalità di esistenza o convivenza, presenti o ambite, in cui si proiettano aspettative di agio, comodità, pienezza” (ivi, p. 35).

Dunque, da questa breve disamina sul disagio – dalla sua etimologia alle sue molteplici rappresentazioni – possiamo arrivare ad accogliere l’idea che esso ha sempre una radice esistenziale e ambientale (familiare, territoriale, economico-storico-culturale) e, dunque, che esiste nella relazione tra l’individuo e il suo contesto. Non esiste, infatti, il disagio come condizione data (Palmieri, 2013a; 2021).

Riprendiamo per un attimo la soprariportata rappresentazione della persona con una disabilità, per esempio un ragazzo non vedente. Questo soggetto potrà essere, nello stesso momento, *considerato* a-priori da chi lo incontra per strada un esempio di persona a disagio; potrà *sentirsi* a disagio se, a prescindere dalla sua richiesta di aiuto, viene compiuta un’azione al suo posto; potrà *sperimentare* disagio quando, al semaforo lungo il percorso stradale abituale per recarsi a lavoro a piedi, i dispositivi di segnalazione tattili e acustici non sono funzionanti. Con questo esempio vogliamo, dunque, ribadire che il disagio non è una condizione data e direttamente conseguente a una certa disabilità, ma un’esperienza che si “costruisce in situazione” (Palmieri, 2021a, p. 39), derivante da un intreccio di caratteristiche individuali e ambientali.

Palmieri (2021) parla, infatti, di disagio come “situazione appresa”, poiché, secondo il pensiero dell’autrice, “si impara *di* e *a* essere a disagio o *di non* essere a disagio” dalle immagini, dai linguaggi, dalle relazioni, dagli oggetti, dalle abitudini, dalle regole, dai simboli della vita diffusa (ibidem), nei contesti di educazione formale e informale: famiglia, lavoro, scuola, territorio (Tramma, 2009).

Accogliendo questa prospettiva, crediamo che, allo stesso modo, si possa imparare come non essere a disagio, come non creare situazioni di disagio e come sviluppare un rinnovato sguardo su di esso – ossia di condizione esistente, ma non ineluttabile e, dunque, di possibile cambiamento – in cui siamo tutti coinvolti. Disagio e agio, infatti,

oltre a essere rappresentazioni sociali, appartengono al mondo della vita in cui le persone, soggettivamente e in quanto appartenenti a gruppi e contesti sociali, hanno imparato a stare al mondo, a intrecciare relazioni, a scoprire nuove modalità di comunicazione, a costruire pratiche utili a vivere e sopravvivere (Palmieri, 2021a, p. 28).

In questi termini, il disagio sembra essere una dimensione strettamente collegata alla capacità di adattamento alle logiche dettate dalla società di appartenenza. Nonostante questo “adattamento” alla società possa aprire a nuove possibilità, ciò non può essere considerato una “soluzione” al disagio, in quanto significherebbe concepire l’individuo non nella sua specificità, bensì come un “essere-per-gli altri” e per come gli altri hanno deciso (Palmieri, 2000). Significherebbe, inoltre, tendere costantemente all’omologazione che la società richiede, più o meno esplicitamente, attraverso la “materialità della quotidianità”, in cui l’individuo impara a essere “normale” e a scartare e fuggire da tutto ciò che può rappresentare il disagio, che sia una persona o una situazione (Palmieri, 2013a; 2021).

È in questa stessa concezione di “adattamento” che rintracciamo, però, la stretta connessione tra il disagio e la salute mentale/benessere mentale²⁰ – oltre che nella loro imprescindibilità con l’ambiente. Anche la definizione di salute mentale (riportata alla fine del precedente sotto-paragrafo) chiama, infatti, in causa il suddetto concetto, ma in riferimento non a un movimento unidirezionale, bensì reciproco tra l’individuo e il suo contesto. Sia la salute mentale sia il disagio – considerando la prospettiva antropoanalitica (si veda Binswanger, 1957/2013) – derivano, infatti, dalla possibilità dell’individuo di “poter-essere-nel mondo”, dalla possibilità di adattamento al suo contesto, anche grazie alla presenza di condizioni predisposte dalla società, le quali consentono di “poter fare” e “poter essere” non in quanto soggetti con una certa patologia (in luoghi “dedicati”), quanto piuttosto “nelle condizioni date” (Palmieri, 2019, p. 81). Questo non si traduce in negazione di una certa situazione di malessere o di difficoltà, ma, come proposto da Basaglia per la malattia mentale (Colucci, Di Vittorio, 2001), in una messa tra parentesi delle rappresentazioni del disagio per poter aprire a nuove possibilità di pensarlo. Significa rivalutare l’esistenza come possibile di sofferenza, di dolore, di malattia, di morte, di miseria, di limiti piuttosto che libera da tali esperienze, che se rintracciate, in sé o negli altri, bisogna contenere, reprimere, negare, da cui bisogna allontanarsi a tutti i costi (Palmieri, 2021a).

²⁰ Ci riferiamo a benessere considerando quanto emerso dai paragrafi precedenti e in riferimento a Zannini (2001), ossia come “*possibilità di avere un progetto nel mondo*, dove la costruzione del progetto si lega indissolubilmente a processi di significazione e, soprattutto, di ri-significazione” (ivi, p. 62). D’ora in avanti parleremo, quindi, indistintamente di salute mentale e di benessere mentale e/o psicologico.

Ne consegue, a nostro avviso, l'importanza di creare le condizioni che possano promuovere salute mentale, non per creare "agio", bensì per promuovere una rinnovata consapevolezza sull'influenza che l'ambiente di riferimento ha sulla creazione o meno di esperienze di disagio.

Come condizione "appresa" il disagio

può essere oggetto di attenzione pedagogica [poiché] riguarda in particolare le occasioni educative e il percorso autoformativo dei singoli, incarnandosi in modalità specifiche di esistenza che hanno una loro durata, e che, nei limiti della loro effettività, possono in qualche modo modificarsi, cambiare (Palmieri, 2021a, p. 39).

Questo sguardo pedagogico sul disagio non si pone come obiettivo quello di smentire eventi o fatti dell'esistenza che potenzialmente producono disagio (es. un incidente stradale, la perdita del lavoro ecc.), quanto piuttosto ampliare la gamma esperienze, rappresentazioni, significati e strade percorribili di intervento. Inoltre, anche se il lavoro educativo non può agire per trattare un trauma causato da un incidente, non può risolvere una crisi economica cui consegue un licenziamento, può però agire con l'intento di modificare le rappresentazioni per cui una crisi, una malattia, una condizione di povertà sono direttamente considerate delle situazioni in cui rintracciare il disagio e i suoi "portatori" (Palmieri, 2013a; 2021).

È in questi termini, che, nei paragrafi seguenti, parleremo (oltre che di promozione della salute mentale) di "prevenzione" del disagio, il che non significa, ribadiamo, promuovere una negazione della sua esistenza, quanto piuttosto la possibilità di ripensarlo e risignificarlo, considerandolo non come una condizione immutabile e a-priori inevitabile, bensì come condizione "appresa" dall'esperienza di vita di ogni individuo e, quindi, potenzialmente aperta a trasformazione.

2.2 La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio nella prospettiva pedagogica

Nei paragrafi precedenti abbiamo più volte riportato come le definizioni e le rappresentazioni della salute mentale e del disagio non siano statiche, ma dipendano dalla relazione col contesto storico e culturale di appartenenza. Conseguentemente, esse non sono condizioni definibili a priori, ma dimensioni che si costruiscono *in situazione* e che si configurano, dunque, come esperienze dell'esistenza dell'uomo.

A partire da queste considerazioni, sia la salute mentale sia il disagio rappresentano percorsi esperienziali su cui, anche attraverso un campo d'azione "di matrice squisitamente educativa" (Garista, 2017), si può agire per predisporre delle condizioni che tendono al cambiamento, gra-

zie a una rinnovata cultura dei costrutti di prevenzione e di promozione. Riteniamo utile, dunque, arricchire questo sotto-paragrafo, proprio a partire dal significato che tali concetti hanno assunto nel tempo in riferimento alla salute.

2.2.1 Promozione e prevenzione: all'origine dei concetti

Per arrivare a definire il significato di promozione, risulta utile, come vedremo più avanti, iniziare dal concetto di prevenzione. Che cosa significa prevenire? Considerando il suo significato etimologico, tale termine vuol dire “giungere prima [...]; fare avanti [...]; anticipare [...]; preparare i rimedi contro danni, disgrazie, insidie, reati e simili”²¹. Tali definizioni, in particolare quest'ultima, si collegano molto direttamente al significato che il termine prevenzione ha assunto in campo medico-sanitario – ambito di largo utilizzo –, proprio in relazione a un rischio ipotetico che deve essere anticipato affinché non produca o non diventi un evento dannoso (Borca, 2008). Questo implicherebbe, a partire dall'osservazione di un evento patologico (es. cancro ai polmoni), l'identificazione del “complesso causale sufficiente” e dei “fattori di rischio” (es. fumo) che lo producono con più probabilità, in base a cui individuare le azioni più adatte da intraprendere per impedire l'evento osservato (Lemma, 2005). Tale processo rimanda a un modello deterministico “causa-effetto”, non applicabile agli ambiti psicologico, sociale e educativo. Ciò in quanto le variabili in gioco e le possibili risposte soggettive sono imprevedibili, il che non consente di prevedere, in maniera lineare, il verificarsi di un dato fenomeno (Borca, 2008). Considerare, infatti, questa concezione in relazione alla definizione di disagio soprariportata, ossia come condizione esistenziale dell'uomo e, allo stesso tempo, come situazione appresa dall'esperienza, significherebbe, irrealisticamente, affermare che l'individuo prevenga “il rischio” della sua stessa esistenza. Emerge chiaramente, dunque, la necessità di accogliere un'altra concezione di prevenzione, in accordo con la quella di salute non come assenza di malattia (da prevenire) e di disagio non come contrario di agio o come condizione da negare. A questo proposito, appare utile considerare la definizione di prevenzione riportata da Zannini (2001), in riferimento a Scaratti (1999), ossia di “contatto e raggiungimento relazionale” (Zannini, 2001, p. 61). Una concezione che rimanda a

elementi comunicazionali e di progettualità che insistono su aspetti di vicinanza-contatto con le dimensioni e i sinonimi del disagio affrontato. L'agire preventivo lo individua e riconosce nei ritmi della quotidianità e nei suoi confronti attiva una relazione (istituzione di vincoli strutturali, *re-ligo*, e offerta-introduzione di legami di senso, *re-fero*), orientata a immettere eventi

²¹ Si veda: <https://www.etimo.it/?term=prevenire> (ultimo accesso 09/09/22).

significativi, ad accendere legami diversi, a fornire sensi e contenitori simbolici a livello di storie di vita, individuali e collettive (Scaratti, 1999, cit. in Zannini, p. 62).

Ci spostiamo, così, dal significato di anticipazione di un rischio a quello di miglioramento delle competenze dell'individuo in relazione alla sua quotidianità. L'obiettivo della prevenzione non è, dunque, solo quello

di contrastare processi di emarginazione e disadattamento [...], ma soprattutto [...] di migliorare l'*habitat* socioculturale dei servizi, promuovendo autonomia e capacità progettuale, promuovendo cioè [...] "ben-essere", inteso come possibilità di *avere un progetto nel mondo*, dove la costruzione del progetto si lega indissolubilmente a processi di significazione e, soprattutto di ri-significazione (Zannini, 2001, p. 62; si veda anche Regoliosi, 1992).

È in questi termini che anche la prevenzione, così come la salute e il disagio, assume nuove connotazioni, poiché non si riferisce alla rimozione della malattia o del disagio, ma alla salute che deve essere tutelata e promossa (Marzorati, 2001b). Come abbiamo detto più volte in precedenza, infatti, non è realistico pensare a un'esistenza priva di malattia o di disagio, poiché sono esperienze umane, che non possono essere del tutto e sempre evitate. Quello su cui si può agire è, invece, la promozione della capacità del soggetto di far fronte ai problemi e alle difficoltà che, in quanto variabili della sua stessa esistenza, può incontrare (Borca, 2008; Palmieri, 2013a; 2021).

Sulla base di queste considerazioni, prevenire e promuovere diventano, in qualche modo, "due facce della stessa medaglia" (Borca, 2008, p. 27), poiché un'azione preventiva avviene anche attraverso la promozione del benessere della persona, grazie al potenziamento delle risorse individuali e ambientali (Bloom, Gullotta, 2003). In questa prospettiva, "sono le 'risorse' più o meno nascoste, anziché le 'patologie' più o meno manifeste, a costituire il nodo centrale di riferimento dei progetti di prevenzione e promozione della salute" (Antonovsky 1996; Borca, 2008, p. 27). Seguendo questo orientamento, l'obiettivo di tali interventi dovrebbe essere quello di supportare e valorizzare le prime, piuttosto che correggere o rimuovere le seconde (Braibanti, 2003). Per fare ciò risulta necessario spostare l'attenzione dai cosiddetti fattori di rischio (indicatori negativi) ai cosiddetti fattori di protezione (indicatori positivi). Quando parliamo di fattori di rischio ci riferiamo, ricordiamo, a variabili (comportamentali, biomediche, ambientali, genetiche, demografiche) che aumentano la probabilità dell'insorgenza nel soggetto di un esito patologico o maladattivo (Lemma, 2005; Borca, 2008). Per fattori di protezione intendiamo, invece, "le competenze personali e le risorse ambientali che promuovono lo sviluppo e proteggono l'individuo dal coinvolgimento nel rischio" (Borca, 2008, p. 32). Tale, definizione è strettamente correlata al concetto di resilienza (Malaguti, 2005), che Rutter (2012) descrive come "una ridotta vulnerabilità alle esperienze di rischio ambientale, il superamento di uno stress o

di un'avversità, o [il raggiungimento] di un esito relativamente buono nonostante le esperienze di rischio"²² (ivi, 2012). Da questa descrizione, si può dedurre come, malgrado la presenza del rischio, il soggetto, se resiliente, riesce maggiormente ad affrontare e a superare efficacemente le difficoltà.

Il costrutto di resilienza mette in luce l'eterogeneità delle risposte delle persone a una stessa o comparabile avversità (Rutter, 2012). Inoltre, esso costringe a porre la propria prospettiva non tanto sul rischio, quanto sui fattori di protezione. Precisamente, come detto precedentemente,

alcuni fattori di rischio, seppur ben individuabili, non sono altrettanto facilmente eliminabili [...] e altri non sono direttamente modificabili [per esempio] dagli operatori scolastici o sanitari, sia per la loro complessità sia perché sono al di fuori delle loro competenze e del loro campo d'azione. È invece possibile agire sui "fattori di protezione" (Borca, 2008, p. 32).

In generale, infatti, sia i fattori di rischio sia i fattori di protezione non dipendono esclusivamente dall'individuo, ma anche dal suo contesto (famiglia, amici, scuola, comunità, lavoro) (Lemma, 2005). Dunque, promuovere lo sviluppo di competenze relazionali in un adolescente, probabilmente, non potrà modificare il suo ambiente familiare connotato da atteggiamenti aggressivi o da carenze affettive, ma potrà far sì che il soggetto "sperimenti" comportamenti alternativi, che faciliteranno il suo stare in un dato ambiente ed esserne partecipe. Allo stesso tempo, tali fattori potranno proteggerlo, per quanto possibile, dal rischio di incorrere in forme di disadattamento. Infatti, implementare i fattori di protezione significa sia promuovere un comportamento "positivo", a prescindere dal rischio, sia, in presenza di fattori di rischio, moderare gli effetti dell'esposizione a esso (Borca, 2008). Grazie a questo lavoro – ossia a questa maggiore attenzione ai fattori di protezione, anziché a quelli di rischio – la persona potrà acquisire maggiore consapevolezza delle sue risorse e attitudini e, contemporaneamente, apprendere e sperimentare nuove conoscenze e competenze, che favoriranno il raggiungimento della sua autonomia ed emancipazione (ibidem).

Pertanto, considerando l'accezione "proattiva" della prevenzione, ossia indirizzata non solo a salvaguardare le persone da conseguenze indesiderate, ma soprattutto a sostenere uno sviluppo personale positivo – quindi di crescita e di miglioramento delle competenze psicologiche e sociali durante tutto l'arco della vita –, possiamo ribadire la stretta correlazione tra il concetto di prevenzione e quello di promozione della salute (Borca, 2008). Ciò, ovviamente, in riferimento alla *prevenzione primaria*, che è il primo livello di intervento preventivo, ossia quello

²² La traduzione dell'inglese è nostra. Per il testo originale in inglese si veda Rutter (2012). Inoltre, si consiglia la lettura delle varie pubblicazioni dell'Autore per una trattazione più approfondita del concetto di resilienza, tra cui Rutter (1990). Inoltre, si consiglia la lettura del testo Cyrllunik e Malaguti (2005).

rivolto a tutta una popolazione. Esso si distingue dai livelli di *prevenzione secondaria* e di *prevenzione terziaria* che riguardano, rispettivamente, interventi rivolti a gruppi di una popolazione con un problema di salute già esistente (con l'obiettivo di prevenirne le complicanze) e interventi rivolti a gruppi di una popolazione con un problema di salute e con le complicanze a esso correlate già presenti (con l'obiettivo di convivere con essi nel miglior modo possibile) (Zannini, 2001).

Nell'ambito della salute mentale, Mrazek e Haggerty (1994) e l'*Institute of Medicine* (IOM) di Washington hanno proposto una classificazione differente dei livelli di intervento di prevenzione. A partire dalla considerazione della prevenzione dei disturbi mentali come parte integrante di un insieme di azioni sequenziali finalizzate a migliorare la salute mentale della popolazione, essi hanno introdotto i concetti di *prevenzione universale*, *prevenzione selettiva* e *prevenzione indicata*. Per *prevenzione universale* fanno riferimento agli interventi orientati alla popolazione generale, ossia a una popolazione non identificata da rischi individuali; per *prevenzione selettiva* intendono l'insieme di interventi rivolti a gruppi di una popolazione con un rischio significativamente alto di sviluppare un dato disturbo; per *prevenzione indicata* vengono considerati gli interventi destinati a individui che mostrano già segni premonitori della malattia, anche se essa non è stata ancora diagnosticata. Infine, tale classificazione considera gli interventi attuati dopo la comparsa dei sintomi e dopo che è stata fatta una diagnosi, rispettivamente, come interventi di "trattamento" e "mantenimento". Da questa breve descrizione possiamo individuare delle sovrapposizioni tra i due modi di considerare la prevenzione²³ e, dunque, dedurre come l'una non escluda l'altra. Non volendoci soffermare su queste definizioni, ciò che ci sembra utile accogliere da entrambe è il concetto di prevenzione (primaria, della prima, e universale, della seconda) come insieme di interventi rivolti a tutta una popolazione, indipendentemente dalla presenza o assenza di un determinato disturbo, aventi l'obiettivo primario di promuovere forme positive di sviluppo e di benessere, nonché di benessere mentale. Tale affermazione ci riporta ancora una volta dal concetto di prevenzione primaria/universale a quello di promozione della salute, o meglio, a cogliere la stretta connessione tra questi due assunti.

Proviamo, quindi, ora a spiegare che cosa significa "promuovere salute", partendo da ciò che la stessa espressione può indurci a pensare, ossia a un'azione dinamica e concreta che le persone possono svolgere attivamente; a una condizione, non determinata, ma "a cui ciascun individuo può tendere attraverso un processo di assunzione di controllo e di responsabilità"

²³ A questo proposito, si veda lo schema proposto da Mieli (2004).

(Zannini, 2001, p. 42). La definizione di salute come “completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale” (WHO, 1948) – che ha posto al centro la salute della persona, anziché la sua malattia – ha aperto allo sviluppo di un nuovo modello, non più *patogenico*, bensì *salutogenico*. Tale modello, di cui Antonovsky (1996) è il principale teorico, ha contribuito a muovere l’attenzione dallo studio sulle cause di una certa patologia, e quindi sul come prevenirla, a quello che “che può produrre ‘salute’ in termini di risorse interne al soggetto e opportunità fruibili nel contesto circostante” (Garista, 2017). Grazie a questa prospettiva, si inizia a concepire la salute come un *processo* e non come il fine ultimo (Lemma, 2005); un percorso nel quale l’individuo ricopre un ruolo centrale e al quale, allo stesso tempo, deve essere messo nelle condizioni di poter partecipare, per realizzare le proprie aspirazioni e soddisfare i propri bisogni, nonché per convivere col proprio ambiente (WHO, 1986).

A tale nuovo sguardo proattivo sulla salute si associa il concetto di empowerment (già emerso nei capitoli precedenti in relazione alla salute mentale), ossia quel processo “che ‘abilita’ l’individuo alla gestione della propria salute” (Marzorati, 2001b, p. 30). È lo sviluppo e la promozione di risorse (individuali e ambientali) che abilitano l’individuo a divenire realmente “*empowered*” (potente), ossia che lo rendono capace di compiere delle libere scelte (Marzorati, 2001b). Si deduce, dunque, come tale condizione derivi da azioni che riguardano sia l’individuo sia la collettività, di cui Bandura riconosce il “reciproco determinismo” (Marzorati, 2001b, p. 30). Ciò si riferisce alla consapevolezza per cui la persona non è del tutto dominata dal proprio ambiente, così come non può controllare totalmente le condizioni presenti nel proprio ambiente (fisiche, sociali, economiche). Tuttavia, “senza i supporti ambientali, economici, politici e organizzativi, necessari per ottenere il cambiamento sociale, le azioni di educazione alla salute sono spesso impotenti nell’aiutare individui e comunità a raggiungere obiettivi di salute” (Lemma, 2005, p. 48). L’empowerment è sempre, infatti, un costrutto individuale in stretta relazione con le condizioni contestuali, che possono promuovere o ostacolare la persona a elaborare la propria “identità e autoconsapevolezza” (Annacontini, 2019, p. 35); e ancora, esso “consiste nella costruzione, da parte di un soggetto, di molteplici possibilità di scelta entro cui attingere per affrontare determinate situazioni e costruire la propria storia” (Colombo, 1995, cit. in Zannini, 2001, p. 51). È una sempre maggiore acquisizione del suddetto controllo a rendere l’individuo *empowered*, potente e autodeterminato, che non vuol dire raggiungere uno stato di potere assoluto – il che risulterebbe ostacolante per il processo di empowerment delle altre persone –, ma raggiungere quell’equilibrio che gli consente di essere autonomo e protago-

nista delle proprie scelte (Marzorati, 2001b). Avere controllo significa, infatti, avere “consapevolezza di poter scegliere tra le risposte che sono differentemente efficaci per conseguire il risultato desiderato” (ivi, p. 32). Quanto più una persona si sente autonoma e percepisce un certo controllo sulla propria vita, “tanto più sarà in grado di utilizzare al meglio le opportunità di crescita lungo il proprio ciclo di vita” (Borca, 2008, p. 21).

Si può, dunque, promuovere salute ponendo al centro le dimensioni di “potenziamento” individuale e collettivo, nonché favorendo lo sviluppo delle capacità e delle competenze della persona, che le consentano di trovare il miglior equilibrio possibile col proprio ambiente e di far fronte alle difficoltà e ai problemi della quotidianità. Tale concezione non nega, infatti, i vincoli e i limiti derivanti dal confronto col proprio contesto quotidiano, anzi li riconosce e ne sottolinea la presenza. Ed è in questa quotidianità, attraversata anche da avversità, che “la salute coincide con la ricerca continua di un equilibrio tra uno stato di completo benessere e uno stato di completo malessere, che può oscillare spesso nel corso di un ciclo di vita” (Garista, 2017, p. 60). Affinché gli individui possano trovare tale bilanciamento, devono sviluppare o potenziare determinati fattori (individuali e ambientali), che divengono fondamentali per raggiungere la propria salute (Borca, 2008). Tra questi possiamo individuare, per esempio, “la possibilità di elaborare [...] il senso di un ruolo svolto attivamente e trasformativamente all’interno del contesto di vita (agentività)” (Annacontini, 2019, p. 35); “la capacità di riconoscere e attivare risorse materiali e immateriali presenti nella rete formale e informale delle relazioni interpersonali e sociali con funzione di sostegno” (ibidem); l’opportunità di coltivare le cosiddette *life skills*²⁴, le “competenze di vita” (Marzorati, 2001b; Lemma, 2005).

Per *life skills* s’intendono una serie di abilità e competenze cognitive, sociali, emotive e relazionali, che consentono di affrontare al meglio le esigenze e le difficoltà della vita quotidiana (WHO, 1992) e a “perseguire credibili e realizzabili opportunità di esistenza” (Annacontini, 2019, p. 35). La stessa WHO (2002), riguardo alla promozione della salute mentale, fa riferimento a un percorso possibile grazie al sostegno di una nozione positiva di salute mentale mediante l’aumento del benessere psicologico delle persone, della loro competenza e della loro resilienza, nonché attraverso la progettazione di forme di supporto alle condizioni di vita. Que-

²⁴ Per maggiori approfondimenti, si faccia riferimento al Bollettino della WHO “Skills for life”, n. 1, 1992, visionabile al link: <https://www.isisvarese.edu.it/wp-content/uploads/2020/05/OMS-Life-skills-1.pdf> (ultimo accesso: 03/10/2022). In questo documento vengono presentate dieci *life skills*. Riportiamo qui le cinque aree nelle quali esse vengono raggruppate: risolvere problemi e prendere decisioni, possedere pensiero creativo e senso critico, conoscere se stessi e sviluppare empatia, comunicare efficacemente e stringere relazioni interpersonali, gestire l’emotività e lo stress (ibidem; si veda anche Lemma, 2005, pp. 98-100).

sto non significa implementare meccanicamente delle abilità e dei comportamenti predeterminati e “corretti” o “salutari”, da applicare in generale e in ogni situazione, ma piuttosto di viverli “in quanto stile di vita” (Garista, 2009, p. 103). Si tratta, infatti, di ampliare le possibilità per il soggetto di avere una elevata qualità di vita e, quindi, le possibilità “di quanto [egli] sa pensare di poter essere e di poter realizzare con la propria vita” (Annacontini, 2019, p. 35). Tutto questo implica considerare la salute, e quindi la salute mentale, come “un’esperienza di apprendimento permanente che porta a confrontare se stessi, la propria storia con gli eventi della vita” (Garista, 2017) e, conseguentemente, la promozione della salute, e della salute mentale, come il percorso che consente “di diventare consapevoli delle proprie esperienze e della propria storia” (Garista, 2009, p. 103).

Considerando quanto detto finora, possiamo concludere affermando che sia i processi di prevenzione sia i processi di promozione della salute sono caratterizzati da un obiettivo comune, ossia il cambiamento (Zannini, 2001; Lemma, 2005; Borca, 2008) e, dunque, per questo definibili come percorsi di educazione alla salute²⁵. Tale cambiamento è indirizzato, da un lato, a implementare e rafforzare risorse esistenti negli individui per renderli maggiormente “potenti” e consapevoli – dunque maggiormente in grado di raggiungere “un equilibrio di salute” (Garista, 2017) –, dall’altro, a rispondere in maniera più adeguata ed efficace ai loro bisogni e alle difficoltà potenzialmente presenti nel loro quotidiano, per mantenere e avere maggior controllo sul suddetto equilibrio (Borca, 2008). Come riportato da Garista (2017), in riferimento alla prospettiva proposta da Lindström e Eriksson (2011), “[I]a salute, e la sua costruzione continua nella ricerca di un equilibrio, diventa pertanto ‘una questione di apprendimento’” (ibidem), nonché una “questione” educativa. La ricerca di questo equilibrio mira, infatti, principalmente all’autonomia dei soggetti e, in un’ottica ermeneutica, alla loro capacità di costruire un progetto di vita, in rapporto con il mondo. Tutto questo affinché le persone possano esprimere il loro esserci e il loro poter divenire insieme agli altri uomini (Zannini, 2001; Annacontini, 2019).

²⁵ Per quanto riguarda la prevenzione, essa è definibile come intervento di educazione alla salute solo considerando la prevenzione primaria e/o universale. Si parla invece di cura e di riabilitazione in riferimento, rispettivamente, alla prevenzione secondaria e alla prevenzione terziaria. Per maggiori approfondimenti su queste tematiche si veda Zannini (2001, pp.61-65).

2.2.2 I luoghi dell'educazione come i luoghi della promozione della salute mentale e della prevenzione del disagio

In riferimento a quanto sopra emerso, possiamo sostenere che la promozione e la prevenzione e, quindi, la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio – i cui significati sono stati approfonditi nei paragrafi precedenti – sono raggiungibili “attraverso un processo primariamente e ineluttabilmente educativo” (Zannini, 2001, p. 65). È, infatti, grazie a un lavoro educativo che gli individui e le comunità possono acquisire quel “controllo” necessario che gli consente di costruire e mantenere la propria salute e, quindi, la propria salute mentale (Garista, 2017).

Il benessere che l'educazione può produrre, in questo senso, non è assenza di qualunque fastidio, inconveniente, difficoltà, errore. Non è comodità. Piuttosto è quel modo di “esistere bene” [...], del tutto soggettivo, che ognuno di noi può costruire anche grazie alle esperienze educative (non solo formali e non formali) e che coincide con la capacità di elaborare un proprio modo di affrontare ciò che la vita impone, usando tutti gli strumenti a disposizione e inventandosene di nuovi. È un benessere che fa i conti col disagio che inevitabilmente incontra: è un benessere che costruisce, sulla base dell'esperienza del disagio provato, apprendimenti che non si limitano a contenere o a evitare quel disagio, ma che lo trasformano in qualcosa di diverso, che assomiglia alla possibilità di strutturare quelle competenze che consentono di governare, con la necessaria flessibilità, la propria esistenza” (Palmieri, 2013a, pp. 40-41).

Intese come “costruzione di”, la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio si configurano come l'abilitazione dell'individuo nel proiettarsi in un futuro, sia prossimo sia lontano, in cui può intravedere la sua autorealizzazione, oltre che pensarsi e riconoscersi non solo come soggetto, ma come soggetto in sistema con un contesto (Annacontini, 2019).

Considerando quanto esplorato finora,

potremmo affermare – da una prospettiva di analisi pedagogica – che la promozione della salute [della salute mentale e la prevenzione del disagio] si costruisc[ono] intorno alla formazione [e all'educazione] del soggetto e della sua capacità di governare la complessità delle sue relazioni con la comunità e l'ambiente in cui è inserito (Garista, 2017).

In riferimento a questa concezione, potremmo, dunque, considerare i luoghi dell'educazione come i luoghi potenzialmente e auspicabilmente della promozione della salute mentale e della prevenzione del disagio. Ma quali sono questi luoghi? Per rispondere a tale quesito ci è utile l'affermazione di Tramma (2019) secondo cui “la formazione-educazione dei soggetti (individui, gruppi, collettività) avviene in una molteplicità di situazioni socio-relazionali quotidiane per tutta la durata della loro esistenza” (ivi, p. V). Questo significa che, potenzialmente, qualsiasi luogo della vita di una persona può essere educativo, anche i “nonluoghi”²⁶ (ivi, p. 7).

²⁶ Per “nonluoghi” Tramma fa riferimento alla definizione proposta da Augé (1992/1993), che li pone “in contrapposizione ai luoghi antropologici, quindi tutti quegli spazi che hanno la prerogativa di non essere identitari, relazionali e storici. Fanno parte dei nonluoghi sia le strutture necessarie per la circolazione accelerata delle persone e dei beni (autostrade, svincoli e aeroporti), sia i mezzi di trasporto, i grandi centri commerciali, i campi profughi,

La pedagogia sociale parla di educazione informale, detta anche “diffusa” o “sociale” (ivi, p. V), proprio in riferimento a

quell’educazione che, la gran parte delle volte, pur non dichiarandosi esplicitamente e non essendo percepita come tale, è rintracciabile pressoché in ogni piega della società, in ogni episodio delle storie individuali e collettive. È un insieme di esperienze che incide fortemente nella vita delle persone, che contribuisce a formarle, pur essendo meno evidente e decodificabile, meno progettabile e governabile delle altre esperienze educative (Tramma, 2009, pp. 7-8).

Sono questi i luoghi, i luoghi della vita diffusa, nei quali, come abbiamo affermato nei paragrafi precedenti, troviamo il disagio e in cui si apprende il disagio (Palmieri, 2013a; 2021). Allo stesso tempo, è nel mondo che “si nasconde la salute”, e quindi la salute mentale, poiché essa “non è un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita” (Gadamer, 1993/1994). È in questi stessi luoghi che vengono generati anche degli apprendimenti circa il significato della salute e del benessere psicologico, nonché le credenze e le rappresentazioni a riguardo. Essendo l’educazione informale ricompresa nel mondo della vita quotidiana, come afferma Tramma (2009), generalmente ci si accorge della sua esistenza e presenza proprio quando gli apprendimenti che derivano da essa non sono conformi o sono conflittuali rispetto a quanto socialmente auspicato o quando risultano insufficienti. In questa riflessione possiamo rintracciare il fitto collegamento tra l’educazione informale, i suoi esiti e le sue conseguenze, e l’educazione formale e non formale. I concetti di educazione formale e non formale dipendono dal grado di formalizzazione, esplicitazione e consapevolezza dell’intenzionalità educativa e formativa (ibidem). Le cosiddette grandi istituzioni o agenzie deputate formalmente e universalmente all’educazione del soggetto sono la famiglia e la scuola (di ogni ordine e grado). Esistono, poi, altri contesti che hanno generalmente anche una finalità educativa, ma non solo, e nei quali l’intenzionalità educativa non è formalmente dichiarata o consapevole, ossia l’oratorio, le Chiese, i centri di aggregazione giovanile, le varie associazioni culturali e sportive, i vari servizi sociosanitari e socioeducativi (per esempio, i servizi per la disabilità, marginalità, minori e famiglie in difficoltà, dipendenze...). Tuttavia, la distinzione appena esposta non coincide con una distinzione lineare nella realtà; infatti, anche le istituzioni e i contesti di educazione formale

eccetera. Spazi in cui milioni di individualità si incrociano senza entrare in relazione sospinti o dal desiderio frenetico di consumare o di accelerare le operazioni quotidiane o come porta di accesso ad un cambiamento (reale o simbolico). I nonluoghi sono prodotti della società della *surmodernità*, incapace di integrare in sé i luoghi storici confinandoli e banalizzandoli in posizioni limitate e circoscritte alla stregua di ‘curiosità’ o di ‘oggetti interessanti’ [...]. I nonluoghi sono incentrati solamente sul presente e sono altamente rappresentativi della nostra epoca, che è caratterizzata dalla precarietà assoluta (non solo nel campo lavorativo), dalla provvisorietà, dal transito e dal passaggio e da un individualismo solitario. Le persone transitano nei non luoghi ma nessuno vi abita” (Visentin, 2011, p. 20; Benanti, 2015).

e non formale comprendono gli aspetti delle esperienze informali e viceversa (Palmieri, 2013a; Tramma, 2019).

Il potere dell'educazione informale agisce anche nei luoghi istituzionalmente educativi: scuola, casa, e servizi in questo senso, paiono essere attraversati oggi da correnti educative non intenzionali che producono effetti educativi ingenti che influenzano le loro stesse proposte educative (Palmieri, 2013a, p. 43).

Dunque, la salute e il disagio, nelle loro varie declinazioni e rappresentazioni, riguardano anche i luoghi dell'educazione formale e non formale proprio perché “accadono” e “si trovano” anche in questi luoghi o perché vengono qui “portati” dalla vita diffusa, e diventano, pertanto, un loro “oggetto di attenzione e di lavoro” (ibidem).

Nel prossimo sotto-paragrafo andremo ad approfondire meglio il ruolo della scuola nella promozione della salute mentale e nella prevenzione del disagio degli adolescenti.

2.2.2.1 La scuola: tra compiti d'istruzione e bisogno di promozione della salute mentale degli adolescenti

La scuola, come abbiamo detto, è tra le grandi istituzioni educative e formative, deputata, nel nostro Paese, a garantire il diritto all'istruzione a ogni persona, come sancito dalla Costituzione (Palmieri, 2013a). Oltre a questo, tuttavia, essa è tenuta a svolgere attività di educazione alla salute, quindi di promozione della salute (e della salute mentale) e di prevenzione (dunque, anche del disagio); questi compiti emergono chiaramente da una serie di decreti ministeriali (alcuni dei quali saranno a breve riportati) (Adamo et al., 2001; Zannini, 2001), oltre a essere raccomandati dalla WHO già nel sopracitato Bollettino (2002), e, più recentemente, nel documento “Piano di Azione per la Salute Mentale 2013-2020 – *Mental health action plan 2013 - 2020*” (2013), esteso al 2030 (2019).

Volendo, per il momento, tralasciare ciò che la scuola è chiamata “formalmente” a compiere riguardo alle suddette tematiche, appare quasi naturale e spontaneo pensare a tale istituzione come fondamentale per il processo di promozione della salute mentale e di prevenzione del disagio nei suoi studenti, per diverse ragioni che andremo ora a esplicitare. In primo luogo, tornando al “diritto all'istruzione per tutti”, è questo stesso diritto a sottintendere, almeno auspicabilmente, l'obiettivo di promozione dell'autonomia e dell'emancipazione del soggetto, in quanto fondamentale per contrastare condizioni di “emarginazione e sfruttamento sociale fortemente presenti in situazioni di analfabetismo culturale” (Palmieri, 2013a, p. 34). In secondo luogo, è oggi la stessa scuola, volente o nolente, a doversi occupare di salute mentale e di disagio, poiché è essa stessa teatro di alcuni comportamenti e atteggiamenti individuali, che sono

letti come espressione di un disagio “portato” dall’esterno e/o “appreso” all’interno non solo dagli studenti, ma anche dagli stessi docenti (Pellai, 2001; Palmieri, 2013a; 2021, p. 49). Gli studenti e i docenti sono, infatti, entrambi “soggetti e oggetti dell’educazione diffusa” (Palmieri, 2013a, p. 37). Entrambi questi attori, dunque, hanno le loro abitudini, il loro modo di vivere e di pensare, le loro fragilità e paure; entrambi hanno appreso a essere o a non essere a disagio, anche e soprattutto nella vita diffusa; entrambi si scontrano con l’imprevedibilità del lavoro quotidiano, che può esso stesso generare disagio. Infine, molto semplicemente, possiamo asserire che è importante che la scuola si occupi di promuovere la salute mentale e di prevenire il disagio, poiché è a scuola che la maggior parte dei ragazzi, in Italia così come in Europa e in generale nei cosiddetti “Paesi sviluppati”, trascorre gran parte della giornata (a esclusione della straordinarietà del periodo pandemico). Ogni giorno, infatti, milioni di giovani frequentano questo luogo, il che significa, conseguentemente, che la scuola è connessa imprescindibilmente a qualsiasi azione e obiettivo diretti ad avere un impatto positivo sulla salute e sulla qualità della vita dei propri studenti, e, di riflesso, su tutto il Paese e per il futuro di esso (Marzorati, 2001a); sì, perché lavorare oggi per la salute mentale dei giovani significa lavorare per la salute mentale dei futuri adulti.

L’importanza di promuovere la salute mentale soprattutto nelle prime fasi di vita, mediante interventi precoci, è ampiamente ribadito dalla WHO, che scorge in questo processo la possibilità di evitare il più possibile in tal modo la medicalizzazione del disturbo, la sua istituzionalizzazione e la sua insorgenza in età adulta (WHO, 2001; 2013). La stessa attenzione e centralità circa la tutela della salute dei giovani è stabilita dagli articoli 3, 24, 27, 32 della “Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza” (CRC – *Convention on the Rights of the Child*) (1989)²⁷ non solo in riferimento allo sviluppo fisico, ma anche mentale, spirituale, morale o sociale. Tale documento ribadisce, inoltre, l’importanza e la necessità per il raggiungimento di tali obiettivi, oltre che dell’adozione di misure legislative, amministrative, sociali, anche di azioni educative (Gambacorti-Passerini, Palmieri, 2020). Se, infatti, come abbiamo più volte ribadito, la salute mentale e il disagio non sono “di pochi”, ma sono “questioni” globali e parte dell’esistenza di ogni persona, dall’età evolutiva all’età geriatrica, abbiamo anche sottolineato come alcuni eventi e fasi della vita possono rappresentare dei momenti di maggiore vulnerabilità al mantenimento di quell’equilibrio che determina la salute. Una di queste “fasi” della vita è quella attraversata dagli adolescenti, maggiormente fragili, non solo per motivi “tipici” di tale

²⁷ Il 27 maggio 1991 il trattato è stato ratificato dall’Italia con la legge n. 176.

periodo esistenziale, ma – come ampiamente riportato nel primo Capitolo – anche e soprattutto per la difficoltà di diventare adulti nel mondo di oggi; in questi termini, giovani risultano, quindi, più a rischio, rispetto ad altri, della “vulnerabilità sociale tipica della contemporaneità” (Pellai, 2001; Palmieri, 2013b; Barone, 2009, Regoliosi, 2010).

Come abbiamo accennato in precedenza, le scuole (e quindi anche le scuole secondarie di primo e di secondo grado), grazie a diversi decreti ministeriali del nostro Paese (sulla cui base le Regioni hanno formulato delle specifiche Linee Guida) (Zannini, 2001), sono state investite del ruolo di istituzioni deputate a educare alla salute, anche mentale, dei propri studenti. Tuttavia, per molto tempo (e forse in parte ancora oggi), tale compito ha riguardato per lo più una funzione di “normalizzazione” sociale e di scoraggiamento dell’assunzione di comportamenti ritenuti inadeguati (Palmieri, 2013a; Palmieri, 2021a). Per comprendere meglio questa focalizzazione riportiamo alcuni dei titoli e degli obiettivi dei suddetti decreti e linee guida²⁸: “Programmi di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’Aids” (legge n. 135/90); “Linee guida per gli interventi di Educazione alla salute e di prevenzione delle infezioni da HIV nella scuola” (1992); “Testo Unico delle leggi sulle tossicodipendenze” (Dpr n. 309/90), con cui al Ministero della Pubblica Istruzione viene affidato il compito di promuovere e coordinare le attività preventive riguardanti le dipendenze (alcool, fumo, sostanze stupefacenti o psicotrope). Questa attenzione focalizzata “sulla malattia” derivava probabilmente da un duplice fattore: da un lato, dall’emergenza sanitaria del periodo storico di riferimento, anni ’90, quindi proveniente dalla problematica dell’Aids e delle tossicodipendenze, dall’altro, da una visione di salute ancora centrata su un modello “patogenico” e dalla concezione di educazione alla salute non come promozione o prevenzione primaria e universale, ma come prevenzione “del rischio” (Zannini, 2001). Col tempo, tuttavia, inizia a farsi sempre più spazio una visione “salutogenica”, anche in quest’ambito. La legge n. 283/97 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e per l’adolescenza”, per esempio, non nasce come finalizzata esclusivamente al rischio o alla cura del disagio nel minore, ma anche e soprattutto al generale miglioramento della sua qualità di vita. In linea con questi stessi principi, nel 1998 viene pubblicato il documento “Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale”, che presenta degli interventi finalizzati alla promozione della salute mentale come obiettivo per l’intero arco di

²⁸ Per maggiori approfondimenti circa i decreti e le linee guida riguardanti gli interventi di promozione della salute e prevenzione in Italia, con particolare riferimento agli adolescenti, si veda quanto riportato schematicamente da Adamo et al. (2001) e Pellai (2001).

vita. Diviene via, via sempre più chiaro come sia maggiormente efficace e opportuno indirizzare gli interventi di educazione alla salute alla promozione di una crescita positiva, invece che alla prevenzione di comportamenti a rischio (Mirabella et al., 2010), così come indicato dalle diverse raccomandazioni internazionali sulla promozione della salute mentale (WHO, 2002; De Santi et al., 2008; Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012; EU, 2020).

La centralità della scuola per il raggiungimento di questi obiettivi viene ribadita nel sopracitato documento “Piano di Azione per la Salute Mentale 2013-2020” (WHO, 2013), oltre che da diversi documenti di indirizzo del Ministero della Pubblica Istruzione e dalla legge n. 270. Tale legge, tra le altre cose, indica la necessità di identificare un docente referente di educazione alla salute per ogni istituto scolastico e riattiva il Progetto Giovani (1999) del 1993, per le scuole secondarie di secondo grado, e attiva il Progetto Ragazzi (2000), per le scuole secondarie di primo grado e primarie. Inoltre, grazie a queste normative, viene istituita in ogni scuola una Commissione di Educazione alla Salute (Zannini, 2001). Dunque, da questo breve excursus, possiamo affermare che la scuola può essere considerata, a tutti gli effetti, una delle agenzie, tra le più importanti, di promozione della salute, ossia di uno “star bene dinamico, aperto sul mondo e sugli altri” (ivi, p. 124). In questi termini, essa diviene, dunque, promotrice di un concetto di educazione alla salute, e di salute mentale, intesa come “coltivare insieme l’*io* e il *noi*, in una prospettiva che veda un reciproco rafforzamento tra crescita individuale, appartenenza e crescita comune” (Zannini, 2001, p. 125). Tuttavia, se, da un lato, sembra ormai riconosciuta l’importanza di promuovere la salute mentale e di prevenire il disagio a scuola, dall’altro, non è altrettanto chiaro il ruolo che gli insegnanti hanno in questo processo e, conseguentemente, se la scuola è, di fatto, promotrice del benessere degli adolescenti o soprattutto un “contenitore” di interventi aventi tali finalità, portate e attuate da altri enti e professionisti per lo più esterni. Affinché la scuola sia protagonista di questo processo sembra cruciale il ruolo degli insegnanti, nonché dei dirigenti scolastici, che, insieme agli studenti, “fanno” la scuola. Sembra, quindi, fondamentale che questi professionisti si riconoscano anche nel loro ruolo educativo (grazie a cui promuovere salute mentale e prevenire il disagio), in generale e nell’esplorazione di quello “istruttivo”. Sarebbe, infatti,

fuorviante pensare alla scuola come luogo di istruzione, e ad una organizzazione educativa di tempi extrascolastici come ambito di educazione. Si è visto che educazione e istruzione costituiscono una strutturazione reciproca non separabile, e che esse non sono riportabili con dirimenza ad obiettivi formativi rispettivamente differenziati. Così che anche dovendo la scuola privilegiare obiettivi cognitivi e modalità oggettive di apprendimento, è perciò stesso rinviata ad una rigorosa determinazione educativa e metodologica (Massa 1987 [2000], p. 62).

Questo non significa negare ad altri luoghi e ad altri professionisti e attori il “compito” educativo, anche nell’ambito della salute mentale e del disagio, ma anzi, al contrario, riconoscere alla scuola e all’extra-scuola la loro “integrazione simmetrica” (ivi, p. 65), senza tuttavia maturare una prospettiva di totalizzazione, né da parte dell’una né da parte dell’altra (ibidem). In altre parole, “non vi deve essere separatezza o corrispondenza, neppure in senso incrociato, ma strutturazione d’insieme, articolazione metodologica e specificazione degli obiettivi formativi” (ibidem).

Come abbiamo più volte ribadito, la salute mentale e il disagio sono condizioni esperienziali, che, dunque, si apprendono all’interno di un “percorso formativo (formale [non formale] e informale)” (Gambacorti-Passerini, Palmieri, 2020). Acquisire questa consapevolezza da parte degli insegnanti, e dei dirigenti scolastici, significherebbe pensare o ripensare al proprio ruolo e al proprio spazio di intervento, come ruolo e spazio da cui partire per agire educativamente, “per realizzare esperienze che aiutino bambini, bambine, ragazzi e ragazze a costruire la miglior salute mentale e le condizioni che la rendono possibile” (ibidem). Significherebbe, inoltre, pensare alla salute mentale e al disagio come dimensioni, rispettivamente, da promuovere e prevenire non solo in luoghi e in orari deputati, prestabiliti e circoscritti, ma anche dove e quando questi “accadono” o possono essere “costruiti” e “ripensati”, ossia nella vita quotidiana, anche scolastica. Al contrario, non avere e non “formare” a questa consapevolezza significa contribuire, giorno dopo giorno, alla riduzione dello spazio dell’educazione formale e non formale a favore di altri “meccanismi formativi” della vita quotidiana (Palmieri, 2001, pp. 43-44). Inoltre, significherebbe continuare a rafforzare una cultura della scuola incentrata, quasi esclusivamente, sull’implementazione delle “capacità accademiche” e, quindi, a trascurare altre dimensioni, altrettanto importanti, le quali nella vita dello studente assumono un peso non indifferente (Goleman, 1995/1996; Pellai, 2001).

Si ha un bel dire che la scuola non deve socializzare ma solo insegnare [...]. Quando si chiede a un ragazzo di rievocare la sua storia di vita e di formazione rispetto alla propria esperienza scolastica, è più facile che si ricordi dei rapporti con gli amici e coi nemici, che è riuscito a farsi oppure a non farsi, dei tradimenti dei compagni, delle umiliazioni o delle gratificazioni ricevute dagli insegnanti, di quelli tra loro che ha amato o odiato (Massa, 1997, pp. 79-80).

Biesta (2017/2022), nel suo ultimo libro, riporta il concetto di *learnification* (già esplorato in altri suoi lavori), ossia a “una tendenza, relativamente recente, che mira a esprimere molto, se non tutto, ciò che c’è da dire sul tema dell’istruzione in termini di apprendimento” (ivi, p. 40). Secondo l’Autore, tuttavia, l’istruzione operando sempre in relazione ai tre domini

dell'educazione, ossia la *preparazione*, la *socializzazione* e la *soggettivazione*²⁹, pone la scuola e gli insegnanti di fronte alla loro responsabilità circa l'impatto del loro lavoro su ciascuno di essi. Ciò significa che le

scuole che vogliono concentrarsi solo sulla preparazione continueranno ad avere un effetto sugli ambiti della socializzazione e della soggettivazione, così come gli insegnanti - e chiunque sia coinvolto nel progetto educativo - dovranno sempre trovare un *equilibrio* tra i tre ambiti, tenendo presente che ciascuno di essi spesso limita o ha un effetto sugli altri (si pensi, per esempio, all'impatto problematico che un'eccessiva attenzione rivolta alla preparazione può avere sugli altri due ambiti) (ivi, pp. 41-42).

È anche grazie a questa rinnovata consapevolezza che l'insegnante potrà "riscoprire" il suo compito educativo, il che "consiste nell'accendere, in un altro essere umano, il desiderio di voler esistere nel e con il mondo in modo adulto, cioè in *quanto soggetto*" (ivi, p. 15).

²⁹ Per *soggettivazione* l'Autore fa riferimento "ai modi in cui gli studenti possono diventare soggetti a pieno titolo, piuttosto che rimanere meri oggetti dei desideri e delle indicazioni altrui" (ivi, p. 41). A questo proposito, si rimanda in particolare al Capitolo 1 dello stesso libro, nel quale viene trattato il concetto di "soggettività" in relazione a quello di "identità", oltre che, più in generale, il significato del lavoro educativo.

3. La letteratura sugli interventi educativi per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti a scuola

A partire da una riflessione pedagogica su che cosa significhi fare esperienza di adolescenza oggi, abbiamo finora argomentato di come l'educazione sia strettamente connessa alla promozione della salute mentale e alla prevenzione del disagio, in generale e degli adolescenti, e – di conseguenza – di come una tra le maggiori agenzie educative, ossia la scuola, possa ricoprire in questo processo un ruolo fondamentale.

Proseguendo le nostre considerazioni sulle suddette tematiche, nel presente capitolo riprenderemo alcuni concetti fondamentali dell'educazione, per poi esporre alcuni risultati circa le caratteristiche degli interventi e delle attività di promozione della salute mentale e di prevenzione del disagio degli adolescenti svolte a scuola, a oggi documentate in letteratura.

3.1 Premessa: alla ricerca di una definizione di “intervento educativo”

Che cosa rende un intervento “genuinamente” educativo? È difficile fornire una risposta univoca a questo quesito, poiché molteplici sono le riflessioni pedagogiche a tal proposito che si sono susseguite negli anni. Quello che, però, ci sentiamo di poter affermare – e che crediamo sia comunemente accettato dai pedagogisti –, soprattutto a partire da una prospettiva fenomenologica, è che un intervento educativo, per essere tale, è un qualcosa che “accade” nell'esperienza. Scrisse John Dewey (1859-1952) a tal proposito: “[L]’educazione per conseguire i suoi fini, così nei riguardi dell’alunno singolo come in quello della società, deve essere basata sull’esperienza della vita di qualche individuo” (ivi, 1938/2014, p. 83).

È proprio l'esperienzialità a rappresentare una delle caratteristiche peculiari dell'educazione e che, in qualche modo, differenzia il lavoro educativo da quello psicologico, psicoterapeutico e psichiatrico (Brambilla, 2010). Infatti,

seppure psichiatria e pedagogia condividano flussi di intervento a carattere trasformativo, quest'ultima non opera entro l'esclusività di una dimensione verbale e simbolica, ma attraversa e apparecchia esperienze all'interno del campo personale, soggettivo, materiale delle persone (ivi, p. 17).

L'esperienza in sé e per sé è costitutiva della natura umana (Laporta, 1980; Bertolini, [1988] 2002); tuttavia, non tutte le esperienze della vita sono educative, poiché “[e]sperienza e educazione non possono equivalersi” (Dewey; 1938/2014, p. 11).

L'educazione proviene dalla vita e ritorna a essa, ma dopo di essersene distaccata come per reduplicarla entro un ambito di esperienza distinta dalla vita immediata e non per questo meno vitale, tale cioè da affondare in essa le proprie radici nel contempo in cui tende a distanziarsene (Massa, [1987] 2000, p. 21).

Dunque, il punto essenziale sul quale soffermarsi, riprendendo Dewey (1938/2014), è “che cosa si deve fare perché il nostro fare meriti il nome di educazione” (ivi, p. 84). Un’esperienza può dirsi educativa se rappresenta “il processo di organizzazione del comportamento dell’organismo umano al suo ambiente” (Laporta, 1980, cit. in Bertolini, [1988] 2002, p. 156). Assumere che l’educazione è esperienza significa, infatti, pensare al soggetto come colui che “prende forma nell’interazione con il proprio contesto socio-culturale e materiale” (Palmieri, 2013d, p. 192). Questo processo talvolta implica un assoggettamento della persona nei confronti del contesto, ma, più di frequente e auspicabilmente, una sua “soggettivazione” e, quindi, un suo ruolo attivo nella scoperta del proprio “poter essere”.

L’educazione, dunque, agisce mediante l’esperienza che essa stessa istituisce (Palmieri, 2013d). In questa prospettiva socio-materialista (Ferrante, 2016), gli educatori operano con l’obiettivo di produrre un cambiamento (Biesta, 2017/2022), ma non direttamente sul soggetto, bensì predisponendo delle condizioni che permettano a quest’ultimo di accedere a molteplici e diverse esperienze, nelle quali questi sperimenti le proprie potenzialità, concepisca significati originali per la propria vita, modifichi la propria visione del mondo, elabori un proprio progetto esistenziale, comprenda come orientare le proprie scelte, acquisisca il desiderio di apprendere (ibidem). Infatti, un’esperienza è educativa quando, indipendentemente dalla specificità del suo contenuto, apre a tali possibilità e quando, secondo Dewey (1938/2014), apre al desiderio e alla visione di altre esperienze future. È, invece, secondo l’Autore,

diseducativa ogni esperienza che ha l’aspetto di arrestare o fuorviare lo svolgimento dell’esperienza ulteriore. Un’esperienza può procurare incallimento; può diminuire la sensibilità e la capacità di reagire. In questi casi sono limitate le possibilità di avere una più ricca esperienza nel futuro. E ancora, una data esperienza può aumentare l’abilità automatica di una persona in una particolare direzione e tuttavia tendere a restringere la sua libertà di movimento: l’effetto è di nuovo di limitare il campo della futura esperienza. Un’esperienza può recare qualche beneficio immediato e tuttavia promuovere la fiacchezza e la negligenza; questo atteggiamento allora agisce sulla qualità delle future esperienze in modo da impedire all’individuo di trarne tutto il frutto che potrebbero dargli. E ancora, le esperienze possono essere così sconnesse fra di loro che, per quanto ognuna sia gradevole o anche stimolante in sé, esse non costituiscono un tutto ben saldo. L’energia allora si dissipa e l’attenzione si disperde. Le singole esperienze possono essere vive e “interessanti” e tuttavia la sconnessione fra le parti può generare artificialmente abiti dispersivi, disintegrati, centrifughi. La conseguenza della formazione di tali abiti è l’incapacità di controllare le esperienze future. Queste sono allora prese come vengono, sia come oggetto di divertimento sia come oggetto di scontentezza e di rivolta (ivi, p. 12).

Il compito dell’educatore è, dunque, allestire l’esperienza come situazione educativa. Per espletare questo compito, egli deve porre particolare attenzione sia alle condizioni circostanti nelle quali è calata l’esperienza sia a ciò che di queste condizioni facilita l’esperienza di crescita

fisica, intellettuale e morale del soggetto (Dewey, 1938/2014). “Soprattutto, egli dovrebbe conoscere in che modo utilizzare la situazione circostante, fisica e sociale, per estrarne tutti gli elementi che dovrebbero contribuire a produrre esperienze di valore” (ivi, p. 27).

Ciò significa pensare l’esperienza, e di conseguenza l’educazione, come un *dispositivo pedagogico*, ossia come

un sistema procedurale in atto che non risulta di per sé esplicitato o predisposto in modo intenzionale e consapevole, ma che è comunque caratterizzato da certe relazioni funzionali tra elementi spaziali e temporali, corporali e oggettuali, simbolici e segnici, e da un certo uso organizzato di essi (Massa, [1986] 2003, p. 249).

Tale dispositivo, riferendoci alla concezione di Massa, è sia “pragmatico” sia “strutturale”. Accogliendo questa prospettiva, considerare l’educazione come dispositivo pragmatico significa vedere soprattutto la sua dimensione esperienziale e, al contempo, la sua dimensione “finzionale” (ivi, [1986] 2003; [1987] 2000). L’esperienza messa in atto dall’educazione è, infatti, un’esperienza diversa da quella quotidiana, ma altrettanto concreta, che richiede un effettivo coinvolgimento dell’educatore. Essa si discosta dalla vita “abituale”, poiché istituisce uno spazio e un tempo nel quale gli educandi, “portati via”³⁰ dal mondo familiare che solitamente frequentano, entrano per sperimentare atteggiamenti, comportamenti, visioni del mondo inedite. L’educazione crea un’esperienza che è diversa da quella della vita reale, ma che, al contempo, imita quella vita: in questo senso è finzionale. In questo contesto, gli educandi si confrontano con un mondo che funziona diversamente da quello conosciuto, anche se direttamente connesso a esso, dal quale rientrano cambiati (Massa, [1986] 2003).

La finzionalità che caratterizza l’educazione fa sì che l’esperienza predisposta e attivata sia reale – ossia sentita come autentica dagli educandi – ma, allo stesso tempo, anche “artificiale” (Massa, [1987] 2000). L’esperienza finzionale permette agli educandi di sperimentarsi in un ambiente “protetto” dove si vive la vita, ma al di fuori della vita. Predisporre un ambiente protetto non significa che questo sia finto, né, tantomeno, che questo stia a indicare un ambiente che “evita” i conflitti, gli sbagli, le delusioni degli educandi; anzi, al contrario, esso è proprio il luogo dove tutto può avvenire senza che gli educandi si facciano “troppo male” (Palmieri, 2013d, p. 203). L’esperienza educativa, infatti, non produce “benessere” nell’immediato, risolvendo delle situazioni di malessere; anzi, al contrario, essa “è un’esperienza dura” (Palmieri, 2013a, p. 40), poiché ha la funzione di far uscire gli educandi dalla loro *comfort zone*.

L’educazione, infatti, per quanto accogliente, nel momento in cui agisce, crea sempre degli attriti, poiché sposta “le coordinate usuali di comprensione del mondo” (ibidem). Essa, infatti,

³⁰ Questa è infatti la lettura che Riccardo Massa (1995) dà di *ex-ducere*, ossia “portare altrove”.

più che “risolvere” i problemi, li “crea”, per mettere in moto il desiderio (Dewey, 1938/2014; Barone, 2009; Biesta 2017/2022),

ovvero [per] creare le condizioni perché i soggetti possano sentire la mancanza di qualcosa – che l’esperienza educativa potrebbe rappresentare, portare, consentire di raggiungere – e quindi attivarsi per sentirla di meno, limitarla, adoperarsi per raggiungere il proprio oggetto di desiderio (Palmieri, 2013d, p. 200).

La dimensione finzionale permette agli educandi di mettersi alla prova, di tentare, anche compiendo errori, e di riprovare, di porre domande, di esprimere desideri e paure, di riflettere sulle proprie azioni per comprendere il nesso con le conseguenze prodotte e da loro stessi attraversate, di esplorare i propri vissuti, di sviluppare nuove modalità di relazionarsi a sé e agli altri. Tutte possibilità e tentativi che la vita di tutti i giorni non garantisce (Palmieri, 2013a; 2013d).

Sempre secondo Massa, la dimensione pragmatica dell’educazione è in stretta connessione con una dimensione strutturale (ivi, [1986] 2003; [1987] 2000). La “struttura” di una esperienza educativa permette di far sì che le dimensioni temporale, spaziale, corporea, simbolica entrino in connessione, circoscrivendo la stessa esperienza a una materialità specifica e irriducibile ad altre esperienze. Tale materialità, secondo la concezione neo-strutturalista massiana, è un insieme incorporeo di relazioni; ciò significa che, seppur le suddette dimensioni possono essere percepite, viste, toccate, il nesso che intercorre tra queste rimane intangibile.

Il dispositivo strutturale e/o materiale dell’educazione rappresenta il livello più profondo di ogni esperienza educativa, sul quale si poggiano gli altri livelli che l’educazione mette in atto, ossia la fattualità, l’effettualità, l’intenzionalità (Palmieri, 2008). Ciò che è fondamentale è comprendere come in specifici contesti e prassi tutti questi elementi si intersecano e agiscono. Infatti, seppur, come detto poc’anzi, il dispositivo strutturale regge ogni esperienza educativa, gli elementi di questo dispositivo assumono caratteristiche diverse a seconda di come vengono a comporsi nelle diverse situazioni. Considerando questa prospettiva, la materialità va oltre il concetto di sfondo nel quale le pratiche educative trovano una propria ubicazione (Ferrante, 2016); così come il setting va oltre il concetto di disposizione di banchi, di sedie, degli arredi; concezione molto frequente nei contesti scolastici. Il setting, se pensato come parte della materialità educativa, è, invece, un potente strumento in mano agli educatori; ciò perché esso consente di predisporre il gioco relazionale verso una modalità educativa (Cappa, 2014). Il setting, in senso pedagogico, è, infatti, “l’assetto interno degli insegnanti e dei ragazzi, a partire da un insieme di regole che rendono possibili i ruoli reciproci” (Massa, 1997, p. 85).

Tutto questo significa, non solo che è fondamentale che l'educatore agisca mediante la materialità educativa, ma, prima di tutto, che egli sia consapevole che essa sorregga, più o meno implicitamente, il contesto in cui gli educandi fanno esperienza educativa. Ciò al fine di guardare sia a quanto è manifesto, visibile e consapevole e progettato, ma soprattutto a quello che è diffuso, involontario, inconsapevole e inconscio e che agisce nelle pratiche educative e le rende quello che sono (Ferrante, 2016).

In un dato dispositivo, difatti, l'educatore non è l'unico agente e il suo potere dipende in larga misura da dimensioni ambientali e strutturali, inconsce [...] che solo di rado egli padroneggia coscientemente e che comunque transitano attraverso una determinata organizzazione materiale (ivi, p. 25).

Infatti, come affermato da Massa ([1986] 2003), “non sono gli uomini che fanno l'educazione. È l'educazione che fa gli uomini [...]. [Gli] operatori scolastici, insegnanti e ragazzi, sono come detti e agiti da questa struttura complessa” (ivi, p. 405). Ciò che i professionisti dell'educazione, tra cui gli insegnanti, possono fare è divenire consapevoli del ruolo che possono occupare, delle loro “delimitazioni di campo” e del loro “potere” (Palmieri, 2013d, p. 211). Dunque, sembra necessario, per loro, prestare attenzione ai tempi e agli spazi – quindi, agli oggetti, alla comunicazione, ai rituali, alle regole che governano l'ambiente educativo –, oltre che ai corpi che si muovono ed esistono dentro queste dimensioni. L'educatore deve essere consapevole che sono queste variabili che permettono all'educando di accedere o meno ad alcune esperienze, di entrare in alcune relazioni di un certo tipo e non di un altro (Palmieri, 2008).

Interrogarsi sul tempo di un'esperienza educativa significa chiedersi quali siano i tempi di un contesto educativo; se siano predeterminati o se si flettano sui tempi soggettivi, se siano sempre uguali o se siano adattabili; che cosa ne definisce la loro determinazione, per esempio il suono della campanella oppure dei rituali. Massa ([1986] 2003) fa riferimento a una temporalità del *tempo educante* come a una temporalità di tipo *esperienziale*, che egli raffigura come “un foro che si apre al centro del quadrante temporale di allievo, insegnante, curriculum e istituzione formativa, configurando un luogo di luce che rinvia al tempo della vita reale” (ivi, p. 214). Considerando questa rappresentazione, il tempo diviene educante quando definisce “un luogo” che apre a un'esperienza nella quale il soggetto “può mettere in gioco una propria progettualità di vita” (Barone, 2009, p. 177). Questo significa far sì che esso divenga un presente nel quale l'educando possa fare esperienza di accoglienza della propria storia, nel quale possa sperimentare e pensare al proprio essere corpo nel qui ed ora, ma, allo stesso tempo, nel quale possa riflettere e per pensarsi nel futuro. In riferimento alle riflessioni emerse nei capitoli pre-

cedenti, la temporalità diviene, infatti, educante nel momento in cui l'esperienza educativa consente di trovare una mediazione tra il tempo dell'immediato e il tempo dell'attesa; nel momento in cui essa consente di trasformare e di sospendere il tempo della continua emergenza, dell'istantanea soddisfazione e soluzione, nel tempo della tolleranza delle frustrazioni, dell'attraversamento dell'incertezza, della sperimentazione ed espressione del sé, della costruzione di una progettualità possibile. È educante, dunque, un tempo nel quale il futuro diviene una prospettiva, diviene occasione di guardare oltre il presente, diviene desiderio del possibile; solo in questo modo il futuro può essere pensato oltre la concezione di minaccia, oltre la dimensione dell'utile o del piacevole e dell'eterno presente (Palmieri, 2008; 2013d).

Oltre che sulla dimensione del tempo, l'educatore deve interrogarsi sullo spazio nel quale avviene l'esperienza educativa. Questo significa per l'educatore chiedersi se esso possa essere abitato³¹ dagli educandi, se si possono istituire al suo interno altri spazi simbolici oppure se gli spazi esistenti siano, esclusivamente, degli spazi istituzionali, per esempio, della scuola. È importante per gli educatori porsi tali quesiti, poiché è lo spazio a determinare la cornice, fisica e simbolica, che permette o meno la sperimentazione, l'accoglienza di richieste, bisogni e desideri, che sottintende l'immagine dell'educando pensato per viverlo o no, come pure il movimento o la stasi dei corpi.

Lo spazio è certamente spazio *fisico e naturale*, omogeneo, geometrizzabile e misurabile secondo le metodologie, i caratteri e le nozioni forniti dalle scienze esatte (matematiche, fisiche e naturalistiche); esso però è anche spazio vitale, intrinsecamente legato alle possibilità dell'esistenza, e dunque parcellizzato in una *molteplicità di micro-spazi dell'esperienza quotidiana* in cui il soggetto vive e agisce, cioè spazi in possesso e dominio, che sono, in definitiva, la pluralità dei luoghi reali e simbolici entro cui si espandono le reti delle relazioni organizzate e strutturate" (Iori, 1996, p. 23).

Lo spazio, dunque, è spazio educante se consente all'educando di sperimentare la propria limitatezza, di esprimere la propria potenzialità, di percepire e far percepire la propria presenza come soggetto in prossimità ad altri soggetti. "[E]ducare *con* gli spazi significa cercare di andare oltre l'idea dell'educare *negli* spazi" (Barone, 2009, p. 157). Questo è possibile tenendo conto dell'imprescindibilità della complessità materiale e simbolica che fa dello spazio uno spazio educativo e della stretta interdipendenza tra il soggetto e lo spazio. "Soggetto e spazio

³¹ L'abitare, scrive Galimberti (2003), "non è conoscere, è sentirsi a casa, ospitati da uno spazio che non ci ignora, tra cose che dicono il nostro vissuto, tra volti che non c'è bisogno di riconoscere perché nel loro sguardo ci sono le tracce dell'ultimo congedo. Abitare è sapere dove porre l'abito, dove sedere alla mensa, dove incontrare l'altro, dove dire è u-dire, rispondere è cor-rispondere. Abita-re è trasfigurare le cose, è caricarle di sensi che trascendono la loro pura oggettività, è sottrarle all'anonimia che le trattiene nella loro 'inseità', per restituirle ai nostri gesti 'abituati' che consentono al nostro corpo di sentirsi tra le 'sue cose', presso di sé" (ivi, p. 223).

non sono concepibili astrattamente e separatamente: l'esistenza umana è sempre spazializzata, lo spazio è sempre antropizzato" (Iori, 1996, p. 23).

Pensare all'esperienza educativa non può, infatti, prescindere dal pensare al ruolo del corpo in questa esperienza e alle conseguenze sul corpo dovute a tale esperienza (Barone, 2009). Riferendoci a una prospettiva fenomenologica, il corpo è espressione "dell'essere-nel-mondo". È, infatti, proprio il corpo a predisporre "la possibilità di conoscere il mondo 'là fuori'", così come è "l'alterità del mondo [a far] esistere [il corpo] come corpo-soggetto" (Barone, 2009, p. 129). Ciò considerato, educare con i corpi oggi significa partire dalla consapevolezza dell'idea che la società contemporanea ci restituisce del corpo, ossia di "materia inerte", materia frammentata. Il corpo non è, infatti, concepito in relazione al mondo come "co-esposizione", come "unità di senso totale" (Merleau-Ponty, 1945/1968; *ivi*, p. 128). Dunque, educare con i corpi oggi significa, riprendendo le riflessioni di Barone (2009) in relazione agli adolescenti, lavorare nella prospettiva di ampliare i campi di esperienza che consentono all'educando di differenziare e chiarire il rapporto tra alcune dimensioni, ossia: *la ragione e l'istinto, il dentro e il fuori, l'onnipotenza e il limite, il consumo e la memoria, il rischio e l'iniziazione, immaginario e l'esperienza* (*ivi*, pp. 129-130). Tutto questo implica porre l'attenzione sul modo di usare e di vivere il corpo, sulle sensazioni e vissuti e sul dare significato a ciò. Educare coi corpi significa, quindi, per l'educatore, ampliare le occasioni che sollecitino l'espressione corporea dell'educando, la sperimentazione della propria fisicità, il movimento del proprio corpo in modo diverso rispetto alle abitudini acquisite nel quotidiano (Merleau-Ponty, 1945/1968; Palmieri 2013d). Educare con i corpi significa far sì che l'educando possa aprirsi alla possibilità di disegnare il proprio progetto esistenziale come essere-nel-mondo.

Tutte queste dimensioni governano la "scena" educativa, attraverso cui l'educatore si trova ad agire, più o meno consapevolmente, e che l'educatore deve "allestire" per agire intenzionalmente. Riprendendo la metafora del teatro utilizzata da Massa per descrivere che cosa avviene nell'esperienza educativa, è l'educatore ad avere il compito di predisporre materialmente la scena dove accadrà l'evento educativo (Antonacci, Cappa, 2001). Considerando quanto argomentato finora, questo significa che egli dovrà modificare spazi, oggetti e arredi, scandire i tempi, disciplinare i movimenti e le posture dei corpi. Inoltre, egli dovrà individuare il "copione" di questa scena, ossia i temi, gli oggetti e i contenuti dell'esperienza. Così come nel teatro, quello che avviene in un'esperienza educativa, strutturata "materialmente" in maniera adeguata, è vivere un'esperienza eccezionale e ordinaria allo stesso tempo. Ciò vuol dire che l'esperienza educativa così allestita consentirà sia di riconoscere i vissuti della vita di tutti i

giorni sia di dotarli di significato. “L’esperienza educativa, come quella teatrale, funziona come un dispositivo di ricostruzione dei desideri, dei vissuti, dei pensieri che proviamo in quella determinata situazione e abbiamo provato o possiamo provare in altre situazioni” (Palmieri, 2013d, p. 202). Infatti, un’esperienza educativa permette di ritornare alla quotidianità arricchiti e irreversibilmente cambiati da quanto appreso dalla situazione vissuta. L’esperienza è educativa quando permette di “far fare esperienza”, anche grazie al “come se” della finzionalità (Massa, [1986] 2003; Massa, 2000). È mediante questa finzionalità che c’è la possibilità di far varcare i confini all’educando, ma prima delimitandoli, di fargli vivere tutto non in un “flusso continuo”, al quale la liquidità della vita contemporanea sembra, invece, quotidianamente educarlo (Palmieri, 2013c). Allo stesso tempo, però, non sono educativi una serie di eventi episodici fine a se stessi. Infatti,

non educa il singolo evento (la gita, la visione di un film, la vacanza in gruppo, la singola lezione, l’incontro con l’esperto): piuttosto, il processo all’interno del quale esso si colloca [...], la continuità che lega i diversi momenti in cui [l’esperienza educativa] si articola, rendendo possibile tracciare un percorso, determina la sua qualità, i possibili effetti di apprendimento (Palmieri, 2013d, p. 206).

Seguendo il pensiero di Massa (2000), ripreso da Palmieri (2013d), un’esperienza diviene educativa, infatti, se l’educatore stimola “l’espressione del sé” dell’educando; questo momento non si traduce in spazio per far “buttar fuori dei discorsi” al soggetto, ma, al contrario, è un momento che permette all’educando di sostare su un vissuto e di esprimerne il significato. L’espressione di sé è facilitata dalle “pratiche performative”. È, infatti, attraverso tali pratiche che l’educando può esprimere non solo parlando, il proprio vissuto. Le competenze che l’educando deve essere guidato ad acquisire non sono solo discorsive, ma anche manuali e corporee. Utilizzare le pratiche performative per esprimere il sé significa ribaltare la logica comune del fine della performance, ossia del compiacimento dello sguardo altrui o della vincita di qualcosa. Difatti, seppur l’acquisizione di una certa pratica può sempre servire a “far leva sul bisogno individuale di riconoscimento” dell’educando (Palmieri, 2013d, p. 207), seguendo il suddetto ragionamento, essa può far diventare primario per quest’ultimo il compiacimento di aver sperimentato e aver maturato una data competenza. Tutto ciò è possibile grazie all’opportunità per l’educando di pensare all’esperienza educativa, dunque, di valutarla non in relazione ai risultati ottenuti, ma alla possibilità che ha essa di fargli fare ulteriore esperienza, nonché di “capire e di esprimere ‘dove si è arrivati’” (Palmieri, 2013d, p. 204).

Considerando quanto detto finora, l’educatore, inteso come parte della scena educativa, sia come regista sia come attore, può solo abbozzare l’esperienza educativa e solo parzialmente fare previsioni rispetto a essa, ma mai predeterminarla. Dunque, può e deve improvvisare, a

partire dalla consapevolezza dell'importanza del suo ruolo in questa esperienza. È grazie all'acquisizione di tale consapevolezza che l'educatore non predisporrà un'esperienza educativa solo a partire dal suo oggetto – quindi non dal risultato a esso legato –, ma farà di qualsiasi oggetto, tema, argomento un

“pretesto” per fare esperienza delle capacità e dei limiti che si mobilitano nell'affrontare quel tema. Ciò non significa che non si studi *davvero*, non si giochi *davvero*, non si esplori *davvero*; anzi è essenziale scegliere l'oggetto in modo che il desiderio e il coinvolgimento che suscita sia il più forte possibile e che l'esperienza che annuncia non sia solo interessante ma anche effettivamente percorribile (ibidem).

Infine, compito dell'educatore è comprendere e individuare, in una data situazione, quei “ponti”, persone, contesti o cose, che possono fungere da mediatori, ossia quegli “artefatti” che permettono di connettere la vita quotidiana con il mondo dell'educazione. Sono, infatti, mediatori tutte le cose, i progetti, i contesti, le persone – tra cui gli stessi educatori – che facilitano la relazione tra i soggetti coinvolti nell'esperienza educativa, a partire dalla familiarità portata o generata da essi in una data situazione. La mediazione diventa così uno strumento indispensabile nel processo educativo, perché funge da ammortizzatore tra la vita e il soggetto, permettendo a quest'ultimo di sperimentare potenzialità e competenze apprese, per poi esercitarle nella propria quotidianità, giorno dopo giorno con più autonomia (Palmieri, 2013d).

Come se, appunto, ogni occasione vissuta in educazione potesse allenare le competenze utili per vivere, o meglio per dare senso al proprio vivere: non per preparare a gare future, ma per imparare, in un qui e ora protetto, a “estrarre significato dal presente”, in modo tale da poter continuare a progettare e costruire la propria esistenza (ivi, p. 204).

3.2 Lo stato dell'arte sugli interventi per la promozione della salute mentale con gli adolescenti: una scoping review della letteratura ³²

3.2.1 Introduzione: perché è importante fare chiarezza sulle pratiche educative di promozione della salute mentale

Come emerso dal primo capitolo, nella società occidentale contemporanea l'esperienza di “malessere” e di disagio sta diventando sempre più comune, soprattutto negli adolescenti (Bauman, 2000/2002; Xie et al., 2014; Simmons, Smyth, 2016); le attuali condizioni socio-economiche locali e globali, soprattutto a causa della pandemia da Covid-19, stanno aggiungendo complessità per i giovani al già difficile compito di tracciare una via da seguire in un ambiente così difficile (Hafstad et al., 2021; UNICEF, 2021a, 2021b). È stato già prima evidenziato come

³² Questo paragrafo è stato pubblicato in lingua inglese nella seguente fonte: Daniele K., Gambacorti-Passerini M.B., Palmieri C., Zannini L. (2022). Educational interventions to promote adolescents' mental health: A scoping review. *Health Education Journal*, 81(5), pp. 597-613.

per molti autori e ricercatori (Bauman 2000/2002; Benasayag, Schmit, 2003/2004; Galimberti, [2007] 2008; Marmot et al., 2008; Barone, 2009; Palmieri, 2013c; WHO, 2014b) tale crescente esperienza di disagio tra gli adolescenti dipenda non solo dalle caratteristiche individuali, ma anche e soprattutto dall'interazione tra l'individuo e l'ambiente in cui il giovane "impara" a vivere (Palmieri, 2013a); dunque, come "condizione appresa", il disagio deve essere affrontato con interventi educativi, insieme al supporto psicologico e sociale.

La concezione secondo cui l'educazione possa ricoprire un ruolo fondamentale rispetto alla promozione della salute mentale sembra essere presente non solo in ambito nazionale (Gambacorti-Passerini, Palmieri, 2020), ma anche internazionale (WHO, 2004), come anche la richiesta, sempre più insistente, di evitare il più possibile l'insorgenza di disturbi psichiatrici soprattutto in giovane età – il che porterebbe, con maggiore probabilità, a una medicalizzazione e istituzionalizzazione in età adulta –, mediante l'attuazione di interventi preventivi (WHO, 2001, WHO, 2013; UNICEF, 2021a). Tuttavia, visti i molteplici significati per i quali viene utilizzato il termine inglese *education* (che assume il significato, oltre che di *educazione*, soprattutto di *istruzione*) e visto il comune impiego del termine italiano *educazione* anche per fare riferimento ad attività di *insegnamento* e *informazione* (*teaching*) (Mostarda et al., 2018), ci siamo chiesti quanti degli attuali interventi sulla promozione del benessere mentale e prevenzione del disagio degli adolescenti che vengono proposti come "educativi" possano effettivamente essere intesi come tali o, in realtà, siano maggiormente incentrati su informazioni o indicazioni in materia di salute mentale e accesso ai servizi correlati.

Una delle maggiori peculiarità, ovviamente non l'unica, di un approccio educativo, come già ampiamente riportato nei capitoli precedenti, è l'esperienza (Dewey, 1938/2014), che forse, più di tutte, ne esprime la profonda differenza con uno meramente informativo. Secondo Dewey (1938/2014), "c'è un'intima e necessaria relazione fra il processo dell'esperienza effettiva e l'educazione" (ivi, p. 7). Gli insegnanti possono utilizzare l'ambiente fisico e sociale nei quali i giovani sono inseriti per creare esperienze educative (Dewey, 1938/2014). Infatti, la sfida per questi professionisti è quella di conoscere intimamente il contesto in cui è inserita la persona – e le sue caratteristiche fisiche, relazionali e storiche – in modo che questo possa essere utilizzato come risorsa educativa.

L'influenza della teoria educativa di Dewey può essere intercettata nei cambiamenti e negli sviluppi riguardanti i metodi educativi legati alla scuola, come per esempio l'importanza della connessione tra la teoria e la prassi (Díaz, 2020). A tal proposito, condividiamo il punto di vista

di Morris (2015), secondo cui lo stesso approccio può essere utilizzato per promuovere il benessere mentale nelle scuole. Quest'ultimo scrive a tal proposito: “[D]ovremmo insegnare agli studenti come stare bene, come fare il benessere [...] dobbiamo fare in modo che gli studenti lo sperimentino”³³ (ivi, p. 14), piuttosto che insegnare loro l'importanza della salute mentale e del benessere. Pertanto, pur riconoscendo la rilevanza degli approcci multiprofessionali (per esempio, interventi di promozione della salute mentale basati su interventi di counselling individuale/di gruppo condotto da psicologi e/o psichiatri), riteniamo che un intervento di promozione della salute mentale sia “veramente educativo” solo quando si basa sull'esperienza (Brambilla, 2010). Per essere efficaci nella promozione della salute mentale, gli interventi educativi dovrebbero coinvolgere attivamente i giovani in esperienze significative, promuovere fattori protettivi e sviluppare competenze che li sosterranno nella realizzazione del loro progetto di vita. Questi interventi dovrebbero essere promossi dai professionisti dell'educazione, tra cui gli insegnanti (Whitley et al., 2013). Tali professionisti possono promuovere la salute mentale non solo conducendo e partecipando a progetti dedicati, ma anche “incorporando” strategie di promozione della salute mentale nelle loro pratiche quotidiane, nelle scuole e all'interno della comunità (Mazzer, Rickwood, 2015).

Sebbene molti studi presenti in letteratura riferiscano interventi finalizzati alla promozione della salute mentale dei giovani, solo pochi di essi hanno messo a confronto le modalità utilizzate nei diversi contesti. Inoltre, a nostra conoscenza, nessuno studio ha analizzato questi interventi con il preciso intento di identificarne le caratteristiche “educative”, in particolare utilizzando una lente deweyana. Pertanto, lo scopo di questa scoping review è stato quello di esaminare la letteratura disponibile per costruire una panoramica delle tipologie di interventi educativi volti a promuovere la salute mentale di adolescenti, evidenziandone e analizzandone le caratteristiche, le modalità di attuazione e le figure professionali coinvolte. Facendo luce su questi interventi con particolare attenzione al ruolo di insegnanti ed educatori, speriamo di fornire informazioni che possano aiutare i professionisti dell'educazione a “integrare” consapevolmente e attivamente la salute mentale nelle loro pratiche quotidiane.

3.2.2 La procedura di realizzazione della scoping review

Questa scoping review è stata effettuata in linea con l'approccio di Arksey e O'Malley (2005), che prevede le seguenti fasi: definizione della domanda di ricerca, identificazione di

³³ La traduzione dell'inglese è nostra. Per il testo originale si veda l'articolo citato, ossia Morris (2015).

tutti gli studi pertinenti, selezione degli studi, interpretazione e sintesi degli studi, riassunto ed esposizione dei risultati.

Definizione della domanda di ricerca

La domanda di ricerca è stata la seguente: “Che cosa è noto in letteratura circa gli interventi per la promozione della salute mentale degli adolescenti e giovani adulti?”.

Identificazione degli studi pertinenti

La ricerca bibliografica è stata effettuata utilizzando i database CINAHL, Eric, PsycINFO e PubMed, dalla data di avvio fino a marzo 2020. I principali termini di ricerca utilizzati sono stati: *adolescent, young adult; mental health promotion; school, community, educator, social worker, teacher; best practice, intervention, strategy*. In tutti i suddetti database, ogni parola è stata cercata individualmente e da ciascuna sono stati estrapolati i sinonimi dai thesauri; questi sono stati combinati tra loro con l’operatore booleano “OR”, per ampliare la ricerca. Infine, le stringhe di ricerca, derivanti dalla combinazione di ciascuna parola con i relativi sinonimi, sono state combinate tra loro utilizzando l’operatore booleano “AND”, per restringere la ricerca. I record risultati da ciascun data base, derivanti dalla strategia di ricerca appena descritta, sono stati esportati nel software Mendeley per rimuovere i duplicati.

Selezione degli studi

Sono stati inclusi gli studi:

- pubblicati in inglese o in italiano dal 2010;
- riguardanti interventi/progetti per la promozione della salute mentale e/o la prevenzione primaria del disagio degli adolescenti e giovani adulti (di età compresa tra i 10 e i 24 anni) (WHO, 2014a), all'interno e all'esterno della scuola (a casa, nella comunità, nei luoghi di incontro, ecc.)
- di cui era disponibile il full text.

Sono stati, invece, esclusi gli studi:

- riguardanti interventi psicologici e/o psichiatrici così descritti dagli autori o implicitamente tali (per esempio, interventi che prevedevano la “mindfulness” o interventi individuali di counselling psicologico);
- riguardanti interventi di prevenzione secondaria e/o terziaria (per esempio, interventi specificamente rivolti ai giovani a rischio di suicidio);
- riguardanti interventi destinati a soggetti di età inferiore a 10 anni e superiore a 24 anni (WHO, 2014a).

Interpretazione e sintesi

Dopo una revisione dei full text degli articoli eleggibili, le informazioni pertinenti sono state estratte e inserite in una tabella. Esse includevano: autore/i, anno di pubblicazione, rivista di pubblicazione, Paese di svolgimento dello studio, scopo/i dello studio, disegno dello studio, strumenti di valutazione, dettagli dell'intervento.

Per quanto riguarda "l'intervento" (che, ricordiamo, è stato il focus di questa scoping review), sono state documentate altre caratteristiche specifiche, compreso lo scopo dell'intervento, gli strumenti/attività, i destinatari, il contesto, i provider, la tempistica e la frequenza.

Riassunto ed esposizione

Gli studi sono stati sottoposti ad un'analisi descrittiva, che ha comportato il raggruppamento degli interventi in base al loro scopo e alla loro frequenza, utilizzando un approccio induttivo. I dati sono stati riportati in forma sia schematica sia narrativa, per chiarire la portata e la natura della letteratura esistente. Sono state generate delle raccomandazioni in base all'analisi dei risultati chiave e delle lacune identificate nella letteratura.

3.2.3 I risultati della revisione della letteratura

Dalla suddetta strategia di ricerca, sono emersi 704 record, tra il 2010 e il 2020, 236 dei quali sono stati rimossi, poiché erano dei duplicati. Dalla lettura dei titoli e degli abstract dei restanti 468 articoli, 393 di questi sono stati esclusi. Nello specifico, sono stati eliminati gli articoli non pubblicati in inglese e/o in italiano, non riguardanti la promozione della salute mentale, non aventi come campione adolescenti e/o giovani adulti; inoltre, sono stati esclusi anche quelli concernenti la prevenzione secondaria e/o terziaria. Infine, dei 75 articoli rimasti, dopo la lettura dei full text, ne sono stati eliminati 56. Oltre alle motivazioni sopra esposte, alcuni di questi articoli sono stati eliminati poiché riguardavano degli studi su interventi psicologici e/o psichiatrici. In totale, 19 articoli sono stati inclusi nella scoping review (si veda la Figura 1).

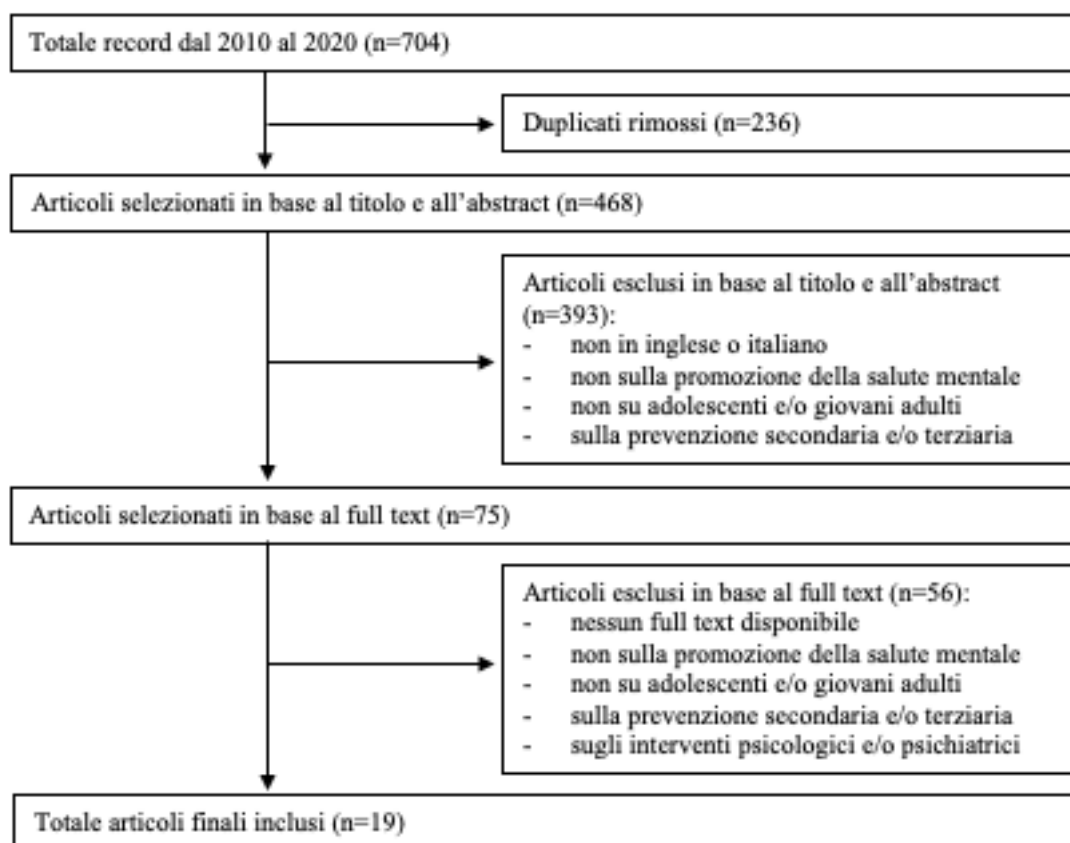


Figura 1. Flowchart del processo di selezione degli articoli emersi dalla letteratura.

Caratteristiche degli studi inclusi

La maggior parte dei 19 studi inclusi in questa revisione è stata condotta in Europa (n=8; 42%); gli altri studi sono stati condotti in Australia (n=3; 16%), Asia (n=3; 16%), America (n=2; 11%) e Africa (n=2; 11%).

Lo scopo della maggior parte degli studi era “valutare l’efficacia dell’intervento” (n=11; 58%); altri obiettivi erano “descrivere l’intervento” (n=2; 11%), “valutare il potenziale e l’efficacia dell’intervento” (n=1 ; 5%), “indagare il potenziale dell’intervento” (n=1; 5%), “riportare la percezione dell’intervento” (n=1; 5%), “descrivere l’intervento e valutarne l’efficacia” (n=1; 5%), “descrivere l’intervento e valutarne la fattibilità ” (n=1; 5%) e “valutare l’accettabilità, la fattibilità e l’efficacia dell’intervento” (n=1; 5%).

Questi riguardavano principalmente progetti di ricerca quantitativa (n=10; 53%) e metodo misto (n=6; 32%); solo due studi erano qualitativi (n=2; 11%).

La maggior parte degli studi era basata sul disegno pre-post RCT/studio controllato (n=9; 47%); gli altri studi sono stati riportati come studi pre-post non controllati (n=3; 16%), descrit-

tivi e/o osservazionali e /o studi di fattibilità (n=2; 11%), studio caso-controllo (n=1; 5%), studio esplorativo (n=1; 5%), studio pilota (n=1; 5%), studio multicentrico (n=1; 5%) e protocollo di studio (n=1; 5%).

Gli strumenti di valutazione di questi studi erano per lo più questionari e scale. Nello specifico, questionari e scale preesistenti e validati (n=3; 15%); questionari e scale preesistenti e validati, intervista e report (n=2; 11%); questionari preesistenti e validati e questionari preesistenti (di cui non era chiaramente riportata la validazione) (n=2; 11%); questionari e scale preesistenti (di cui non era chiaramente riportata la validazione), focus group e interviste (n=2; 11%); questionari e scale preesistenti (di cui non era chiaramente riportata la validazione) (n=2; 11%); interviste (n=2; 11%); questionari e scale, interviste e report preesistenti e validati (n=1; 5%); questionari e scale preesistenti e validati, e questionario ad hoc validato (n=1; 5%); questionari e scale preesistenti e validati e questionario (di cui non era chiaramente riportata la validazione e se era preesistente) (n=1; 5%); questionari e scale preesistenti (di cui non era chiaramente riportata la validazione) e questionari e scale (di cui non era chiaramente riportata la validazione e se erano preesistenti) (n=1; 5%); questionari e scale preesistenti (di cui non era chiaramente riportata la validazione) e report (n=1; 5%); relazione (n=1; 5%); infine, in uno studio, questo dato non è stato riportato.

La maggior parte degli articoli è stata pubblicata su riviste mediche (n=6; 32%); il resto, in riviste sociali e sanitarie (n=4; 21%), psichiatriche (n=3; 16%), infermieristiche (n=2; 11%), ICT e medicina (n=2; 11%) e su riviste interdisciplinari (n=2; 11%); solo un articolo è stato pubblicato su una rivista pedagogica (si veda la Tabella supplementare 1, in Allegati).

Caratteristiche degli interventi

Obiettivi degli interventi e attività/strumenti di intervento

Sono state individuate 47 unità, ossia gli obiettivi specifici degli interventi, poi raggruppate in otto categorie (obiettivi degli interventi). Inoltre, sono state individuate nove attività/strumenti di intervento, ossia le strategie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi. Infine, di ciascuna categoria, le unità sono state raggruppate in obiettivi specifici indirizzati a fattori protettivi e in obiettivi indirizzati a fattori di rischio (il che stava a indicare se gli interventi erano destinati a promuovere fattori protettivi o a prevenire fattori di rischio) (si veda la Tabella supplementare 2, in Allegati).

Nella maggior parte dei casi, gli obiettivi degli interventi erano “sviluppare le capacità sociali e interpersonali” (n=14; 74%) e “migliorare le capacità cognitive” (n=13; 68%). Gli obiettivi di quasi la metà degli studi riguardavano, invece, “lavorare sulle/gestire le emozioni (proprie e altrui)” (n=8; 42%), “sviluppare la consapevolezza di se stessi e degli altri” (n=8; 42%), “promuovere l’alfabetizzazione sulla salute e salute mentale” (n=7; 37%), “imparare a chiedere/dare aiuto” (n=7; 37%) e “promuovere il benessere psicofisico” (n=7; 37%). In due casi, infine, l’obiettivo era “comprendere l’importanza delle relazioni” (n=2; 11%).

Le attività di questi interventi erano in quasi la metà dei casi: lezioni/workshop (8; 42%), discussioni di gruppo (8; 42%), attività di gruppo/ricreative/sportive (8; 42%), role plays (7; 37%), attività art-based (disegno, recitazione, film, canzoni, narrazione, media, foto, spettacoli in strada...) (6; 32%). In pochi casi, le attività/strumenti erano poster/opuscoli informativi (3; 16%), attività informative via web (2; 11%), discussioni di gruppo via web/App (1; 5%), lezioni/workshop via web (1; 5%) (si veda la Tabella 1).

Obiettivi	Frequenza, n (%)	Attività	Frequenza, n (%)
Sviluppare le capacità sociali e interpersonali	14 (74%)	Lezioni/workshop	8 (42%)
Migliorare le capacità cognitive	13 (68%)	Discussioni di gruppo	8 (42%)
Lavorare sulle/gestire le emozioni (proprie e altrui)	8 (42%)	Attività di gruppo/ricreative/sportive	8 (42%)
Sviluppare la consapevolezza di se stessi e degli altri	8 (42%)	Role play	7 (37%)
Promuovere l’alfabetizzazione sulla salute e salute mentale	7 (37%)	Attività art-based (disegno, recitazione, film, canzoni, narrazioni, media, foto, spettacoli in strada...)	6 (32%)
Imparare a chiedere/dare aiuto	7 (37%)	Poster/opuscoli informativi	3 (16%)
Promuovere il benessere psicofisico	7 (37%)	Attività informative via web	2 (11%)
Comprendere l’importanza delle relazioni	2 (11%)	Discussioni di gruppo via web/App	1 (5%)
		Lezioni/workshop via web	1 (5%)

Tabella 1. La frequenza (n, %) degli obiettivi e delle attività/strumenti di intervento degli studi inclusi nella scoping review.

Destinatari degli interventi

Nella maggior parte dei casi, gli interventi erano rivolti ad adolescenti/giovani tra i dieci e i 21 anni (n=16; 84%) (Srikala, Kishore, 2010; Bannink et al., 2014; Veltro et al., 2015a; 2015b; Bohleber et al., 2016; Lubmann et al., 2016; McAllister et al., 2017; 2018; Bjørnsen et al., 2018; Kosic, 2018; McMullen, McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018; Wassermann et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Schwager et al., 2019; Lindow et al., 2020). Pochi, tuttavia, erano destinati a giovani adulti (di età compresa tra 22 e 24 anni) (Balaji et al., 2011), a familiari (Frazier et al., 2015; Vella et al., 2018) e/o allenatori sportivi (n=3; 16%) (Vella et al., 2018). In pochissimi casi, gli interventi sono stati rivolti a popolazioni molto specifiche: adolescenti

che vivono in orfanotrofi (Mohammadzadeh et al., 2019), adolescenti maschi (Vella et al., 2018), adolescenti in cerca di prima occupazione (Bohleber et al., 2016) e adolescenti afroamericani e le loro famiglie (Frazier et al., 2015).

Setting degli interventi

Gli interventi descritti negli studi hanno avuto luogo principalmente nelle scuole (n=8; 42%) (Srikala, Kishore, 2010; Lubmann et al., 2016; Bjørnsen et al., 2018; McAllister et al., 2018; McMullen, McMullen, 2018; Wasserman et al., 2018; Schwager et al., 2019; Lindow et al., 2020); in misura minore, essi sono avvenuti sia dentro sia fuori la scuola (a casa; in comunità; nei luoghi di incontro) (n=5; 26%) (Balaji et al., 2011; Veltro et al., 2015a; 2015b; Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018), fuori dagli ambienti scolastici (orfanotrofi; parchi) (n=2; 11%) (Frazier et al., 2015; Mohammadzadeh et al., 2019), sul Web (n = 2; 11%) (Bannink et al., 2014; Bohleber et al., 2016), in modalità “blended” (online e di persona presso un club sportivo) (n=1; 5%) (Vella et al., 2018). In un caso, questa informazione non è stata riportata (McAllister et al., 2017). Tra gli studi in cui l’intervento ha avuto luogo a scuola (n=13; 68%), cinque (38%) hanno riferito che l’intervento era stato condotto durante le normali lezioni scolastiche (Srikala, Kishore, 2010; Veltro et al., 2015a; 2015b; Kosic, 2018; Schwager et al., 2019).

Provider degli interventi

I provider degli interventi erano nella maggior parte dei casi (n=7; 37%) professionisti che lavoravano al di fuori del contesto dell’intervento, come “istruttori” (Wasserman et al., 2018; Lindow et al., 2020), facilitatori (McAllister et al., 2017), psicologi, assistenti sociali e peer (Balaji et al., 2011; Bohleber et al., 2016), volontari qualificati e psicologi (Vella et al., 2018), professionisti della salute mentale e facilitatori (Frazier et al., 2015).

In cinque casi (26%), gli interventi sono stati erogati sia da professionisti interni che esterni: insegnanti, psicologi e peer (Veltro et al., 2015^o; 2015b), insegnanti, psicologi e altri esperti (Kosic, 2018), personale sanitario scolastico e professionisti della salute mentale (McAllister et al., 2018), insegnanti e facilitatori (Lubman et al., 2016).

In altri studi ancora (n=4; 21%), gli interventi sono stati effettuati da professionisti all’interno della scuola: insegnanti (Srikala, Kishore, 2010; McMullen, McMullen, 2018; Schwager et al., 2019) e personale sanitario scolastico (Bjørnsen et al., 2018). Infine, in tre casi (16%) (Bannink et al., 2014; Mfidi et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019), questa informazione non è stata riportata.

Tra gli studi in cui è stato specificato chi fossero i provider (n=16; 84%), alcuni autori hanno riportato di una formazione specifica del provider, senza, tuttavia, chiarire la quantità di tempo investita in tale formazione (n=5; 31%) (Balaji et al., 2011; Frazier et al., 2015; Schwager et al., 2019; Srikala e Kishore, 2010; Vellella et al., 2018). Altri, invece, hanno riferito di una formazione specifica per il provider, chiarendo anche la durata della formazione (da 2 a 3 giorni) (n=4; 25%) (Veltro et al., 2015^a; 2015^b; McAllister et al., 2018; McMullen, McMullen, 2018).

Tempistica e frequenza degli interventi

La tempistica e la frequenza degli interventi non sono state chiaramente descritte dalla maggior parte degli studi. Nei pochi studi (n=4; 21%) che hanno riportato questi dati, gli interventi erano a bassa frequenza, spalmati in un lungo periodo di tempo (tra 12 e 24 sessioni di un'ora, una volta alla settimana, in un periodo di sei-12 mesi) (Srikala, Kishore, 2010; Veltro et al., 2015^a; 2015^b) o a media frequenza, spalmati in un più breve periodo di tempo (20 sessioni di 90 minuti, due volte a settimana, in un periodo di tre mesi) (Frazier et al., 2015).

Le suddette caratteristiche sono schematizzate nel Box 1.

A chi si rivolgono?	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescenti (10-21 anni) • Alcuni anche a giovani adulti (22-24 anni) • Alcuni anche a familiari e docenti
Dove si svolgono?	<ul style="list-style-type: none"> • A scuola • Alcuni durante le normali lezioni • Alcuni sul territorio (generalmente rivolti a target specifici, per es.: comunità afroamericane; adolescenti maschi)
Chi li svolge?	<ul style="list-style-type: none"> • Figure esterne alla scuola • Figure esterne alla scuola insieme ai docenti • Peer
Con quali tempistiche?	<ul style="list-style-type: none"> • Non sono chiare la durata, la frequenza e l'intensità degli interventi. In generale, si può parlare di interventi: <ul style="list-style-type: none"> - a bassa frequenza, spalmati in un lungo periodo di tempo (tra 12 e 24 sessioni di un'ora, una volta alla settimana, in 6-12 mesi) - a media frequenza, spalmati in un più breve periodo di tempo (20 sessioni di 90 minuti, due volte a settimana, in 3 mesi)

Box 1. Caratteristiche degli interventi educativi degli studi inclusi nella scoping review.

3.2.4 Un'analisi critica dei risultati della revisione

Questa scoping review ha fornito una panoramica degli studi che riportano gli interventi educativi per promuovere la salute mentale degli adolescenti e dei giovani adulti e le caratteristiche di tali interventi. Cinque risultati principali sono emersi da questa revisione, offrendo spunti e suggerimenti per la pratica futura.

Gli interventi individuati tendono a promuovere il benessere dei giovani e i fattori protettivi, piuttosto che concentrarsi sui fattori di rischio

Promuovere il benessere degli adolescenti, piuttosto che affrontare i fattori di rischio, è in linea con le raccomandazioni internazionali sulla promozione della salute mentale (WHO, 2002; De Santi et al., 2008; Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012; EU, 2020).

Il primo approccio intercettato negli studi è legato agli obiettivi più generali dell'educazione degli adolescenti e giovani, come imparare ad apprezzare le relazioni interpersonali, riconoscere e valorizzare le emozioni, raggiungere la consapevolezza di sé, riconoscere gli altri, sviluppare il dialogo e il rispetto (Massa, 1997; Iori, 2006; 2009; Van Manen, 2016). Altri studi, più focalizzati su aspetti psicologici, miravano a sviluppare altri tipici obiettivi dell'educazione degli adolescenti e giovani, come le capacità cognitive, la risoluzione dei problemi, il processo decisionale (Fook, Gardner, 2007).

La maggior parte degli obiettivi degli interventi e delle attività educative qui descritti si è concentrata sullo sviluppo delle competenze di vita (*life skills*) (si veda la Tabella supplementare 2, in Allegati). Pochi, infatti, si sono focalizzati su specifici problemi di salute mentale; piuttosto, i loro obiettivi miravano a responsabilizzare i giovani sullo sviluppo del benessere e, più in generale, delle competenze di vita.

Gli interventi individuati riguardano in gran parte attività esperienziali e mirano alla promozione della partecipazione dei giovani coinvolti

La maggior parte delle attività volte a promuovere la salute mentale riportate negli studi selezionati prevedeva attività incentrate sullo studente/esperienziali, come gruppi di discussione, attività di gruppo/sportive, role playing, attività *art-based* (disegno, recitazione, visione di film, riproduzione di canzoni, narrazione, utilizzo di media, foto, spettacoli di strada) (Cahnman-Taylor, Siegesmund, 2017; Hannigan et al., 2019). Tali attività riflettono le esperienze tipiche promosse dagli educatori sia all'esterno sia all'interno della scuola.

Tuttavia, negli studi selezionati, abbiamo riscontrato anche attività meno partecipative e più informative come le lezioni, che rispecchiano il modello didattico che spesso ha caratterizzato gli interventi di educazione sanitaria. Tale approccio è comunemente utilizzato nelle scuole per prevenire problemi come il bullismo, la violenza, l'abuso di sostanze (De Santi et al., 2008; Yeager, Dahl, 2017). La "teoria del cambiamento alla base di molti di questi interventi deriva dalle teorie comportamentali decisionali [...], secondo le quali l'aumento della conoscenza dei

rischi per la salute, delle capacità per il raggiungimento degli obiettivi di salute e della consapevolezza dei valori sociali relativi al comportamento sano porteranno a un cambiamento comportamentale positivo”³⁴ (Yeager, Dahl, 2017, p. 2). Tuttavia, è ormai noto che il successo di tali interventi è abbastanza limitato.

Rispetto alle finalità degli interventi educativi descritti nei paper selezionati e alle attività svolte per raggiungerle, abbiamo generalmente rilevato tra esse un elevato grado di allineamento. Tuttavia, in alcuni studi pubblicati, gli obiettivi e le attività educative erano allineati in misura minore (si veda la Tabella supplementare 2, in Allegati). Per esempio, gli obiettivi e le attività sembravano ben allineati negli sforzi per “promuovere l’alfabetizzazione alla salute e alla salute mentale” (si veda la Tabella supplementare 2, in Allegati: categoria 1), ma non era così in relazione all’obiettivo “imparare a chiedere e offrire aiuto” (si veda la Tabella supplementare 2, in Allegati: categoria 2). Possiamo essere informati su come e a chi chiedere aiuto, ma per promuovere la nostra salute mentale dobbiamo anche imparare a riconoscere le nostre emozioni e a descrivere ciò che stiamo provando. Questo non è qualcosa che può essere efficacemente appreso attraverso lezioni formali e richiede un approccio più esperienziale in un ambiente di apprendimento protetto e familiare.

Gli interventi “per promuovere la consapevolezza della propria immagine corporea” e “per aumentare la consapevolezza dei propri limiti” (si veda la Tabella supplementare 2, in Allegati: unità 4.4, 4.5) sembra siano stati affrontati attraverso gruppi di discussione senza alcuna attività esperienziale. Troviamo questo limitante. In linea con Dewey (1938/2014), e altri studiosi (Massa, 1997; Morris, 2015), riteniamo che l’esperienza sia fondamentale per i processi di apprendimento ed educativi e che gli adolescenti necessitino di opportunità per riconoscere, favorire e gestire le emozioni attivandole in ambienti simulati e in situazioni protette, per poi riflettere sulla loro esperienza. Morris (2015) scrive a tal proposito: “Supponiamo che qualcuno stia insegnando abilità cognitive (come quelle sulla resilienza). In tal caso, l’insegnante deve fare in modo che gli studenti li esercitino e li applichino in situazioni di vita reale: non va bene parlarne o consegnare un foglio di lavoro” (ivi, p. 14)³⁵.

Allo stesso modo, è solo “sperimentando” il proprio corpo (ad esempio attraverso attività sportive, danza, teatro, ecc.) che un giovane può imparare a conoscerlo, a prendere coscienza dei suoi limiti e a riconoscersi nel proprio corpo attraverso processi cruciali per lo sviluppo

³⁴ La traduzione dell’inglese è nostra. Per il testo originale si veda l’articolo citato, ossia Yeager e Dahl (2017).

³⁵ La traduzione dell’inglese è nostra. Per il testo originale si veda l’articolo citato, ossia Morris (2015).

della propria identità (Merleau-Ponty, 1945; Hosseini, Padhy, 2021). Tali attività dovrebbero svolgersi in uno spazio “sicuro” in cui gli individui possono sperimentare senza incontrare i rischi della vita “reale” (Gordon, 1992; Massa, 1997), dove le emozioni, le idee e persino il corpo stesso dell’individuo rischiano di essere derisi o sminuiti.

La maggior parte degli interventi viene effettuata in presenza

Solo pochissime delle attività di promozione della salute mentale individuate erano basate sul web (ma dobbiamo ricordare che la nostra ricerca bibliografica si è svolta prima della pandemia). Ciò può essere in relazione al fatto che, mentre gli interventi basati sul web possono promuovere la diffusione delle informazioni, le attività esperienziali di persona sono più adatte ad aiutare gli adolescenti a costruire relazioni, valorizzare le emozioni, raggiungere la consapevolezza di sé e riconoscere/mostrare rispetto per gli altri.

La maggior parte degli interventi individuati sono stati erogati nelle scuole, ma solo raramente gli insegnanti erano i provider o co-provider degli interventi

Anche se la maggior parte degli interventi è stata erogata a scuola, i provider erano per lo più altri professionisti (per esempio, psicologi) e solo più raramente insegnanti. Inoltre, solo pochi interventi reperiti in letteratura sono stati realizzati nell’ambito delle attività scolastiche quotidiane e ancora meno interventi si sono svolti nella comunità e hanno coinvolto altri soggetti. Tuttavia, è ampiamente riconosciuto che intervenire dove il disagio sorge e coinvolgere diversi stakeholder è cruciale per il successo degli interventi (Levine, 2003; Whitley et al., 2013; Cefai, Cooper, 2017).

Gli interventi di promozione della salute mentale dovrebbero cercare di coinvolgere soprattutto persone che sono già vicine al giovane interessato. Questi possono essere membri della famiglia, insegnanti/educatori e altre persone di riferimento (Jané-Llopis, Anderson, 2005; De Santi et al., 2008; Ekornes et al., 2012; Palmieri, 2013d; Cefai, Cooper, 2017; Aldam et al., 2019). Diversi autori sottolineano come i programmi e gli interventi di promozione della salute mentale a scuola sono più efficaci se inseriti nelle normali attività curriculari scolastiche (Jennings, Greenberg, 2009; Greenberg, 2010) e/o se coinvolgono la famiglia e la comunità (Weare, Markham, 2005; Patton et al., 2006; Adi et al., 2007).

I nostri risultati sono coerenti con una ricerca degli ultimi anni che indica che “salute mentale” è spesso un concetto non familiare per gli insegnanti; il significato di questo concetto, inoltre, è spesso rappresentato negativamente (Ekornes et al., 2012).

Considerare che i problemi di salute mentale possono essere visti come estranei alla missione della scuola, e quindi trascurare il ruolo degli insegnanti nella promozione della salute mentale, è abbastanza comune anche tra gli stessi insegnanti, soprattutto tra coloro che pensano che solo gli operatori sanitari debbano essere coinvolti nella gestione di queste problematiche, idealmente in ambito sanitario (Gambacorti-Passerini, 2021c).

In generale, considerando la crescente esperienza di disagio negli adolescenti e giovani adulti, sono urgentemente richieste nuove competenze relative alle competenze di promozione della salute mentale da parte degli insegnanti/educatori.

Riteniamo importante sottolineare che, dal nostro punto di vista, gli insegnanti e gli altri professionisti dell'educazione non hanno bisogno di una formazione approfondita su come affrontare specifiche manifestazioni e sintomi di disagio: questa dovrebbe essere una responsabilità di altri professionisti. Ciò di cui hanno bisogno gli insegnanti è di ampliare la propria "prospettiva pedagogica" sull'esperienza del disagio e di implementare le proprie competenze per promuovere la salute mentale come parte del proprio lavoro quotidiano.

Laddove sono stati riportati i dati, gli interventi non sono stati allineati o integrati con le attività scolastiche quotidiane

In questa scoping review, poco emerge circa l'importanza della continuità e dell'allineamento tra il contenuto e l'obiettivo degli interventi di promozione della salute e il coinvolgimento degli insegnanti, in modo da includere le suddette attività nel loro insegnamento quotidiano. Altre ricerche mostrano come la continuità e il coinvolgimento degli insegnanti siano fondamentali per l'efficacia della promozione della salute nelle scuole (Ekornes et al., 2012; Cefai, Cooper, 2017) e a maggior ragione, crediamo, negli interventi di promozione della salute mentale. Per massimizzare il successo, gli interventi non dovrebbero essere esperienze "a spot", ma "incorporati" nelle attività scolastiche quotidiane, sfruttando il contatto regolare che avviene tra insegnanti e adolescenti (De Santi et al., 2008; Ekornes et al., 2012; Whitley et al., 2013; Cefai, Cooper, 2017). Questi ultimi trascorrono gran parte della giornata lavorando con gli insegnanti, che possono essere figure centrali nella loro vita. Per massimizzare ulteriormente la probabilità di successo, i programmi e gli interventi futuri dovrebbero cercare di promuovere un

cambiamento significativo [lontano] dalle pedagogie/atteggiamenti tradizionali, verso approcci di insegnamento/apprendimento più flessibili. Questo cambiamento potrebbe aiutare a riconoscere quegli insegnanti che trascorrono più tempo con i loro studenti su base giornaliera, che possono co-creare un clima positivo in classe/scuola ascoltandoli e supportandoli non solo nei

risultati scolastici, ma anche nella costruzione di competenze socio-emotive (Kosic, 2018, p. 78)³⁶.

Limiti dello studio

La scoping review qui presentata ha alcune limitazioni. In primo luogo, non include la letteratura grigia; dunque, è possibile che degli interventi su piccola scala, ma di successo, svolti in contesti locali siano stati pubblicati in documenti/articoli non presenti nei database da noi utilizzati. Un'ulteriore limitazione deriva dal fatto che alcuni paper esaminati non riportavano delle informazioni rilevanti sugli interventi effettuati. Di conseguenza, questi dati sono assenti nella nella scoping review. Infine, poiché le scoping reviews non richiedono una valutazione formale della qualità degli articoli, il rigore degli studi inclusi non è stato valutato.

3.2.5 Conclusioni

Questa scoping review rivela che un ampio corpus di letteratura riporta approcci che possiamo definire “educativi”, per promuovere la salute mentale degli adolescenti. Molti interventi hanno cercato di adottare un approccio in linea con la concezione di Dewey dell'educazione, ossia, sostanzialmente, come *esperienza* – e alcuni di essi hanno coinvolto anche famiglie e comunità. Tuttavia, il ruolo degli insegnanti nella promozione della salute mentale, intesa come parte integrante della loro pratica quotidiana nelle scuole, sembra completamente sottovalutato.

Sono necessarie ulteriori ricerche per capire perché il ruolo degli insegnanti, i quali sono i professionisti più coinvolti nell'istruzione e nell'educazione degli adolescenti, è così marginale, rispetto allo svolgimento di interventi per promuovere la salute mentale. È perché gli insegnanti non considerano la promozione della salute mentale come una parte importante della loro pratica quotidiana? O cercano di farlo in modo informale? O si sentono insicuri o scarsamente preparati per svolgere tale compito?

Andando avanti, la pratica quotidiana degli insegnanti, grazie alla ricerca e alla formazione su questi temi, potrebbe diventare il fulcro attorno al quale sviluppare futuri interventi per promuovere la salute mentale a scuola. L'intensità, la durata, la frequenza e la continuità dell'intervento, insieme al coinvolgimento di una serie di stakeholder, sono fondamentali per il successo delle azioni future per promuovere la salute mentale degli adolescenti.

³⁶ La traduzione dell'inglese è nostra. Per il testo originale si veda l'articolo citato, ossia Kosic (2018).

SECONDA PARTE – LA RICERCA SUL CAMPO

4. Promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti a scuola: uno studio qualitativo³⁷

“La ricerca nel campo delle scienze umane ha un obbligo non derogabile: occuparsi di questioni rilevanti per la qualità della vita umana” (Mortari, 2007; Dahlberg et al., 2008; Bove, 2009; Ambrosi, Canzan, 2021, p. 11). Considerando quanto finora argomentato, riteniamo siano “questioni significative” per la vita delle persone della realtà contemporanea la salute mentale e il disagio degli adolescenti, nonché il ruolo della scuola nella promozione dell’una e nella prevenzione dell’altro; questioni da esplorare e comprendere, grazie alla ricerca qualitativa, sia con gli stessi adolescenti sia con chi gli adolescenti li “vive” quotidianamente e che ha anche un ruolo educativo, ossia con gli insegnanti.

Nel corso dei seguenti paragrafi, dopo aver ripreso alcuni concetti chiave introduttivi, già ampiamente esplorati nella prima parte di questa tesi, presenteremo i risultati di una ricerca qualitativa riguardante il tema della promozione della salute mentale e della prevenzione del disagio a scuola, che ha visto la partecipazione, in una prima fase, di un gruppo di insegnanti e dirigenti scolastici e, in una seconda fase, di un gruppo di studenti adolescenti. Cercheremo, dunque, di discutere quanto emerso da tale indagine, tenendo in considerazione soprattutto la prospettiva pedagogica esplorata nel corso della prima parte di questa ricerca. Con tale disamina ci proponiamo di offrire ai lettori e ai ricercatori che si occupano delle tematiche affini a questa ricerca degli spunti di riflessione per il loro lavoro, anche in prospettiva di ricerche future in tale ambito.

4.1 Introduzione

4.1.1 Gli adolescenti in un mondo “a disagio”

Gli adolescenti vivono una fase della vita in cui iniziano a sperimentare trasformazioni sostanziali nella loro mente e nel loro corpo. In questo tempo i giovani cambiano il loro modo di percepirsi e riconoscersi, anche in relazione con gli altri, e sviluppano nuovi modi di stare nel mondo; tutti fattori che hanno un impatto sul processo di diventare adulti (Ammaniti, 2001;

³⁷ Alcune parti di questo studio sono state pubblicate nelle seguenti fonti:

- Daniele K. (2022a). “La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio negli adolescenti: il ruolo degli insegnanti e prospettive per la loro formazione”. In A.L. Rizzo, V. Riccardi (a cura di), *La formazione degli insegnanti: problemi, prospettive e proposte per una scuola di qualità e aperta a tutti e tutte*. Pensa Multimedia, Lecce, pp. 13-18.
- Daniele K. (2022b). Uno studio qualitativo sulla salute mentale e il disagio a scuola: la prospettiva degli adolescenti nel tempo della pandemia. *Journal of Health Care Education in Practice*, 4 (2), pp. 3-16.

Xie et al., 2014). Il disagio, spesso associato a questa specifica popolazione, scaturirebbe, infatti, sia da una “crisi” derivante da motivi “intrinseci” a questa età sia dal maggior rischio di vulnerabilità sociale, rispetto ad altre persone, “tipico” della società contemporanea (Palmieri, 2013b). Durante questa fase di sviluppo ci si scontra, infatti, con quel “processo di cambiamento dinamico dove la sfera sociale e la sfera personale si incontrano per determinare opportunità e rischi” (Formella, 2010, p. 10). È ormai opinione comune che la crescente esperienza di disagio degli adolescenti, e di tutte le persone in generale, non dipenda solo dalle caratteristiche individuali, ma esso è sempre il risultato dell’intreccio tra l’individuo e il suo “mondo” (Marmot et al., 2008; WHO, 2014b, 2015; Aldam et al., 2019); un mondo, “preparato dagli adulti [...] e segnato dal loro modo di ‘essere-nel-mondo’” (Palmieri, 2013b, p. 75), che i giovani si trovano ad abitare.

Tendenzialmente, soprattutto nei contesti culturali occidentali, l’ambiente in cui il soggetto è inserito è carico di pressioni e aspettative e, allo stesso tempo, caratterizzato da tempi di attuazione dilatati e indefiniti, in altre parole, privo di prospettive (Lasch, 1979/1981; Scaparro, Pietropolli-Charmet, 1993; Benasayag, Schmit, 2003/2004; Galimberti, [2007] 2008; Palmieri, 2013b; Lancini, 2021). Il giovane, dunque, deve essere sempre più preparato e performante per “apparire” nel mondo, ma continuare a rimanere “giovane” in attesa di trovare un posto nella società adulta (Bauman, 2004/2005; Fass, 2016; Ammaniti, 2018; Barone, 2019; Boarelli, 2019 Gambacorti-Passerini, 2021a; Lancini, 2021); questo, di conseguenza, significa per il soggetto “in crescita” mettere in attesa la “possibilità di avere un *progetto nel mondo*” (Regoliosi, 1992; Zannini, 2001, p. 62). Tutto questo non fa altro che provocare e implementare un clima di incertezza e insicurezza generale, soprattutto negli adolescenti, i quali, molto spesso, si trovano a non poter contare, per affrontarlo, su quegli stessi adulti da cui ereditano il mondo, poiché anche questi ultimi palesemente disorientati e “portatori” di disagio (Palmieri, 2013b).

L’attuale contesto socio-culturale e le condizioni economiche globali e locali, soprattutto con l’avvento della pandemia da Covid-19, stanno aggiungendo complessità al già difficile compito di pianificare il proprio percorso esistenziale (Hafstad et al., 2021; UNICEF, 2021a). In un mondo, soprattutto occidentale, costantemente proteso al raggiungimento dell’agio e del benessere assoluti, per lo più concepiti come assenza di disagio e di malessere (Orsenigo, 2013; Palmieri, 2013c; Gambacorti-Passerini, 2021b), la pandemia ha fatto emergere la precarietà del “tutto sotto controllo, prevedibile e familiare” (Orsenigo, 2013, p. 59). La “medietà” del quotidiano (Gambacorti-Passerini, 2021b, p. 94) non fa preoccupare i soggetti della propria esistenza, che si limitano a vivere allocati nel noto e nel conosciuto (Gambacorti-Passerini,

2021b). Di conseguenza, questa quotidianità non aiuta le persone a comprendere e a scontrarsi/confrontarsi col disagio, in quanto parte della loro esperienza di vita e in essa “appreso” (Palmieri, 2013a). Al contrario, la nostra società spinge gli individui a celarlo e a sommergerlo, poiché considerato una minaccia a quell’apparire “bene”, soprattutto quando derivante dall’angoscia e spaesamento dell’indeterminatezza e dell’imprevisto (Orsenigo, 2013; Palmieri, 2013c); sensazioni da tutti noi percepite di recente, ossia durante la pandemia.

Ci rendiamo conto, oggi più che mai, che il “non pensare” al disagio e il volerlo a tutti i costi allontanare non ha preparato i giovani a concepirlo come parte della vita e, quindi, ad affrontarlo; così come il considerare il benessere, e il benessere mentale, come “il fine” assoluto, non li ha predisposti ad abbracciarlo come un equilibrio derivante da uno sforzo costante e un percorso da costruire e a cui tendere (Zannini, 2001), anche attraversando dei momenti di angoscia e di sofferenza (Orsenigo, 2013; Gambacorti-Passerini, 2021b). Infatti, a prescindere dalla situazione pandemica, in generale non è realisticamente pensabile un’esistenza priva di malattia e sofferenza, che può potenzialmente produrre disagio. Il disagio, infatti, circonda la vita degli adolescenti ed è soprattutto nella vita diffusa che questi ultimi apprendono a essere o a non essere a disagio.

Come condizione “appresa” il disagio diviene oggetto di attenzione pedagogica Palmieri, 2013a); tale sguardo non si pone come obiettivo quello di negare eventi o fatti dell’esistenza che potenzialmente producono disagio (come una pandemia), ma quello di ampliare la gamma esperienze, rappresentazioni, significati e strade percorribili di intervento. La salute mentale e il disagio – secondo la prospettiva antropoanalitica (si veda Binswanger, 1957/2013) – derivano, infatti, dalla possibilità dell’individuo di “poter-essere-nel mondo”, dalla possibilità di adattamento al suo contesto; un adattamento possibile anche grazie alla presenza di condizioni predisposte dalla società, le quali consentono di “poter fare” e “poter essere”. A partire da queste considerazioni, entrambe le suddette dimensioni rappresentano percorsi esperienziali su cui si *può* e si *deve* agire anche attraverso un campo d’azione “di matrice squisitamente educativa” (Garista, 2017). È attraverso tale azione che si possono predisporre delle condizioni che tendono al cambiamento, anche grazie a una rinnovata cultura dei costrutti di prevenzione e di promozione (Catella, Massa, 2000; Garista, 2009).

4.1.2 “L’urgenza” di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti: alcuni numeri

Si può veramente parlare di “urgenza” in relazione alla salute mentale e al disagio degli adolescenti? Il dubbio che ci siamo posti è il motivo per il quale abbiamo messo tra virgolette la prima parola del titolo di questo sotto-paragrafo. Questo perché, già prima degli ultimi anni, segnati dalla pandemia da Covid-19 – durante i quali tutti noi, anche i “non addetti ai lavori”, siamo stati raggiunti da varie comunicazioni di numeri “allarmanti” circa la “precaria” salute mentale degli adolescenti – alcuni dati internazionali e nazionali offrivano una visione chiara del “malessere” che serpeggiava in questa popolazione.

Si stima, infatti, che al 2019, il 13,2% della popolazione dai 10 ai 19 anni a livello globale soffriva di un disturbo mentale (WHO, 2020; UNICEF, 2021a). Questo dato saliva drasticamente a 16,3% in Europa, che tradotto in numeri significa 9 milioni di adolescenti. In Italia, la stima europea veniva superata e la percentuale saliva a 16,6%, che corrispondeva a quasi un milione di adolescenti del nostro Paese. Ansia e depressione rappresentavano la maggior parte dei disturbi mentali degli adolescenti, il 40% a livello globale e il 55% in Europa; molto spesso ciò può portare a suicidio, che è la quinta tra le cause di morte in questa popolazione e la seconda considerando l’area europea (UNICEF, 2021a; 2021b).

Tutto questo è l’espressione di un “disagio diffuso”, già in aumento prima della pandemia, ma che le misure di contenimento a essa dovute hanno contribuito a far emergere in maniera prorompente (Armocida et al., 2022). A tal proposito, una meta-analisi, condotta nel 2021, che ha incluso 29 studi condotti su oltre 80 mila giovani a livello mondiale, segnala come si sia assistito a un drastico aumento soprattutto dei sintomi di depressione e d’ansia (Racine et al., 2021). Sempre in ambito internazionale, altri studi hanno segnalato, inoltre, un aumento dei disturbi del sonno, da stress post-traumatico, dei disturbi emotivi e comportamentali, tra cui irritabilità e rabbia, oltre che un aumento di disturbi del comportamento alimentare e dei tassi di suicidio, ideazioni suicidarie e autolesionismo. Questi dati sembrano in linea con i casi pervenuti ai presidi territoriali e ospedalieri in Italia, che hanno registrato un incremento anche di atti di autolesionismo, disturbi del comportamento alimentare e del sonno, senso di solitudine e ritiro sociale, soprattutto in riferimento agli adolescenti (Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza, 2022).

Il quadro fin qui esposto – riportante dei dati probabilmente sottostimati (UNICEF, 2021a) – ci aiuta a prendere maggiormente coscienza di una realtà verso cui non si può più rimanere indifferenti. Una realtà che di urgente ha ben poco e che, al contrario, sta diventando una parte,

sempre più prevedibile, della vita quotidiana degli adolescenti. È per questo che riportiamo il termine “urgenza” in relazione alla salute mentale e al disagio degli adolescenti, per ribadire la necessità di un’azione e attenzione verso queste tematiche da parte degli adulti, non più procrastinabile; dunque, non soltanto per dare spazio a un fenomeno di “allarmismo” generale, che, in quanto tale, è destinato col tempo ad affievolirsi.

4.1.3 Le ragioni di una ricerca sulla promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli adolescenti a scuola

Con la pandemia ci si è maggiormente resi conto di come la salute mentale e l’esperienza del disagio siano connesse “al modo di vivere la propria quotidianità” (Palmieri, 2020, p. 13).

La quotidianità di milioni di ragazzi in Italia, così come in Europa e in generale nei cosiddetti “Paesi sviluppati”, è rappresentata dalla scuola; è qui che la gran parte degli adolescenti trascorre ogni giorno molto del suo tempo. Considerando il benessere mentale e il disagio come esperienze che si costruiscono e che si apprendono all’interno di un “percorso formativo (formale [non formale] e informale” (Gambacorti-Passerini, Palmieri, 2020, p. 1783), e quindi nella quotidianità, la scuola viene a rivestire un ruolo centrale nella promozione dell’uno e nella prevenzione dell’altro. Tale istituzione, infatti, oltre a essere una tra le più importanti agenzie educative – e, come tale, deputata a occuparsi *anche* di educazione alla salute mentale dei propri studenti (Pellai, 2001; Zannini, 2001) –, è altresì il luogo dove il disagio si manifesta e, sempre più frequentemente, anche se inconsapevolmente, il luogo dove esso viene provocato (Palmieri, 2021b). A questo proposito, sembra necessario che gli insegnanti, oltre che i dirigenti scolastici, siano consapevoli che il loro ruolo e il loro spazio di intervento sono i punti di partenza per poter predisporre quelle esperienze educative che permettono ai propri studenti di costruire e aver cura della salute mentale quotidianamente (Gambacorti-Passerini, Palmieri, 2020). Questo compito sembra sempre più improrogabile, considerando l’attuale contesto socio-culturale e i dati sopra riportati.

Attualmente, nella maggior parte dei casi, gli interventi educativi di promozione del benessere mentale e prevenzione del disagio svolti a scuola, presenti in letteratura (Daniele et al., 2021), sembrano essere per lo più *estemporanei* ed effettuati da esperti *esterni*. Tuttavia, è ormai noto come i soli interventi “a spot” non siano sufficienti; dunque, è necessario che soprattutto gli insegnanti promuovano il benessere mentale nel lavoro scolastico quotidiano (De Santi et al., 2008; Ekornes et al., 2012; Whitley et al., 2013; Cefai, Cooper, 2017). Pertanto, in accordo con una prospettiva fenomenologico-ermeneutica (Mortari, 2007; Smith et al., 2009),

riteniamo sia importante esplorare la percezione di insegnanti e dirigenti scolastici circa il benessere mentale e il disagio degli studenti adolescenti, la loro rappresentazione circa il proprio ruolo per la promozione dell'uno e per la prevenzione dell'altro, nonché eventuali esperienze aventi queste finalità, attuate nei propri contesti lavorativi e nella propria pratica quotidiana, nella maggior parte dei casi non documentate. Infatti,

a partire dalla consapevolezza delle potenzialità e dei limiti dello sguardo pedagogico, occorre allora comprendere più approfonditamente cosa significhi, per i professionisti educativi di primo e secondo livello, esercitare questo sguardo, e quindi perché e come il lavoro educativo e pedagogico abbia a che fare con il disagio (Palmieri, 2021a, p. 41).

Per ripensare a una scuola promotrice di benessere, crediamo sia fondamentale, inoltre, porre in primo piano anche le rappresentazioni dei ragazzi, le loro esperienze, le loro idee circa la salute mentale e il disagio, nonché la loro idea sulla promozione e la prevenzione di questi ultimi, soprattutto in relazione alla quotidianità scolastica. Anche questo considerando la suddetta prospettiva (Mortari, 2007; Smith et al., 2009), oltre che l'invito dell'UNICEF (2021a) ad ascoltare le voci degli adolescenti quando si tratta della loro salute mentale.

4.1.3.1 Le domande della ricerca

Le ragioni di una ricerca qualitativa non devono derivare dal fatto che un dato fenomeno sia diventato importante per chi “in un certo momento storico detiene qualche forma di potere”, né tantomeno da un mero interesse personale, bensì devono essere guidate dal “senso di responsabilità verso ciò che deve essere compreso” (Mortari, 2007; Dahlberg et al., 2008; Bove, 2009; Ambrosi, Canzan, 2021). “La ricerca qualitativa è rilevante se tratta ‘problemi viventi’, quelli che si trovano stando in ascolto degli altri e tenendo lo sguardo fermamente concentrato sul reale, nel mentre del suo accadere” (Mortari, Zannini, 2017, p. 26). Inoltre, è importante prendere in considerazione per la propria ricerca un argomento da indagare non soltanto quando questo non è stato per nulla o poco esplorato da altri ricercatori, ma anche quando sembra necessario introdurre “un nuovo modo di guardar[lo]” (Richards, Morse, 2007/2009, p. 60).

Per le ragioni sopra esposte, crediamo che la ricerca progettata si collochi tra “i problemi viventi” che è necessario “comprendere”. In accordo con quanto riportato da Richards e Morse (2007/2009), abbiamo ritenuto importante, inoltre, cercare di esplorare l'argomento della nostra ricerca con uno sguardo pedagogico, mediante un metodo fenomenologico-ermeneutico. Per quella che è la nostra conoscenza a riguardo, le tematiche della nostra indagine sono per lo più indagate in letteratura relativamente a “problemi” di salute mentale oppure, dopo il Covid-19, in relazione al periodo di isolamento dovuto alla pandemia; e ancora, mediante l'utilizzo di

metodi e strumenti per lo più quantitativi (per esempio, questionari per indagare la qualità della vita o scale per misurare l'ansia generalizzata dopo un dato intervento/attività sul benessere mentale) oppure per valutare i servizi di salute mentale.

Lo sguardo “pedagogico” sulla salute mentale è abbastanza recente. Tradizionalmente, infatti, altre discipline si sono occupate di salute mentale. Crediamo, dunque, che tale ambito di ricerca debba essere arricchito anche di una conoscenza proveniente e rivolta alla pratica educativa e spendibile in contesti concreti (Mortari, 2007; Gambacorti-Passerini et al., 2017; Gambacorti-Passerini, 2021c). L'indagine qui presentata vorrebbe, infatti, arricchire la ricerca di una conoscenza circa la promozione del benessere mentale e la prevenzione del disagio degli adolescenti, proprio a partire dalla considerazione dei significati, vissuti, delle rappresentazioni dei protagonisti che “abitano” tali dimensioni.

Spinti dalle riflessioni conclusive derivanti dalla scoping review riportata nel Capitolo 3 e ponendo la nostra ricerca in continuità con lo studio di Gambacorti-Passerini et al. (2018), nonché considerando quanto finora argomentato, le domande principali che hanno guidato il nostro progetto sono state le seguenti:

- *Qual è la percezione del disagio degli adolescenti da parte un gruppo di insegnanti e dirigenti scolastici delle scuole secondarie e del proprio ruolo nella promozione della salute mentale e prevenzione del disagio nei propri studenti?*
- *Esistono e quali sono gli interventi/attività educative per la promozione della salute mentale e prevenzione del disagio nei loro contesti scolastici?*
- *Cos'è percepito come facilitante o ostacolante l'attuazione e la riuscita di tali interventi/attività?*

Sempre considerando quanto sopra riportato, le ulteriori domande della nostra ricerca sono state:

- *Qual è la percezione di un gruppo di adolescenti circa la promozione della salute mentale e prevenzione del disagio?*
- *Quali sono le eventuali mancanze e bisogni non soddisfatti, nella loro esperienza scolastica, in relazione alla promozione della salute mentale e prevenzione del disagio?*
- *Quali sono le idee e le proposte per un ambiente scolastico promotore di benessere?*

La finalità principale del nostro progetto è stata quella di sostenere e sviluppare la consapevolezza dell'importanza del contributo che i professionisti dell'educazione delle scuole possono dare alla promozione della salute mentale e prevenzione del disagio dei loro studenti adolescenti.

4.2 Soggetti e metodi

4.2.1 Disegno della ricerca

La ricerca illustrata in questo capitolo, come già anticipato, è di tipo qualitativo e poggia su un paradigma interpretativo³⁸. Nello specifico, essa s'inserisce in un frame di tipo "ecologico"³⁹ (Mortari, 2007) ed è svolta secondo un metodo fenomenologico-ermeneutico, ossia sull'*Interpretative Phenomenological Approach* (IPA) (Smith et al., 2009) – basato "sulle intuizioni metodologiche di Giorgi"⁴⁰ (Richards, Morse, 2007/2009, p. 108). La scelta di questo metodo è in linea con l'obiettivo generale della nostra ricerca che è quello di comprendere le esperienze dei partecipanti circa le tematiche sopra riportate; da tale finalità deriva un approccio di tipo esplorativo (Benozzo, Priola, 2022).

[II] key concept su cui si fonda la ricerca qualitativa [con specifico riferimento al paradigma interpretativo] è che noi siamo dentro un mondo di significati e che questi significati non sono cose la cui comprensione sia garantita da un processo di quantificazione, ma richiede essenzialmente la messa in atto di processi di interpretazione (Mortari, 2007, p. 63).

Grazie a un metodo fenomenologico-ermeneutico, si può condurre un'indagine che è allo stesso tempo descrittiva, riflessiva, impegnativa, oltre che interpretativa (Van Manen, 1990); è attraverso questa modalità di ricerca che si può "accedere" all'essenza dell'esperienza, dove per esperienza si intende "la percezione che l'individuo ha del suo essere nel mondo nel momento in cui cose, verità o valori sono costituiti" (Richards, Morse, 2007/2009, p. 67).

Il principio generale della fenomenologia stabilisce che ogni fenomeno ha la sua essenza (Husserl, 2002, pp.78-79) e compito essenziale dell'atto conoscitivo è cogliere l'essenza del fenomeno. Per la fenomenologia, cogliere l'essenza costituisce la questione chiave del metodo scientifico (Mortari, 2017, p. 59)

e il fenomeno è "ciò che si manifesta in se stesso" (Heidegger, 1927/1976, cit. in Mortari, 2017, p. 59).

³⁸ Per un approfondimento circa i paradigmi di ricerca qualitativa si rimanda al recente testo di Benozzo e Priola (2022).

³⁹ Per "ecologico" o "sistemico", Mortari (2007) fa riferimento a un paradigma grazie al quale si possono comprendere "le relazioni che strutturano il fenomeno indagato" (ivi, p. 33). Tale paradigma "considera la *realtà* come soggetta a leggi immanenti ed evolutive, la *conoscenza* come imprescindibile dal soggetto conoscente [...] e si avvale di un *metodo* per la costruzione di sapere caratterizzato da più approcci epistemologici, cioè non sempre assoggettabili a procedure sperimentali" (Mortari, Zannini, 2017, pp. 13-14).

⁴⁰ Per un approfondimento circa il metodo fenomenologico proposto da Giorgi, oltre alle sue varie pubblicazioni sull'argomento, tra cui il testo del 1985, si suggerisce di vedere anche Mortari (2017, pp. 71-76).

Lo scopo dell'IPA è esplorare in dettaglio come i partecipanti danno un senso al loro mondo personale e sociale, oltre che comprendere i significati che particolari esperienze, eventi, stati hanno per i partecipanti (Smith et al., 2009). Questo è in linea con uno dei principi alla base della fenomenologia, secondo cui “l'evidenza del mondo' si basa sulle nostre percezioni” (Richards, Morse, 2007/2009, p. 68; Mortari, 2017). L'IPA, come altri approcci fenomenologici, infatti, non tenta di produrre affermazioni obiettive su un'esperienza o di prevederle, ma cerca di esplorare la percezione personale di chi vive quella data esperienza (Smith et al., 2009; Benozzo, Priola, 2022). Tale approccio, infatti, mira a descrivere e interpretare le “dimensioni personali e ideografiche dell'esperienza vissuta e del modo in cui gli individui ricostruiscono e danno senso alle loro storie” (Richards, Morse, 2007/2009, p. 108). Seguendo tale metodo, dunque, i ricercatori sono chiamati a svolgere una doppia interpretazione, “doppia ermeneutica” (Smith et al., 2009, p. 35), poiché si trovano a dover dare un senso alle parole dei partecipanti che, al contempo, cercano di dare un senso al loro mondo. A tal proposito, è importante che i suddetti professionisti cerchino di fare *bracketing* (Smith et al., 2009) – operazione che viene definita *epochè* in fenomenologia (Husserl, 1936/1968) –, ossia sospendere o “mettere tra parentesi” gli assunti, la conoscenza, le aspettative, i preconcetti circa l'argomento di ricerca, prima di condurre la ricerca.

Quattro sono i ricercatori che hanno fatto parte di questa ricerca, tre senior e uno junior. Due dei ricercatori senior sono Professori Ordinari in Pedagogia, mentre uno è Ricercatore a Tempo Determinato di tipo B (con abilitazione nazionale per la copertura di un posto di Professore Associato in Pedagogia), tutti esperti nella progettazione e conduzione di progetti di ricerca qualitativa di tipo fenomenologico basati sull'IPA, alcuni dei quali concernenti le tematiche della salute mentale. Il ricercatore junior è un dottorando di un corso di dottorato in ambito pedagogico, nonché professionista sanitario dell'area della salute mentale (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, iscritto all'albo), con precedenti esperienze di ricerca qualitativa basate sull'IPA⁴¹.

⁴¹ I ricercatori descritti sono me medesima, in qualità di dottoranda in Educazione nella Società Contemporanea, presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca, la Professoressa Lucia Zannini (tutor), dell'Università degli Studi di Milano, la Dott.ssa Maria Benedetta Gambacorti-Passerini (supervisor), dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, e la Prof.ssa Cristina Palmieri, dell'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Nello specifico, tutti i ricercatori hanno collaborato alla progettazione della ricerca e alla stesura e revisione della documentazione per il Comitato Etico. Chi scrive, la Prof.ssa Zannini e la Dott.ssa Gambacorti-Passerini hanno costruito gli strumenti di raccolta dati. La scrivente, col supporto della Prof.ssa Zannini e della Prof.ssa Palmieri, si è occupata della fase di campionamento. La sottoscritta e la Prof.ssa Zannini hanno effettuato la raccolta dati. Chi scrive ha eseguito la trascrizione delle interviste e dei focus group e una prima analisi dei dati, supervisionati dalla Prof.ssa Zannini e confrontati con un'analisi elaborata da quest'ultima. La scrivente, la Prof.ssa Zannini e la Dott.ssa Gambacorti-Passerini hanno effettuato la triangolazione dei dati. La Prof.ssa Zannini ha seguito tutta

Questa ricerca è stata approvata dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano Bicocca il 19/03/2021. La durata della ricerca “sul campo”, includendo le fasi di campionamento, raccolta e analisi dei dati (quindi, escludendo le fasi di ricerca bibliografica e di progettazione dello studio, iniziate a dicembre 2019), è stata di circa 16 mesi, con inizio in data 1° aprile 2021.

Tutti i partecipanti hanno firmato un consenso informato contenente informazioni scritte in forma chiara e standardizzata sugli obiettivi e la procedura della ricerca e hanno avuto la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento.

4.2.2 Setting e campionamento partecipanti

La ricerca in oggetto ha avuto luogo in Lombardia, Italia. I setting di riferimento sono state le scuole secondarie di primo e di secondo grado, ossia i contesti di lavoro e di educazione dei partecipanti coinvolti nell'indagine, nonché i luoghi “dove il fenomeno oggetto di indagine generalmente accade” (Ambrosi, Canzan, 2021, p. 13).

In riferimento al frame “ecologico” sopra esposto, derivante da un paradigma naturalistico, siamo consapevoli dell'importanza di condurre la ricerca in setting reali e non “costruiti”, al fine di cogliere la complessità della realtà. Tuttavia, seguendo sempre lo stesso paradigma, e in generale tutti i paradigmi che guidano la ricerca qualitativa, sappiamo che il progetto di un'indagine qualitativa, rispetto a un protocollo quantitativo, può essere modificato nel mentre la ricerca avanza, poiché “la struttura dell'indagine costituisce una forma emergente del contesto di ricerca stessa” (Mortari, 2007, p. 61; Mortari, Zannini, 2017, p. 22). Ciò vale, per esempio, per il numero dei partecipanti, che può essere ampliato o diminuito rispetto a quanto previsto (su questo punto torneremo a breve) oppure sull'emersione di nuove domande di ricerca, man mano che l'argomento di indagine viene messo a fuoco (come abbiamo esposto nei paragrafi precedenti di questo capitolo). Ciò non vuol dire andare sul campo senza aver definito il progetto di ricerca; anzi, al contrario, “i ricercatori che si avvicinano alla ricerca qualitativa hanno bisogno, paradossalmente, di vedere la fine prima di iniziare” (Richards, Morse, 2007/2009, p. 25). Quello che significa per il ricercatore è, a partire dalla struttura del proprio progetto, la necessità di dover mantenere la mente aperta e flessibile, tenendo in conto di dover adattare il proprio disegno sulla base dell'imprevedibilità e della complessità del reale.

l'evoluzione della ricerca. Inoltre, la Prof.ssa Palmieri si è resa disponibile per degli incontri di confronto sull'avanzamento del progetto di ricerca.

La nostra ricerca, come è facile dedurre dalle date sopra dichiarate, si è svolta durante l'avvento della pandemia da Covid-19. Un momento “critico” e imprevisto che ha comportato la presa di decisioni del tutto straordinarie da parte del nostro Governo, tra cui la chiusura delle scuole e la necessità di tali istituzioni di attivare la Didattica a Distanza (DAD). Per la nostra ricerca tale situazione ha comportato la modifica di diversi aspetti, tra cui lo svolgimento dell'indagine su una piattaforma digitale (che nella maggior parte dei casi è stata Google Meet, in accordo con le preferenze dei partecipanti). Oltre a questo, altri aspetti della ricerca sono stati influenzati (su alcuni dei quali torneremo più avanti), tra cui il campionamento (ricordiamo che i nostri partecipanti sono stati tra coloro i quali hanno dovuto far fronte a diverse problematiche e continue modifiche a livello di organizzazione lavorativa e di studio; dunque, la disponibilità di partecipare a un'indagine in quel dato momento è stata molto penalizzata); il periodo di raccolta dati, continuamente modificato come conseguenza al dover adattare il periodo previsto per questa fase ai periodi di maggiore fattibilità e tranquillità per i nostri partecipanti, in relazione alle varie aperture e chiusure scolastiche dovute alla pandemia; come anche i contenuti degli strumenti di indagine utilizzati, ossia interviste e focus group, che sono stati arricchiti di alcuni quesiti (pochi) riguardanti il Covid-19 in relazione alla salute mentale e al disagio (pur sempre mantenendo chiaro il *core* della nostra ricerca, che ci aveva spinti a voler indagare tali tematiche, al di là della pandemia).

Per quanto riguarda il campionamento, i partecipanti alla ricerca sono stati individuati mediante un campionamento propositivo (*purposeful sampling*), anche basato sulla tecnica del campionamento “a palle di neve” (*snowball sampling*) (Morse, 2015; Mortari, Zannini, 2017). Il campionamento propositivo consiste nel coinvolgere soggetti che appaiono più informati rispetto a un dato fenomeno e che hanno voglia e tempo da dedicare alla riflessione di esso. La tecnica dello *snowball*, connessa al campionamento propositivo, mira, invece, a coinvolgere gli stessi partecipanti allo studio nel campionamento (propositivo) di altri soggetti particolarmente “informativi”. Questa tipologia di campionamento è in linea col metodo dichiarato (oltre che in generale con i paradigmi di ricerca qualitativa) e rappresenta il *gold standard* nella ricerca qualitativa (Mortari, Zannini, 2017). Con l'IPA, infatti, ricordiamo, i ricercatori si propongono di comprendere in maniera approfondita il fenomeno di indagine (Smith et al., 2009). A questo scopo è fondamentale, dunque, che i partecipanti allo studio siano degli “informatori significativi” (Ambrosi, Canzan, 2021, p. 13).

Nel caso della nostra ricerca, sono stati ritenuti partecipanti “informativi” i soggetti indicati come sensibili e interessati alle tematiche riguardanti la prevenzione del disagio e la promozione della salute mentale.

Per quanto riguarda la numerosità dei partecipanti, Smith e colleghi (2009) chiariscono che, per quanto riguarda l’IPA, non esiste una risposta univoca a tale domanda, ma che ciò, ovviamente, varia in relazione alla portata e alla complessità del fenomeno di indagine. Tale approccio, essendo impiegato per esplorare i fenomeni umani, più che sulla quantità è importante soffermarsi sulla qualità dei dati raccolti. Dunque, solo a scopo meramente indicativo, gli Autori suggeriscono come campione ragionevole anche dai tre ai sei partecipanti (ibidem). Morse (2015) fa riferimento al concetto di “saturazione dei dati” per esprimere il momento in cui il ricercatore si rende conto che non è necessario includere altri partecipanti alla sua ricerca. Questo avviene non solo quando il ricercatore ha la sensazione di “aver sentito tutto”, ma soprattutto quando inizia a “parlare” dei suoi dati in maniera complessa e non solo riferendosi al singolo caso (ibidem).

Per il nostro campionamento abbiamo tenuto conto di entrambi i suddetti assunti.

4.2.2.1 Il campione di insegnanti e dirigenti scolastici

Per raggiungere dei soggetti veramente informativi, lo step iniziale di campionamento dei professionisti dell’educazione (insegnanti e dei dirigenti scolastici) ha previsto il coinvolgimento di alcuni professionisti (consulenti pedagogici, docenti universitari e membri di gruppi di ricerca) che, grazie a esperienze professionali e/o a ricerche svolte in contesti e con soggetti con caratteristiche simili a quelli dello studio qui presentato, potevano fungere da fonti di campionamento (Mortari, Zannini, 2017). I suddetti professionisti che si sono resi disponibili, in seguito a una riunione informativa sugli obiettivi dello studio, hanno fornito ai ricercatori le e-mail dei potenziali partecipanti (sotto loro esplicito consenso).

Per poter essere inclusi nello studio, i professionisti dell’educazione dovevano soddisfare i seguenti requisiti:

- avere esperienza lavorativa in ambito scolastico, nelle scuole secondarie di primo e/o secondo grado;
- svolgere al momento della ricerca la propria professione in ambito scolastico, nelle scuole secondarie di primo e/o secondo grado.

Anche se non considerato come criterio di selezione, si è cercato, per quanto possibile, di rendere il campione, seppur omogeneo per popolazione di interesse (insegnanti e dirigenti scolastici delle scuole secondarie rispondenti ai suddetti criteri e informativi), eterogeneo per genere, età, ruolo ricoperto, area di formazione (quindi, di conseguenza, di insegnamento), anni di esperienza professionale, grado di scuola secondaria e istituzione scolastica di appartenenza.

In accordo con la tecnica dello *snowballing*, nel corso della ricerca, sono stati considerati anche i contatti provenienti dagli insegnanti e dai dirigenti scolastici, che a loro volta avevano partecipato allo studio.

In totale, sono stati individuati 26 partecipanti, a cui i ricercatori hanno inviato una e-mail invitandoli a prendere parte alla ricerca, dopo averne spiegato gli obiettivi e il motivo per cui ci si rivolgeva a loro come soggetti dello studio. Nella e-mail è stato proposto anche di concordare un appuntamento telefonico, per avere maggiori chiarimenti e per decidere se prendere parte allo studio. Di questi, cinque non hanno risposto alla e-mail e due hanno declinato l'offerta di partecipare allo studio. Di questi ultimi, uno ha rifiutato in seguito ai maggiori dettagli sulla ricerca (nello specifico, per la modalità di indagine che prevedeva lo svolgimento di un'intervista su una piattaforma on-line e registrata), l'altro non ha fornito alcuna spiegazione. Con le restanti 19 persone sono stati organizzati gli appuntamenti (da remoto) per lo svolgimento dell'indagine.

Da sottolineare che non vigeva alcun rapporto di conoscenza tra i ricercatori e i potenziali soggetti coinvolti nella ricerca.

4.2.2.2 Il campione di studenti

Anche per il campionamento propositivo degli studenti adolescenti ci siamo avvalsi della collaborazione di alcuni "esperti". Gli esperti in questo caso sono stati alcuni insegnanti e dirigenti scolastici partecipanti alla prima fase di ricerca, che, grazie alla propria esperienza professionale, ci hanno potuto indicare delle fonti di reclutamento, ossia dei docenti referenti dei loro istituti, che a loro volta potevano aiutarci per il campionamento di studenti potenzialmente interessati a partecipare a un'indagine sulle tematiche della promozione della salute e prevenzione del disagio. Prima del coinvolgimento degli studenti nel nostro studio, un passaggio preventivo è stato quello di inviare via e-mail una richiesta formale al dirigente scolastico dell'Istituto del docente referente che ha accettato di fungere da fonte di campionamento. La richiesta è stata scritta su carta intestata ed effettuata da parte di uno dei ricercatori senior. In tale documento è stata presentata in breve la ricerca, con conseguente richiesta di poter coinvolgere

nell'indagine alcuni degli studenti del suo Istituto; a tale documentazione sono stati allegati una copia del Modulo Informativo e del modulo di Dichiarazione di Consenso/Assenso alla ricerca.

I criteri di inclusione degli studenti sono stati:

- avere un'età uguale o superiore a 18 anni
- frequentare gli ultimi anni di una scuola secondaria di secondo grado, ossia il quarto o il quinto anno.

La scelta di coinvolgere soltanto studenti degli ultimi anni è stata guidata dall'interesse di esplorare, in maniera retrospettiva, la percezione dell'esperienza loro esperienza durante il loro percorso di studi (ormai quasi alla sua conclusione) circa le suddette tematiche.

Come per gli insegnanti e i dirigenti, anche per gli studenti si è cercato di rendere il campione omogeneo per la popolazione di interesse (studenti rispondenti ai suddetti criteri e informativi), ma, per quanto possibile, eterogeneo per genere, sezione e indirizzo scolastico.

In totale, sono stati individuati 11 studenti dalla docente referente dell'Istituto Superiore, a cui i ricercatori hanno inviato una e-mail, invitandoli a prendere parte alla ricerca, dopo averne spiegato gli obiettivi e il motivo per cui ci si rivolgeva a loro come soggetti dello studio. Nella e-mail è stato proposto anche di concordare un appuntamento telefonico, per avere maggiori chiarimenti e per decidere se prendere parte allo studio.

Tutti gli studenti hanno accettato di partecipare; dunque, sono stati ricontattati per organizzare gli appuntamenti (da remoto) per lo svolgimento dell'indagine.

Come sopra sottolineato per gli insegnanti e i dirigenti, nessun rapporto di conoscenza viveva tra i ricercatori e i potenziali studenti coinvolti nella ricerca.

4.2.3 Strumenti di raccolta dati

Uno degli strumenti ritenuti propri del metodo fenomenologico è l'intervista.

L'intervista fenomenologica implica un processo informale, interattivo, e utilizza domande aperte e commenti alle parole dell'intervistato. Anche se il ricercatore principale può sviluppare preventivamente una serie di domande. Finalizzate a evocare in modo ampio l'esperienza del soggetto, esse sono modificate e trasformate, o non utilizzate del tutto, quando il co-ricercatore [intervistato] condivide completamente la storia della sua esperienza (Moustakas, 1994, cit. in Mortari, 2017, p. 71).

L'IPA prevede che la conduzione dell'intervista sia facilitata da una griglia di domande, che, in linea con la prospettiva fenomenologica, ha l'obiettivo di "guidare" l'intervistatore nella fase di raccolta dati. Lo scopo della griglia di intervista è, infatti, quello di facilitare una conversazione confortevole con l'intervistato, ma, allo stesso tempo, quello di accedere in maniera approfondita ai vissuti e rappresentazioni di quest'ultimo sull'esperienza che si sta indagando.

Dunque, generalmente, la griglia è composta da alcune domande più aperte, le quali consentono una narrazione e una descrizione da parte dei partecipanti in merito alla loro esperienza, seguite da domande più specifiche (anche dette “sonda”), che permettono di andare in profondità e nel dettaglio del fenomeno di indagine (Smith et al., 2009).

Non vi è un numero limite di domande, ma Smith e colleghi (2009) fanno riferimento a un totale di dieci quesiti in riferimento a una popolazione adulta, che generalmente corrisponde a una tempistica che va dai 45 ai 90 minuti di conversazione.

Altro strumento d’indagine molto comune nelle ricerche qualitative è il focus group, il quale, pur non essendo lo strumento maggiormente utilizzato (rispetto alle interviste) nelle ricerche IPA, a volte viene impiegato dai ricercatori che seguono tale approccio (ivi, p. 71).

Il focus group è una discussione di gruppo, condotta e moderata da uno o più intervistatori (per esempio, una persona esperta di gestione del focus e l’altra esperta del tema oggetto di discussione) che, attraverso la formulazione di specifiche domande, “stimolino” la conversazione tra i partecipanti, allo scopo di raccogliere informazioni utili ai fini dell’indagine (Zammuner, 2003). Tali informazioni derivano non solo dalle opinioni personali dei singoli partecipanti al focus group, ma anche dal reciproco sistema di influenzamento che si crea durante la discussione. Come per le interviste, dunque, anche per i focus group i conduttori e i moderatori facilitano la discussione grazie a una griglia di domande definita *questioning route*, la cui struttura prevede delle domande iniziali più introduttive e aperte, delle domande centrali definite “core” e delle domande conclusive (Zannini, 2015). Anche nel caso dei focus group, tuttavia, le domande fungono da guida della discussione; dunque, il conduttore dovrà essere in grado di utilizzare la *questioning route* non in maniera “schematica” e “meccanica”, ma per riportare la discussione al focus dell’indagine oppure per approfondire un argomento utilizzando le domande “sonda” o, al contrario, per capire che alcune delle domande presenti nella *questioning* possono essere tralasciate, quando ciò che vanno a indagare emerge spontaneamente dalla discussione.

I vantaggi del focus group sono molteplici, come per esempio la possibilità di ascoltare più voci su un tema specifico in un’unica seduta; inoltre, la discussione di gruppo facilita l’espressione in chi non è abituato a pronunciare le proprie opinioni. Tuttavia, quest’ultimo punto è vero se vengono tenuti in considerazione alcuni fattori che la letteratura segnala come fondamentali per la buona riuscita di un focus group, come per esempio la numerosità (tra quattro e otto/12 partecipanti) (Morrison et al., 1999; Zammuner, 2003). Tale dato, tuttavia, non è valido

per i focus group svolti su piattaforme on-line, per i quali la letteratura segnala una numerosità campionaria tra i tre e i cinque partecipanti (Lobe et al., 2020).

Altro fattore da tenere in considerazione nella costituzione del gruppo di partecipanti è che non deve avere conflitti in atto; inoltre, non deve intercorrere tra di essi un qualche rapporto di sudditanza psicologica; dunque, è importante che il gruppo sia omogeneo per “ruolo” ricoperto (per esempio, considerando la nostra indagine, bisognerebbe evitare un focus group con studenti e insegnanti). Allo stesso tempo, però, è importante che il gruppo di partecipanti non sia troppo omogeneo e coeso; questo per evitare che molti argomenti vengano tralasciati perché considerati scontati (Morrison et al., 1999; Zammuner, 2003).

Per i focus group la tempistica prevista è di 90-120 minuti al massimo, con un numero di circa dieci domande.

4.2.3.1 Intervista semi-strutturata con gli insegnanti e i dirigenti scolastici

In accordo col metodo dichiarato, è stato utilizzato come strumento di raccolta dati con gli insegnanti e i dirigenti scolastici un'intervista semi-strutturata individuale. I ricercatori dello studio hanno creato *ad hoc* una prima griglia di intervista (si veda, Box supplementare 1, in Allegati), sulla base di alcune domande di intervista già presenti in letteratura, riguardanti studi su tematiche affini a quelle da noi indagate (Ekornes et al., 2013; Cefai, Cooper, 2017; Gambacorti-Passerini, 2021c). Per appurare la chiarezza e la rilevanza delle domande della griglia di intervista creata *ad hoc*, nonché la sua fattibilità, sono state condotte due interviste prova con due soggetti rappresentativi della popolazione target. Nello specifico, dopo aver condotto le interviste prova, a ciascuno è stata inviata la griglia di intervista, chiedendo di restituirla con i propri commenti. Dopo minime modifiche derivanti da questo testing, è stata ottenuta la griglia finale dell'intervista. Essa è composta da dieci domande (più alcune domande sonda), con la quale sono state indagate le seguenti aree principali:

- la rappresentazione circa la *salute mentale* e il *disagio* degli adolescenti;
- il *contesto scolastico* in relazione a queste dimensioni, sia in positivo sia in negativo;
- il *ruolo della scuola* circa la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli studenti, con riferimento alle loro esperienze e idee a riguardo;
- i *fattori che facilitano o ostacolano* l'attuazione e la riuscita degli interventi e/o attività educative per la *promozione della salute mentale* e la prevenzione del disagio a scuola degli studenti;

- la percezione dell'*importanza* della promozione *della salute mentale* degli adolescenti dopo l'avvento della pandemia da Covid-19.

Oltre alla griglia di intervista principale, sono state preparate delle domande per delle “interviste di cortesia”, nel caso in cui si fosse verificata l'eventualità di dover escludere dallo studio dei partecipanti non rispondenti ai criteri di selezione (per esempio, partecipanti non informativi; partecipanti che non lavoravano al momento dell'intervista, perché pensionati, in aspettativa ecc.).

Tutte le interviste sono state condotte su una piattaforma on-line dallo stesso ricercatore, che possedeva una formazione specifica e una passata esperienza nella conduzione di interviste semi-strutturate individuali con soggetti adulti; tale professionista è stato supervisionato nelle prime interviste da uno dei ricercatori senior, esperto in quest'ambito. Le interviste sono state audio-video registrate in modo da poter svolgere il processo di trascrizione e analisi sotto descritto, dietro consenso scritto dei partecipanti.

Le interviste sono state effettuate nel periodo che va da aprile 2021 a gennaio 2022. Esse hanno avuto una durata che va dai 45 ai 100 minuti.

4.2.3.2 Focus group con gli studenti

Lo strumento di indagine utilizzato con il gruppo di studenti è stato il focus group. Tale scelta è stata principalmente guidata sia dai vantaggi sopra descritti, ma soprattutto dalla volontà di affrontare le suddette tematiche in un setting che fosse il più possibile colloquiale e confortevole, seppur on-line. Condurre delle interviste individuali con degli studenti adolescenti sulle tematiche della salute mentale e del disagio a scuola, per di più da remoto, avrebbe comportato, a nostro avviso, il rischio di uno scarso coinvolgimento nella conversazione.

I ricercatori dello studio hanno creato *ad hoc* una prima *questioning route* (si veda, Box supplementare 2, in Allegati), sulla base della griglia di intervista creata *ad hoc* per l'indagine con gli insegnanti e i dirigenti scolastici. Per appurare la chiarezza e la rilevanza della *questioning route*, nonché la sua fattibilità, è stata condotta un'intervista prova con un soggetto rappresentativo della popolazione target. La tecnica utilizzata è stata quella del “*think aloud*” (parlare a voce alta) e “*verbal probing*” (sondaggio verbale) (Artino et al., 2014). Nello specifico, è stato chiesto al soggetto di rispondere alle domande della *questioning route*, come avrebbe risposto partecipando al focus group, esprimendo ad alta voce qualsiasi perplessità riguardante la comprensione della domanda o la difficoltà nella risposta. Per ciascuna domanda, inoltre, è stato domandato al partecipante se fosse chiara e rilevante e, in caso di risposta negativa, che

cosa avrebbe proposto come alternativa. Dopo minime modifiche derivanti da questo testing, è stata ottenuta la *questioning route* finale del focus group. Essa è composta da tredici domande (più alcune domande sonda), con la quale sono state indagate le seguenti aree principali:

- la rappresentazione circa la *salute mentale* e il *disagio*;
- il *contesto scolastico* in relazione a queste dimensioni, sia in positivo sia in negativo;
- il *ruolo della scuola* circa la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli studenti, con riferimento alle loro esperienze e idee a riguardo;
- la *percezione della promozione della salute mentale* e la prevenzione del disagio dopo l'avvento della pandemia da Covid-19.

I focus group sono stati condotti su una piattaforma on-line dallo stesso ricercatore, nel ruolo di conduttore, che possedeva una formazione specifica e una passata esperienza nella conduzione di focus group, e da uno dei ricercatori senior, nel ruolo di moderatore, esperto in quest'ambito. Anche i focus group sono stati audio-video registrati in modo da poter svolgere il processo di trascrizione e analisi sotto descritto, dietro consenso scritto dei partecipanti.

I focus group sono stati effettuati tra marzo e aprile 2022. Essi hanno avuto una durata pari a 90 minuti.

4.2.4 Procedure

4.2.4.1 Modalità di svolgimento delle interviste

Tutti i soggetti che avevano dato una prima disponibilità a partecipare allo studio, hanno ricevuto una e-mail dai ricercatori contenente una copia del Modulo Informativo e del modulo di Dichiarazione di Consenso/Assenso, rendendosi disponibili per eventuali ulteriori chiarimenti circa qualsiasi informazione riguardante la ricerca. I partecipanti che hanno accettato di partecipare all'indagine hanno dovuto inviare via e-mail ai ricercatori con una copia firmata della suddetta documentazione, a sua volta rinviata firmata dal ricercatore di riferimento.

Una volta conclusa questa fase, con ciascun partecipante sono stati concordati degli appuntamenti per l'effettuazione dell'intervista on-line, ribadendo ai soggetti che l'intervista avrebbe potuto avere una durata anche pari a circa 90 minuti (come riportato nella documentazione firmata). Le date e gli orari delle interviste sono state organizzati dai ricercatori cercando, per quanto possibile, di incontrare le preferenze dei partecipanti.

Prima di iniziare ogni intervista, il conduttore ha spiegato nuovamente nel dettaglio la ricerca e ha chiesto al partecipante se avesse qualsiasi domanda da rivolgergli riguardante lo studio e la tutela della confidenzialità. Inoltre, a ciascuno sono state ribadite oralmente alcune

informazioni riportate nella documentazione controfirmata, tra cui la possibilità di ritirare il proprio consenso alla partecipazione allo studio in qualsiasi momento, la possibilità di astenersi dal rispondere a qualsiasi domanda, la necessità di dover audio-video registrare le interviste per ragioni legate all'analisi dei dati, le misure di sicurezza che sarebbero state adottate per assicurare che venisse rispettata la riservatezza dei dati. In più, prima di avviare la registrazione è stato richiesto oralmente il permesso per avviare l'audio-registrazione dell'intervista (come riportato nella suddetta documentazione).

Prima di ogni intervista, a ciascun partecipante sono state chieste alcune informazioni socio-demografiche, ossia:

- data di nascita;
- formazione;
- istituto scolastico di appartenenza (livello; indirizzo se scuola superiore; città);
- ruolo attuale (insegnante o dirigente scolastico);
- anni di esperienza professionale.

Nei casi in cui i partecipanti non incontravano i criteri di inclusione, veniva somministrata l'intervista "di cortesia".

Ogni intervista è stata trascritta e analizzata, attuando il processo di analisi descritto nei paragrafi seguenti. Dopo aver raggiunto la saturazione dei dati (Morse, 2015), il campionamento è stato interrotto.

4.2.4.2 Modalità di svolgimento dei focus group

Tutti i soggetti che avevano dato una prima disponibilità a partecipare allo studio, hanno ricevuto una e-mail dai ricercatori contenente una copia del Modulo Informativo e del Modulo di Dichiarazione di Consenso/Assenso, rendendosi disponibili per eventuali ulteriori chiarimenti circa qualsiasi informazione riguardante la ricerca. I soggetti che hanno accettato di partecipare all'indagine hanno dovuto inviare via e-mail ai ricercatori con una copia firmata della suddetta documentazione, a sua volta rinviata firmata dal ricercatore di riferimento.

Una volta conclusa questa fase, i soggetti sono stati suddivisi dai ricercatori in due gruppi eterogenei per genere, sezione e indirizzo scolastico, avvalendosi della collaborazione del docente referente che aveva partecipato al campionamento. Con i due gruppi sono stati concordati gli appuntamenti per l'effettuazione dei focus group, ribadendo ai soggetti che tali discussioni avrebbero potuto avere una durata anche pari a circa 120 minuti (come riportato nella documentazione firmata). Le date e gli orari dei focus group sono stati organizzati dai ricercatori

cercando, per quanto possibile, di incontrare le preferenze dei partecipanti e tenendo conto dei suggerimenti del docente referente (per esempio, sono stati esclusi i periodi previsti per le verifiche oppure il periodo a ridosso degli esami di Stato, come pure i periodi di riorganizzazione della didattica dovute al Covid-19; come orario, invece, ci è stato suggerito il primo pomeriggio).

Prima di iniziare ogni focus group, il conduttore ha spiegato nuovamente nel dettaglio la ricerca e ha chiesto ai partecipanti se avessero qualsiasi domanda da rivolgergli riguardante lo studio e la tutela della confidenzialità. Inoltre, sono state ribadite oralmente alcune informazioni riportate nella documentazione controfirmata, tra cui la possibilità di ritirare il proprio consenso alla partecipazione allo studio in qualsiasi momento, la possibilità di astenersi dal rispondere a qualsiasi domanda, la necessità di dover audio-video registrare le interviste per ragioni legate all'analisi dei dati, le misure di sicurezza che sarebbero state adottate per assicurare che venisse rispettata la riservatezza dei dati. In più, prima di avviare la registrazione è stato richiesto oralmente il permesso per avviare l'audio-registrazione del focus group (come riportato nella suddetta documentazione).

Alcune informazioni socio-demografiche dei partecipanti al focus group erano state fornite ai ricercatori dal docente referente (sotto consenso dei partecipanti), ossia:

- data di nascita;
- sezione scolastica;
- indirizzo scolastico.

Ogni focus group è stato trascritto e analizzato, attuando il processo di analisi descritto nei paragrafi seguenti.

4.2.5 Metodo di analisi dei dati

4.2.5.1 Dati socio-demografici

I dati socio-demografici dei due gruppi di partecipanti sono stati analizzati mediante tecniche di statistica descrittiva. Essi saranno presentati sia in alcune tabelle esemplificative sia in forma narrativa.

4.2.5.2 Dati qualitativi interpretativi – interviste e focus group

Le interviste e i focus group sono stati analizzati secondo il metodo IPA (Smith et al., 2009): ciascuna intervista e ciascun focus group sono stati trascritti integralmente. I testi sono stati resi

anonimi per quanto riguarda nomi e identificativi espressi dal parlato o dallo scritto dei partecipanti, con sostituzione di nomi di fantasia o sigle. Le trascrizioni sono state lette diverse volte, al fine di coglierne il senso globale. Successivamente, i tre ricercatori coinvolti nell'analisi hanno identificato, in modo indipendente, delle unità di significato ("*meaning units*"), che sono state progressivamente accorpate in categorie e discusse fino al raggiungimento di un accordo totale tra i ricercatori (triangolazione). Le categorie individuate sono state poi a loro volta raggruppate in temi, definiti a partire dai loro contenuti. I temi emergenti sono stati poi elencati e posti in relazione gli uni con gli altri. A mano a mano che unità di significato, le categorie e i temi sono emersi, essi sono stati verificati nelle trascrizioni, in modo da appurare che fossero fedeli alle parole dei partecipanti.

Il processo di analisi è stato riportato in una tabella riassuntiva e contenente anche la frequenza di ogni unità di significato e di ogni categoria.

4.2.5.3 Dati qualitativi descrittivi – interviste

Consapevoli del fatto che alcune parti delle interviste avrebbero fatto emergere dei dati maggiormente descrittivi, nello specifico quelle concernenti le caratteristiche degli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio svolte dai partecipanti nel loro contesto scolastico e quelle riguardanti i fattori promotori e ostacolanti l'attuazione e la riuscita di tali interventi/attività, abbiamo deciso di analizzare separatamente tali risultati. Dunque, pur seguendo le fasi iniziali dell'IPA appena esposte (trascrizione, lettura, identificazione delle unità di significato), le unità di significato maggiormente descrittive sono state raggruppate, per quanto riguarda il primo caso, in base ad alcune caratteristiche dei suddetti interventi/attività, per quanto il secondo caso, in base ad alcune categorie emergenti affini concernenti i fattori considerati promotori e ostacolanti l'attuazione e la riuscita di tali interventi/attività. In entrambi i casi, il metodo utilizzato è stato basato sulla *content analysis* di tipo induttivo (Vaismoradi et al., 2013).

I dati sono stati riportati in una tabella riassuntiva, contenente anche la frequenza di ogni unità di significato e di ogni categoria.

4.3 Risultati

4.3.1 La voce degli insegnanti e dei dirigenti scolastici

4.3.1.1 I dati sui partecipanti

Dei 19 potenziali partecipanti, tre non sono stati inclusi nell'indagine. Di questi, uno non si è presentato all'appuntamento concordato per effettuare l'intervista, gli altri due non incontravano i criteri di inclusione (nello specifico, al momento della ricerca, non lavoravano in una scuola secondaria). A questi ultimi è stata effettuata un'intervista di cortesia.

Il campione finale di insegnanti e dirigenti scolastici è stato di 16 soggetti. Nello specifico, hanno partecipato allo studio 13 donne e 3 uomini, aventi, al momento dello studio, un'età media pari a 50 anni (Mediana – Me: 50,5; Deviazione Standard – D.S.: 6; Range: 62-38). Per quanto riguarda la formazione universitaria, 12 possedevano una laurea nell'area delle Scienze Sociali e Umane, due nell'area delle Scienze della vita e gli altri due nell'area delle Scienze Dure (in base alla classificazione dell'*European Research Council*). Dieci di loro erano insegnanti, mentre sei ricoprivano il ruolo di dirigente scolastico. In totale, nove dei partecipanti svolgevano la propria professione in una scuola secondaria di primo grado, mentre sette in una scuola secondaria di secondo grado. Dei cinque docenti delle scuole secondarie di secondo grado, tre insegnavano in un Liceo delle Scienze Umane, mentre due in un Istituto Tecnico e Professionale. Le scuole nelle quali lavoravano gli intervistati sono situate nei seguenti comuni/province lombarde: Provincia di Bergamo (7), Comune di Milano (4), Provincia di Milano (2), Provincia di Varese (2), Provincia di Lecco (1). La loro esperienza professionale come professionisti dell'educazione in ambito scolastico era pari in media a 23 anni (Me: 22,5; D.S.: 9; Range: 37-5).

Presentiamo schematicamente questi dati nella Tabella 2.

Caratteristiche socio-demografiche	Frequenza, n
Genere	
Femminile	13
Maschile	3
Età media (anni) (Me; D.S.; Range, R.)	50 (50,5; 6; 62-38)
Formazione universitaria	
Scienze Sociali e Umane	12
Scienze della vita	2
Scienze Dure	2
Ruolo professionale	
Insegnanti	10
Dirigenti scolastici	6

Grado di scuola secondaria di appartenenza	
Primo grado	9
Secondo grado	7
Area geografica scuola di appartenenza	
Provincia di Bergamo	7
Comune di Milano; Provincia di Milano	4; 2
Provincia di Varese	2
Provincia di Lecco	1
Esperienza professionale in media (anni) (Me; D.S.; Range, R.)	23 (22,5; 9; 37-5)

Tabella 2. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti – insegnanti e dirigenti scolastici (N=16).

4.3.1.2 Le parole degli insegnanti e dei dirigenti sulla promozione della salute mentale a scuola

Dall’analisi qualitativa delle interviste sono emerse 231 unità di significato (*meaning units*) raggruppate in 38 categorie, da cui sono risultati, attraverso ulteriori attività di aggregazione, i seguenti nove temi principali:

- A. La rappresentazione degli *adolescenti*: tra “apparenti” nuove opportunità e “reali” crescenti fragilità.
- B. La rappresentazione della *relazione tra la salute mentale e gli adolescenti*: un equilibrio fragile e importante, di cui avere consapevolezza e cura.
- C. *L’impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio* degli adolescenti: tra danno e opportunità.
- D. Il *contesto scolastico*: tra creazione del malessere e protezione dal disagio “esterno”.
- E. La *promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio* a scuola: tra lavoro sulle competenze di vita e creazione di ambienti di apprendimento di benessere.
- F. La *promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio* a scuola: tra lavoro ordinario e straordinario, dentro e oltre l’aula.
- G. Il *docente* nella promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: tra riappropriazione del ruolo educativo e rivendicazione di quello disciplinare.
- H. La *formazione del docente* per la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: dalla capacità di riconoscere il malessere al ritorno alle competenze educative.
- I. La *valutazione degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio*: tra il riconoscimento della sua importanza e la mancanza di riferimenti pedagogici per costruire un processo di valutazione educativa.

Presenteremo ora i risultati di ciascun tema, riportando alcune parti di testo originali delle interviste che meglio esprimono i contenuti emersi.

A. La rappresentazione degli adolescenti: tra “apparenti” nuove opportunità e “reali” crescenti fragilità

Dalle interviste sembra emergere una visione da parte dei professionisti dell’educazione che colloca gli adolescenti in una contemporaneità, allo stesso tempo, sia apparentemente ricca di nuove opportunità sia caratterizzata da reali e crescenti fragilità; tali fragilità sembrano manifestarsi in molteplici atteggiamenti e forme di disagio degli adolescenti:

Tante volte, quando noi ci troviamo come docenti, ci diciamo una frase che è molto semplice, però pensiamo che sia effettivamente molto vera, cioè questo mondo è molto più complicato per gli studenti, per i giovani molto più difficile essere giovani in crescita in questo mondo rispetto al nostro, molto più facile con gli strumenti, ma molto più difficile [Anna, Insegnante].

Qualcuno riconosce, infatti, che i giovani di oggi vivono in una società che presenta loro molteplici vantaggi, ma che, paradossalmente, essi non riescono a cogliere, poiché “bloccati”; un blocco procurato dalla stessa società, nello specifico, dalla complessità derivante dalle troppe richieste e aspettative che vengono riposte sui giovani:

In un contesto dove anche la scuola e il percorso universitario diventano estremamente richiestivi, no? Quindi sono aumentate tanto le richieste rispetto ai nostri giovani e al contempo però abbiamo anche dei giovani [...] che hanno, come dire, dei contesti che in apparenza sembrano anche fortemente agevolanti, cioè oggi poter intraprendere delle carriere di studio è più facile magari rispetto al passato, no? Oggi sicuramente è più facile, ma proprio questi giovani che hanno la possibilità di scegliere tra più cose, paradossalmente, finiscono per avere più paura di affrontare magari percorsi nuovi, percorsi innovativi, a sganciarsi no... [Elena, Dirigente]⁴².

L’“effetto paradosso” che pare emergere dalla società contemporanea (che offre tante opportunità, ma che è al contempo molto *demanding*) sembra porsi in connessione a un’altra visione del giovane espressa da qualche altro partecipante, ossia quella di persona forte, ma ancora fragile rispetto al passato:

I ragazzi sono diventati, per assurdo, sembrano in apparenza più forti, in realtà sono diventati molto più, più fragili [...]. Ho notato proprio una grande fragilità da parte dei ragazzi dell’ultima, dell’ultima generazione. Per assurdo, sono meno strumentati, meno attrezzati per superare certe situazioni critiche [Marta, Insegnante].

L’adolescente, dunque, viene visto come colui che non è in grado di accogliere le opportunità di crescita offerte dal contesto sociale, poiché è quasi “gettato” in una realtà adulta, senza però prima essere stato preparato a ciò. I giovani, infatti, secondo alcuni intervistati, sono alla ricerca di regole e figure di riferimento, spesso percepite come assenti, per poter governare le

⁴² Ricordiamo che i nomi riportati insieme alle parti integrali delle interviste sono di fantasia.

situazioni della vita, per riflettere – azione che, secondo qualcuno, quando stimolata, viene vissuta come una “forzatura” –, per poter attraversare il disagio – che, secondo qualcun altro, spesso i giovani riconoscono, ma che non sanno affrontare – per poter costruire il proprio sé. Tali figure di riferimento, secondo qualche intervistato, sono riconosciute dai giovani per lo più come dei valutatori:

Perché insomma spesso... una delle cose che era emersa [da un'indagine svolta in una scuola dove lavoravo] è che i ragazzi non trovavano e... nel mondo degli adulti, che era quello scol... quello dei docenti, ma anche quello dei genitori, degli adulti “competenti”, come dice Charmet, cioè capaci in qualche modo di accompagnarli in quei momenti di crescita e anziché... invece, come dire, trovavano, soprattutto nel mondo della scuola, adulti che in qualche modo dovevano, in qualche modo, valutarli, più che, appunto, accompagnarli [Flavia, Insegnante].

Quasi la metà degli intervistati ritiene che, generalmente, gli adolescenti siano intolleranti alle frustrazioni, sia in ambito scolastico sia in ambito personale. In linea con quanto appena emerso, tale attitudine porterebbe i giovani a non mettersi in gioco per paura di sbagliare e del giudizio altrui:

[Gli] adolescenti che fanno anche fatica a sopportare alcuni meccanismi di frustrazione, di inadeguatezza, di sguardo non... le sfide, come dire, fanno fatica ad accettarle... si sentono sempre, almeno in generale, nella posizione di non farcela. Quindi, insomma, non riescono a sopportare di fare un errore, quindi piuttosto non fanno niente pur di non sbagliare [Flavia, Insegnante].

Ritorna, dunque, la visione del giovane “bloccato”; un immobilismo che, dalle parole dello stesso partecipante, sembra palesarsi nella sua incapacità di opporsi alle scelte del mondo, il che lo porta ad assestarsi su posizioni di accettazione passiva:

Oltretutto, non abbiamo neanche più dei giovani [capaci] di armarsi contro il mondo adulto e quindi subiscono, subiscono trovano delle scappatoie diverse che sono quelle “va bè, insomma, ti sopporto, però alla fine faccio altro, faccio le mie cose...”. Non c'è una presa di posizione [Flavia, Insegnante].

In generale, dunque, gli adolescenti sono visti dagli intervistati come dei ragazzi che sperimentano quotidianamente il disagio; di questo i professionisti dell'educazione riconoscono una genesi basata sulla logica del “circolo vizioso”. Un esempio di ciò è la dipendenza dalle tecnologie, nella quale alcuni dei partecipanti intravedono, oltre che la causa del disagio dei giovani, la sua manifestazione; essa, inoltre, provocherebbe ulteriore disagio dovuto all'isolamento e alla difficoltà nel relazionarsi agli altri.

Il problema è che secondo me loro [gli adolescenti] colmano la loro solitudine con la tecnologia. Comunque, parlano tantissimo via WhatsApp, guardano tantissimo Internet, purtroppo, però, non essendo totalmente maturi per sapere come utilizzare a volte lo strumento. Cioè la... la questione è che ovviamente lo usano tante volte male, quindi questo comporta fondamentalmente poi dei disagi, come il cyberbullismo... come guardare cose che non devono guardare e quindi ovviamente questo si ripercuote poi sul loro atteggiamento, sul... sulla solitudine [Angelica, Insegnante].

La fatica relazionale degli adolescenti, che crea disagio, sembra poi essere dovuta, secondo qualche insegnante, alla mancanza di consapevolezza di sé, ma anche alla mancanza di un vocabolario “emotivo” nelle relazioni in presenza, che alimenterebbe questo circolo vizioso.

Spesso [gli studenti] non riescono a ridarci... dirci che cosa provano... questo è un altro, un altro problema, ma non perché... perché non hanno le parole, hanno un vocabolario sempre più povero questi ragazzi e quindi... [Ilenia, Insegnante].

Il disagio dei giovani viene, poi, rintracciato da alcuni intervistati nei comportamenti aggressivi, etero e auto-diretti. Segnaliamo che questi atteggiamenti vengono letti da qualche partecipante come un mezzo per “mostrare” il proprio disagio agli adulti.

Qualcuno [dei miei studenti] ha avuto anche dei tagli, no, [sulle] braccia, come per una sorta di ribellione. Quindi questo è un disagio che loro dimostrano... ovviamente noi cerchiamo di parlare con loro perché i ragazzi dicono “beh, non obiettivi” e quindi non avendo obiettivi, cercano di esprimere, di farsi notare... Come? Attraverso questo, dei tagli con la lametta... in generale noto questa incapacità a costruire, ovviamente non generalizzando, ma per la maggior parte dei casi, ecco, non non hanno degli obiettivi, un futuro e vivono più che altro alla giornata [Enrico, Insegnante].

Dalle parole di questo partecipante sembra emergere un'altra interessante dimensione connessa al disagio dei giovani, ossia la mancanza di progettualità. Secondo il suddetto intervistato, infatti, sarebbe l'assenza di un progetto di vita a causare in alcuni adolescenti il disagio, che, secondo altri, provoca in questi ultimi un ulteriore disorientamento rispetto al futuro. Ecco, dunque, che sembra ritornare quel circolo vizioso di cui parlavamo più sopra. Riguardo a ciò, un partecipante ci tiene a sottolineare come alcuni studenti credono di poter risolvere il loro disagio – spesso da questi ultimi attribuito allo specifico contesto scolastico che vivono – per esempio, cambiando scuola; tutto questo, al contrario, non farebbe che alimentare il loro smarrimento:

Questi ragazzi che, così, sottolineano la fatica, la depressione, l'ansia che li porta poi a decidere di cambiare scuola; con tutte le complessità, perché cambiare scuola non è proprio una cosa... cambiare progetto non è una cosa che si può fare così facilmente insomma... questo è un altro elemento, così, che si aggiunge a questo tema [del disagio] [Flavia, Insegnante].

Infine, viene riconosciuto da alcuni il grande peso che il disagio socio-economico e familiare ha sugli studenti, che funge da catalizzatore di altre forme di malessere:

Stanno aumentando i casi di disagio a livello familiare, quindi tante situazioni molto, molto particolari, quindi tanti ragazzi che si portano dietro un vissuto, una storia familiare particolare e questo poi ha delle ricadute anche sul loro percorso, ovviamente scolastico [Marta, Insegnante].

B. La rappresentazione della relazione tra la salute mentale e gli adolescenti: un equilibrio fragile e importante, di cui avere consapevolezza e cura

Generalmente, i partecipanti, quando parlano di salute mentale, fanno riferimento a una dimensione di benessere psicofisico, di cui qualcuno sottolinea il valore “globale”:

Allora se penso ai giovani e penso alla salute mentale, il rapporto che c'è tra di loro, mi viene in mente l'importanza, mi viene in mente il termine importanza, cioè nel senso che i giovani d'oggi, se non riescono a mantenere una salute mentale buona, possiamo dire, quindi una qualità, io la leggo anche a una qualità della vita buona, sicuramente, essendo il nostro futuro, insomma, non andremo molto, molto avanti, insomma. Quindi vedo proprio una grande importanza per i giovani di avere una buona salute mentale. Con salute mentale però intendo tantissime cose nel senso... la salute psicofisica [Ilenia, Insegnante].

Il rapporto che intercorre tra questa dimensione di salute psicofisica e i giovani è considerato da alcuni fragile, ma fondamentale; esso, pertanto deve essere salvaguardato. Anche se, in prima istanza, non emergono dei concetti “patologizzanti” relativi alla salute mentale degli adolescenti, alcuni partecipanti tendono a sottolineare il fatto che ci sia una differenza tra situazioni di disagio generale e altre problematiche di salute mentale più individuali:

In questo modo io posso anche, così, immaginarmi dei modelli diversi di lavoro coi ragazzi che sono assolutamente necessari in questo momento e vanno un po' al di là della salute mentale più specifica, più individuale. Perché comunque i ragazzi la stanno... sono comunque fragili; abbiamo degli adolescenti fragili, dei giovani fragili... [Flavia, Insegnante].

Qualcun altro, invece, tende a distinguere tra disagi “tipici dell'adolescenza” da altri relativi alla “salute mentale”. Connesso a quest'ultimo punto, risulta interessante come alcuni partecipanti evidenzino il fatto che sia improntante non semplificare le problematiche degli studenti, considerandole “tipiche della loro età”:

[Promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti] significa avere intanto, appunto, un un'attenzione sui disagi, sulle difficoltà e non considerarli solo dovuti all'età o alla condizione... ma dare valore a quelli che sono i disagi e quindi trovare poi anche insieme le strade [Sofia, Insegnante].

In linea con quanto appena emerso, alcuni partecipanti ammettono chiaramente come ci sia ancora poca conoscenza e consapevolezza circa queste tematiche, anche nel proprio contesto scolastico:

In linea generale io vedo che c'è un po' di disinformazione sulla sulla salute mentale. Cioè se ne dovrebbe parlare un po' di più... [Bisognerebbe] sicuramente iniziare a informarsi, cioè se magari hai già chiare quattro cose, puoi intervenire, ma anche, banalmente, proprio su... proprio sulle piccole, sulle piccole cose, su quello che tu puoi fare personalmente [...]. E appunto come, come possiamo intervenire noi docenti nel... giornalmente... [Angelica, Insegnante].

C. L'impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio degli adolescenti: tra danno e opportunità

Quasi tutti i partecipanti considerano la pandemia come un momento di maggiore presa di coscienza personale e generale del disagio dei giovani e, quindi, dell'importanza di promuovere il benessere mentale in questa popolazione:

Assolutamente sì, avevo già questa consapevolezza. Penso che cioè... non si può... la scuola non può prescindere da questa dimensione qui [della promozione della salute mentale], ok. E... dall'altra parte penso che la pandemia abbia reso ancora più difficile il contesto e quindi non possiamo far finta che tutta questa problematica non esista, no? Cioè, purtroppo le situazioni dei ragazzi è peggiorata e quindi, ancor più oggi rispetto che al passato, la scuola non può ignorare tutta questa dimensione [Elena, Dirigente].

Tuttavia, se alcuni partecipanti sottolineano come loro stessi, e anche i loro colleghi, già prima della pandemia fossero attenti alle tematiche della promozione della salute mentale e prevenzione del disagio dei giovani, evidenziando l'importanza del proprio ruolo in questo, altri – in accordo con quanto emerso nella tematica precedente (“B. La rappresentazione della relazione tra la salute mentale e gli adolescenti: un equilibrio fragile e importante, di cui avere consapevolezza e cura”) – denunciano una scarsa o nulla sensibilità nel proprio contesto scolastico su tali tematiche, soprattutto durante l'emergenza sanitaria. Alcuni dei partecipanti riconoscono, infatti, “un'occasione mancata” nella pandemia, per alcuni docenti, di agire per contrastare il disagio e promuovere il benessere mentale dei propri studenti. Qualcuno, infatti, ha dichiarato che, paradossalmente, alcuni colleghi hanno risposto alle difficoltà e insicurezze della pandemia anche intensificando le prove di valutazione:

[...] perché in questo momento [della pandemia alcuni docenti] sono davvero impazziti, no... quindi, io ritengo che i miei colleghi, lo dico anche, i miei colleghi [ride] hanno proprio, così, in questo momento... questa corsa, no, alla valutazione [Flavia, Insegnante].

In generale, comunque, tutti i partecipanti riconoscono che il Covid-19 ha inciso notevolmente sulla salute mentale dei giovani. Queste problematiche vengono colte dagli intervistati degli adolescenti non soltanto nelle manifestazioni visibili di esse, come l'ansia, la violenza, ma anche in quelle meno visibili, come l'apatia, il ritiro sociale:

Stanno aumentando tantissimo i ragazzini che hanno attacchi di panico nelle scuole [Ilenia, Insegnante].

Io penso che la pandemia abbia aumentato una cosa che già c'era e cioè una forma di ritiro sociale da parte [dei] preadolescenti, adolescenti, cioè e... prima c'era la piazza reale, cioè giochi, adesso c'è la piazza virtuale [...] come dire, hanno limitato la relazione sociale [Valeria, Dirigente].

È interessante sottolineare come, nonostante questa consapevolezza, più della metà dei partecipanti non consideri il Covid-19 come la causa del disagio degli adolescenti, ma come un potente catalizzatore di un disagio diffuso già presente e dilagante prima della pandemia (già emerso nella tematica A. “La rappresentazione degli adolescenti: tra ‘apparenti’ nuove opportunità e ‘reali’ crescenti fragilità”):

Le ricadute della pandemia ci hanno portato a... vedere un'esplosione di disagio anche mentale e anche rispetto alla salute mentale che forse non avevamo individuato abbastanza prima [Sofia, Insegnante].

D. Il contesto scolastico: tra creazione del malessere e protezione dal disagio “esterno”

Il contesto scolastico viene presentato da molti partecipanti a partire da come, secondo la loro percezione, esso viene vissuto dagli studenti. Infatti, dalle parole di molti degli intervistati, la scuola risulta essere percepita dagli adolescenti sia come un luogo di malessere, quindi di potenziale disagio, sia come un luogo “dissociato” dalla vita. Gli intervistati credono che alcuni dei comportamenti scolastici che hanno i ragazzi siano, sostanzialmente, espressioni del loro disagio. Esempi di questi comportamenti sono, per esempio, la fatica a relazionarsi con gli altri, coi pari e con gli insegnanti, oppure la difficoltà nella concentrazione o, ancora, la demotivazione crescente:

Quello che notavo era una paura del confronto con i pari, cioè la preoccupazione di doversi confrontare con i compagni perché erano magari ragazzini che nel mio ufficio venivano, che magari a me a parlare come venivano, che magari organizzano un colloquio con i professori per tranquillizzarli rispetto e per decidere insieme, concordare delle modalità di rientro, per tranquillizzarli rispetto al fatto che nessuno avrebbe fatto delle richieste, no, in termini di verifiche e interrogazioni, ma che quello che ci si aspettava era che loro tornassero a scuola... emm, venivano magari a fare anche la chiacchierata con noi, venivano e si concordavano delle cose, ma poi, nel momento in cui dovevano affrontare l'impatto di rientrare nella classe, non ce la facevano, non ce la facevano [Elena, Dirigente].

Dunque, viene percepita una certa fatica da parte degli studenti a vivere la scuola come dispositivo educante, nel quale fare esperienza dell'esperienza di vita. I ragazzi faticano a stare dentro i limiti spazio-temporali da essa imposti, poiché, secondo alcuni partecipanti, la scuola è considerata come “dissociata” dalla vita:

Ecco, è un tema molto presente, di disagio forte... solo che adesso sta esplodendo, secondo me, perché i ragazzi reagiscono in modo demotivante; la reazione è “Non mi interessa niente”, cioè “Sono qui, sono parcheggiato qui e... mi stanno dicendo che, sì, devo ascoltare qualcuno, devo sapere delle cose, penso che la maggior parte delle cose che mi dicono non mi serviranno a niente”... e quindi è come se non riuscissero a cogliere, ma perché ovviamente noi insegnanti non siamo in grado di farlo, il significato, per esempio, del loro capitale culturale, come se questo capitale non riuscissero a coglierlo... Questo, secondo me, è un disagio importante che li porta appunto a cambiare, ma non capire che cosa stanno facendo appunto, ecco... [Flavia, Insegnante].

Un disagio che, secondo alcuni intervistati, viene considerato dagli studenti come derivante dal loro specifico contesto scolastico, il che può indurli a cambiare scuola o, sempre più spesso, a ritirarsi (in linea con alcune manifestazioni del disagio riportate nella tematica precedente – “C. L'impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio degli adolescenti: tra danno e opportunità”).

La percezione dei partecipanti appena esposta, circa la rappresentazione della scuola da parte degli studenti, sembra essere molto in linea con la rappresentazione che loro stessi hanno di questa istituzione. Più della metà degli intervistati, infatti, ritiene che la scuola sia un luogo in cui gli studenti sono chiamati a dover raggiungere le aspettative scolastiche (degli adulti) – in accordo con quanto emerso nella tematica A (“La rappresentazione degli adolescenti: tra ‘apparenti’ nuove opportunità e ‘reali’ crescenti fragilità”) –, piuttosto che essere per loro un luogo di riflessione sulle esperienze scolastiche e di vita:

La struttura proprio della società nella quale viviamo sta spingendo eccessivamente i giovani verso una dimensione di competizione estrema e questo sicuramente non aiuta, non favorisce la salute mentale perché c'è una pressione proprio rispetto a così, a questa, questa dimensione competitiva che è probabilmente eccessiva sia all'interno del mondo della scuola, quindi, proprio a partire dalla primissima infanzia, sembra che sia quasi una corsa costante a chi arriva, fa meglio, o a chi, come dire, ottiene dei risultati concreti e, appunto, in termini rapidissimi [...]. E gli effetti, poi si riverberano in tutti i contesti, a partire poi da quello scolastico, ma poi anche nel decorso della vita, mi vien da dire, anche nell'inserimento, poi nel mondo del lavoro, nelle scelte, anche poi, no, che riguardano anche la... mi vien da dire, la vita di relazione e oltre che professionale. E quindi questo diciamo che è un po' l'aspetto che, dal mio punto di vista, vedo come un elemento che sta andando a compromettere quello che è l'equilibrio anche proprio mentale, mi vien da dire, ma proprio psichico e il benessere dei nostri giovani [Elena, Dirigente].

Tuttavia, se da un lato vi è l'ammissione del fatto che sia la stessa scuola, in qualche modo, a creare un certo disagio degli studenti, dall'altro vi è un riconoscimento da parte di molti partecipanti (in alcuni casi gli stessi) della scuola soprattutto come luogo che “protegge” e che contrasta un disagio che viene portato dagli studenti dall'esterno all'interno contesto scolastico:

Se io vedo che il ragazzino prende e dorme, cerca di dormire, guarda fuori dalla finestra, cioè non trova una sua dimensione nel contesto in cui... è perché sta tentando di sfuggire. Se dorme, poi si scopre che è abbandonato per ore, fino alla notte a fare chissà che cosa, fuori dal controllo del genitore. E qui e qui a questo punto, cioè non è solo un andamento didattico che, che che sta, che si sta concreto sgretolando è è proprio il suo percorso di crescita, per cui li dovrà trovare altrove dei riferimenti e questo e questo la scuola, detto tra noi, può intervenire [Carla, Insegnante].

Estremizzando quest'ultimo pensiero, secondo qualche intervistato la scuola non crea affatto disagio, al massimo “amplifica” delle situazioni di disagio “già” presenti degli studenti:

Cioè non è la scuola che crea la... diciamo delle fatture o che crea isolamento, ma può non avere, come dire degli strumenti o contezza di quelle che sono le fragilità e quindi non intervenire per ridurle, quindi il rischio è di un ampliamento della... diciamo del disagio dello studente, se non si interviene in un certo modo; quindi non non ci sono fattori di rischio, ma si possono, come dire, ampliare quei fattori di rischio già esistenti al di fuori della scuola. Quindi, tutto ciò che riguarda la l'esclusione scolastica e se non si interviene tempestivamente, capendo quali sono appunto le necessità formative e creando il gruppo classe e quindi il benessere interno, sociale, affettiva all'interno del gruppo, è chiaro che, insomma, questo può essere un fattore di rischio, cioè più che i fattori di rischio un aumento di fattori di rischio già esistenti [Valeria, Dirigente].

E. La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola: tra lavoro sulle competenze di vita e creazione di ambienti di apprendimento di benessere

Più della metà dei partecipanti crede che la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli adolescenti a scuola si giochi sullo sviluppo delle competenze di vita, come la capacità di prendere decisioni, di risolvere problemi, di sviluppare e mantenere relazioni sane, di aumentare la propria autostima, in linea, sembrerebbe, con le maggiori difficoltà che i partecipanti intravedono negli adolescenti di oggi (si vedano le suddette tematiche: “A. La rappresentazione degli adolescenti: tra ‘apparenti’ nuove opportunità e ‘reali’ crescenti fragilità”, “C. L’impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio degli adolescenti: tra danno e opportunità”; “D. Il contesto scolastico: tra creazione del malessere e protezione dal disagio ‘esterno’”):

[Promuovere la salute mentale e prevenire il disagio nei contesti scolastici significa] far capire e vivere nella quotidianità anche quegli aspetti che non sono necessariamente legati all'alcol, alla droga, a tutte queste dipendenze, ma lavorare, come dicevo prima, sulle abilità, le abilità di vita no l'assertività il prendere decisioni, il saper comunicare, le abilità sociali, quindi lavorare su questo, sui progetti di miglior... di auto-miglioramento e vedere sempre il positivo, no, nelle cose che si fanno. Per me questo è fondamentale [Giulia, Insegnante].

Dunque, sembra emergere una visione di promozione di salute mentale e prevenzione del disagio in linea con una concezione “positiva” e non tanto basata sul rischio, come qualcuno dei partecipanti tende a specificare (come già evidenziato nella tematica B “La rappresentazione della relazione tra la salute mentale e gli adolescenti: un equilibrio fragile e importante, di cui avere consapevolezza e cura”).

In accordo con quanto emerso dalle tematiche fin qui esplorate – ossia col riconoscimento del ruolo della scuola nella promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti e/o nella protezione da un disagio “esterno” –, molti intervistati intravedono nel contesto classe “attento” e incentrato su una buona relazione educativa e tra pari un importante luogo per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti. Soprattutto, molti vedono nella costruzione di una dimensione spazio-tempo in classe, dedicata al dialogo e alla relazione “non tecnica” da parte dei docenti, un fattore protettivo e necessario per il raggiungimento del suddetto scopo:

[Promuovere la salute mentale e prevenire il disagio nei contesti scolastici] secondo me significa cercare di creare quel giusto rapporto per cui tu rimani sempre il docente, però sei anche un punto di riferimento... [Significa] creare delle situazioni dove puoi parlare con loro, puoi parlare dai videogiochi alla droga, ma anche puoi insegnare loro, ad esempio, cosa significa dire di no, cosa significa rispetto... [Cristina, Insegnante].

È interessante come qualcuno intenda questo spazio-tempo non solo come spazio-tempo da dedicare alla dimensione “emotiva”, ma anche a quella di riflessione “cognitiva” – ossia, sui

loro modi di imparare oppure sulle competenze apprese. Inoltre, tale dimensione è importante per fornire agli studenti degli strumenti per leggere e costruire il significato delle loro esperienze scolastiche (per esempio, le gite, il PCTO, l'intervento sull'affettività):

L'altro obiettivo, secondo me, è quello di aiutare i ragazzi a leggere le esperienze che fanno, cioè, come dire... la scuola... intanto far sentire, far vivere l'esperienza scolastica, cioè che quella è un'esperienza che può essere messa sotto la lente, no, quindi far sentire che loro stanno vivendo un'esperienza, non stanno parcheggiati lì, quindi... E poi dare a loro la... gli strumenti per leggere tutte le esperienze, dalla gita al, al all'esperienza ad esempio adesso che si fanno di PCTO, che sono quelle che si chiamavano prima di alternanza scuola lavoro, a un'esperienza un project work che, che fanno un'esperienza di gruppo in classe, cioè come dire, accompagnare sempre quello che viene, viene proposto [Flavia, Insegnante].

La necessità di costruire un contesto classe attento e aperto agli studenti non sembra, infatti, essere inteso dai partecipanti come a se stante rispetto agli obiettivi di apprendimento. Anzi, molti di loro credono che proprio un contesto classe di relazione educativa e di benessere sia facilitante o, addirittura, necessario affinché sia possibile l'apprendimento, sia delle discipline sia personale; al contrario, una relazione docente-studente di natura esclusivamente "trasmissiva" e/o orientata alla performance creerebbe disagio:

Quello che mi dicono gli alunni che tornano dalle superiori il primo anno disperati "Lei si che ci spiegava, lì non si capisce niente...", quindi anche la spiegazione, il rischio di non essere chiari, li mette in frustrazione di non avere capito e quindi devono essere più di di... gli abbassi l'autostima e quindi dici "Non sono riuscito a fare insomma"... [Ilenia, Insegnante].

F. La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola: tra lavoro ordinario e straordinario, dentro e oltre l'aula

In relazione a quanto appena riportato nella tematica precedente, più della metà dei partecipanti riconosce nella didattica, attuale o auspicabile, un elevato potenziale educativo e di promozione del benessere mentale nonché di prevenzione del disagio degli studenti:

Cioè io non penso che la salute mentale sia qualcosa che io tratto al di fuori della mia disciplina cioè "adesso mi occupo della mia disciplina e poi mi occupo della salute mentale", non credo che sia possibile questa, cioè del benessere. Ecco, non credo che sia possibile questa distinzione e... come dicevo, secondo me l'insegnante deve avere questa capacità che mentre si occupa della sua disciplina, in realtà avere sempre in mente che sta lavorando con degli adolescenti che sono in formazione, che sono in crescita e quindi sempre porsi nella dimensione di dire "ma questa cosa che io sto insegnando, questo contenuto, che cosa significa per quell'alunno?" [Elena, Dirigente].

Ciò può avvenire, secondo alcuni, se e quando i docenti mettono in discussione la forma-scuola attuale, andando incontro alle esigenze degli studenti e attuando delle metodologie di insegnamento più partecipative e meno trasmissive:

Nel momento in cui c'è la lezione frontale e non c'è la partecipazione dello studente, è chiaro che diciamo la co-costruzione del sapere che avviene nella socializzazione, quindi nel rapporto con l'altro, non ci può essere e quindi non ci può essere quello che è il benessere.

Beh, quindi riprendo un concetto fondamentale, che è la partecipazione dello studente al suo processo di crescita e di apprendimento che può avvenire nel momento in cui si hanno metodologie attive che permettano ciò [Valeria, Dirigente].

Altri, poi, intravedono la suddetta potenzialità se e quando l'obiettivo che il docente si pone è quello di implementare col proprio insegnamento non solo delle competenze specifiche, ma anche quelle derivanti da tutto il processo e l'esperienza di apprendimento:

Se in quel momento l'insegnante ha in mente che ogni competenza diventa una sfida che contribuisce ad aumentare l'immagine di sé dello studente vive, cioè, forse sa che ogni volta che un ragazzino fa un passo avanti sta consolidando quell'autostima, quell'immagine di sé di questo ragazzino, quindi, lavora in questa prospettiva e non soltanto con l'obiettivo di insegnargli le frazioni, ma sa che quelle frazioni diventano funzionali all'idea di sé che il ragazzino sta sviluppando con l'idea della sua competenza, gli sta insegnando che intelligenti si diventa e non si nasce, che io posso migliorare, gli sta insegnando l'idea che la competenza è frutto di... non so, magari della capacità di perseverare, di tollerare le frustrazioni, di mantenere, come dire, gli obiettivi che mi sono posto di... [Elena, Dirigente].

In accordo con questo aspetto, alcuni partecipanti sottolineano, inoltre, che, affinché si possa promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti, gli interventi/attività con questa finalità non debbano essere considerati per forza "extra", ma, anzi, debbano essere svolti durante la normale attività quotidiana scolastica:

Un'altra cosa che a me piacerebbe è che queste questi interventi, come in parte avviene, ma non abbastanza, facessero parte proprio dell'attività curricolare e non fossero relegati a spazi extrascolastici, che magari vengono meno valorizzati sia dai ragazzi che dagli insegnanti [Sofia, Insegnante].

Circa la metà dei partecipanti riconosce l'importanza della cura del setting scolastico per promuovere il benessere dei giovani; setting, che, in relazione a quanto sopra emerso, può essere quello quotidiano della classe, se opportunamente destrutturato, ma anche di tutta la scuola, affinché questa diventi uno spazio degli studenti e non un luogo di passaggio e di semplice valutazione della performance scolastica:

Però puoi anche gestire il setting della classe in modo che ci sia una partecipazione che non è... che è proprio collaborativa, no? Quindi la classe la puoi... cioè quello che sta dentro la classe, lo puoi spostare, lo puoi muovere, farlo... [Sofia, Insegnante].

Ecco, io credo che per il benessere a scuola... forse bisogna promuovere un po' questa dimensione, far sentire la scuola il loro, cioè la scuola che è loro. Ecco, non è un luogo che abitano per un tempo e poi c'è dall'altra parte solo chi registra i risultati che loro portano... [Elena, Dirigente].

La metà dei partecipanti riconoscere nelle attività "laboratoriali", dentro e fuori l'aula, il modo con cui svolgere gli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti:

C'è qualche attività più... che li aiuta un po' di più, come per esempio le attività teatrali, ecco attività teatrali che, a tutti gli effetti, dan... darebbero l'occasione, ecco all'alunno di sviluppare quelle competenze di relazione... [Carla, Insegnante].

È interessante sottolineare, infine, come la metà degli intervistati non intenda il “fuori” aula soltanto come fuori dalla classe. Essi, infatti, leggono nell’apertura al territorio la potenzialità di cura del benessere dei giovani, quando sinergici e sistematici, non “a spot”; dunque, riconoscono l’importanza di aprire la scuola al territorio, non soltanto facendo “entrare” realtà esterne, ma anche “uscendo” e svolgendo o promuovendo interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio nel territorio. Ciò sembrerebbe essere la modalità privilegiata per creare “rete”, che lo studente può cominciare a percepire come un tutto collegato, che si prende cura di lui in contesti diversi:

Se un giovane si vede arrivare, diciamo così, un progetto di promozione della salute, anche senza sapere che è un progetto di promozione della salute, ma che promuove la sua salute sia quando va a fare sport, sia quando è nel gruppo di amici, sia quando è nel paese, sia quando, mi viene in mente, l'oratorio, ma come luogo di aggregazione, e anche quando va a scuola ritrova quella continuità interessante, insomma, incredibile, no? E quindi come a dire “C’è tutto un mondo che c’è e che mi sta, anche senza saperlo magari, che mi sta accudendo, che mi sta accompagnando”. Quando questi progetti sono conclusi solo nell’ambito scolastico ed è comunque un’ottima cosa che ci siano nell’ambito scolastico, rischiano di essere un po’ slegati, magari dall’esistenza o che il soggetto, soprattutto li legga così “Vado a scuola, c’è stato questo progetto...” [Anna, Insegnante].

Uscire dalla scuola da parte dei docenti con gli studenti viene, poi, considerato da alcuni partecipanti come un’opportunità per i primi di osservare i secondi “fuori” dal contesto “classe”, fuori dall’attività scolastica, in situazioni in cui emergono le loro “altre” sfaccettature; l’opportunità di sperimentare questo “fuori” aiuterebbe, secondo alcuni, la relazione “dentro” l’aula tra docenti e studenti:

Però è importante, secondo me, anche la partecipazione, la collaborazione dell’insegnante, ma per avere anche un altro punto di vista, perché serve a noi per guardare i ragazzi in un altro modo, perché a volte l’insegnante si ferma a guardarli proprio solo come alunni in certi contesti, durante l’attività scolastica, invece, è interessante guardarle anche in un altro in un altro modo, ecco... Io credo che sia fondamentale. [Nella nostra scuola] i ragazzi hanno sempre fatto, quest’anno poco, quasi nulla, però, concerti, manifestazioni... Ecco, io credo che sia importante anche la partecipazione in questa parte dei docenti, cioè osservarli in altri contesti... perché emergono delle loro sfaccettature, la loro personalità che magari a scuola, nel loro banchetto non vengono, non vengono fuori, quindi, eccoci, mi piace che ci sia questa collaborazione [Marta, Insegnante].

G. Il docente nella promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: tra riappropriazione del ruolo educativo e rivendicazione di quello disciplinare

In accordo con le due tematiche precedenti, quasi tutti i partecipanti riconoscono la dimensione educativa della promozione del benessere mentale e della prevenzione del disagio degli studenti e, quindi, il ruolo cruciale che il docente ha in questo processo. Tale consapevolezza,

porta alcuni di loro a considerare i docenti “gli esperti” migliori (specialmente se formati) a doversi occupare di tali tematiche, riconoscendo, dunque, il proprio ruolo educativo:

Lo so che mi tiro una zappa sui piedi, anzi, anche due, anche più di una [ride], ma secondo me gli esperti migliori [per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti] sono ancora gli insegnanti. Cioè, gli insegnanti che, ovviamente si devono formare, ci mancherebbe. Però a volte non è sempre detto che l'esterno che viene sia vincente. Cioè perché a volte magari sì, per carità, è bravo eh. Però a volte col rischio di fare un pezzettino che poi rimane lì. Non so... questa è un po' la mia idea [Cristina, Insegnante].

Altri vedono nei docenti delle figure che hanno la possibilità di osservare nella quotidianità alcuni segnali e situazioni di malessere e, quindi, di intervenire precocemente per contrastare il disagio:

Sicuramente la differenza nell'aiuto sono gli insegnanti, quindi la cura e l'attenzione da parte degli insegnanti che non sono lì a fare soltanto didattica, ma sono lì per accompagnare questi ragazzi nel loro percorso di crescita. Quindi un occhio di riguardo a volte fa, fa la differenza. Ecco, mi piace pensare che... in alcune situazioni abbiamo fatto la differenza, abbiamo potuto evitare magari il peggio, insomma, un'esplosione, un'evoluzione negativa della situazione... e questa differenza davvero la fanno gli insegnanti, assolutamente, che possono essere molto attenti, osservare alcuni segnali e... chiari oppure percepire insomma alcune situazioni di di malessere [Marta, Insegnante].

Altri ancora, pur non escludendo la possibilità di cooperare con degli esperti esterni, sottolineano come sia necessaria la collaborazione e il coinvolgimento del docente – che deve fungere da *fil rouge* – per dare continuità nella quotidianità a un intervento/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli adolescenti svolto da queste figure, affinché tali interventi/attività possano essere efficaci:

Però, alcuni, alcune volte i progetti rischiano di essere proprio un'isola... “Ok, ci sono le lezioni queste due ore di progetto e poi ricominciamo con le lezioni di matematica, di fisica, di chimica, di filosofia...” e quindi rischiano di perdere proprio un po' il loro tessuto, un po' come una meteora che è passata “ok che mi ha dato tanto”, però se poi non viene nutrita io quel quel tanto che transitato, insomma devo riuscire a farlo sedimentare. Quindi il compito dei docenti io credo che sia questo, quello di far vedere che non è una meteora, ma che è una parte integrante e che è fondamentale che loro lo portino sempre con sé e quindi magari recuperarlo in alcuni momenti... “Vi ricordate...” [Anna, Insegnante].

Qualcuno, poi, rimarca la posizione centrale che il docente ha rispetto alle figure esterne nella conduzione di pratiche educative sulle suddette tematiche e qualcun altro sottolinea che il compito degli esperti (anche con professionalità pedagogica) interni o esterni alla scuola sia quello di formare e/o supportare i docenti per lo svolgimento di interventi/attività di promozione della salute mentale:

[...] gli esperti a volte funzionano e il più delle volte, e me spiace dirlo, ma è capitato proprio... quelle persone che non fossero... per quello che dico che è fondamentale la stretta collaborazione non che venga tutto assegnato... come se l'esperto potesse essere, insomma, siamo noi quelli che siamo in classe trenta ore a settimana con i nostri ragazzi, quindi è impensabile che l'esperto, che magari viene due o quattro ore, possa risolvere la situazione [Marta, Insegnante].

Mi viene in mente quando viene l'esperto di del... non ce ne facciamo assolutamente niente se è uno "a spot", lo sappiamo, non ha funzione, almeno a livello pedagogico, psicologico sappiamo che non è funzionale, quindi il docente in primis. E poi, appunto, secondo me deve essere supportato perché non abbiamo le... una formazione, deve essere supportato da esperti esterni [Illenia, Insegnante].

Tuttavia, più della metà dei partecipanti, pur riconoscendo l'imprescindibilità del ruolo del docente nella promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, ne evidenzia i limiti. Alcuni, infatti, sottolineano come il ruolo del docente debba essere quello di "sentinella" delle situazioni di disagio degli studenti, per, eventualmente, predisporre l'invio a specialisti. Tra questi docenti, infatti, molti sottolineano come la scuola possa svolgere interventi/attività di "primo livello" sul gruppo (per esempio, promuovere un ambiente di ascolto, di relazione), ma su problematiche severe individuali (per esempio, autolesionismo) sia richiesta una capacità di "diagnosi precoce" (una sorta di capacità di screening) e invio a specialisti (per esempio, agli psichiatri), il che sembrerebbe in linea con la distinzione tra "disagio generale" e "problemi di salute mentale individuali" emersa, più sopra, nella tematica B ("La rappresentazione della relazione tra la salute mentale e gli adolescenti: un equilibrio fragile e importante, di cui avere consapevolezza e cura").

Da altri intervistati emerge, invece, la necessità per la scuola di collaborare e imparare a fare rete col territorio, poiché questa non può da sola gestire la complessità odierna:

E comunque il ruolo degli insegnanti, secondo me, è solo però un ruolo di di sentinella, cioè, come dire di sonda devono sondare, capire, percepire, acquisire se ci sono situazioni di disagio e poi veicolare, diciamo così, queste informazioni a chi però poi in grado di... [Umberto, Insegnante].

Il problema che la scuola da sola non può fare tutto ciò che serve; per questo credo molto nel lavoro di rete e nella tessitura di relazioni con i servizi sia sociali che sanitari, con il territorio, le cooperative socio-educative con le università, perché da soli non ce la possiamo fare. Questa è la cosa fondamentale! [Luca, Dirigente].

Questa concezione viene quasi a essere "estremizzata" da alcuni partecipanti, che arrivano quasi a riconoscere solo ad "altri attori" (che per qualcuno sono soprattutto i familiari) il compito di promozione del benessere e "presa in carico" del disagio degli adolescenti; alcuni tra questi professionisti, in accordo con quanto appena emerso, sottolineano come la scuola e gli insegnanti non ricoprano un compito "sanitario/sociosanitario"; altri, sempre in linea con quanto riportato nella tematica B, ammettono di non sentirsi competenti per occuparsi di salute mentale degli studenti, in quanto docenti:

Peraltro, appunto, uno insegna, non è che deve essere anche esperto di salute mentale, quindi diciamo che ci siamo un po' ritrovati situazioni molto difficili... [Sofia, Insegnante].

A me piace lavorare in collaborazione in rete, quindi, secondo me ogni figura professionale ha il suo, ha la sua importanza, cioè se io non sono competente in ambito sanitario, chiamerò l'esperto in ambito sanitario, perché non ha senso, cioè sarebbe un'informazione magari che io, per sommi capi, conosco però l'esperto della materia è l'esperto e quindi in rete... quindi coinvolgere tutte le istituzioni sul territorio, nel territorio, ad esempio, oppure le aziende sanitarie per quanto riguarda il benessere fisico e mentale... [Enrico, Insegnante].

Anche se in pochi casi, alcuni tendono addirittura a distinguere il compito disciplinare da quello educativo, riconoscendo al docente soprattutto il primo:

La mia filosofia è che la scuola si è sempre fatta troppo carico di tutto; dei servizi sociali... Cioè, noi siamo sempre stati l'agenzia dove alla fine tutte le inefficienze di tutto il sistema arrivava no... Eh, ma non funziona così. Io ho come finalità quella di di fare apprendere [Stefania, Dirigente].

H. La formazione del docente per la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: dalla capacità di riconoscere il malessere al ritorno alle competenze educative

In linea con la tematica precedente (“G. Il docente nella promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: tra riappropriazione del ruolo educativo e rivendicazione di quello disciplinare”), da più della metà dei partecipanti emerge chiaramente un messaggio, ossia che l’attuazione o meno di interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, da parte dei docenti, dipenda soprattutto dalla consapevolezza circa il loro ruolo, che è anche educativo. La mancanza di questa consapevolezza viene individuata soprattutto nei docenti dell’area delle Scienze Dure e in quelli delle scuole superiori di secondo grado:

I docenti devono in qualche modo essere capaci... essere formati... essere capaci in qualche modo di entrare in questa relazione qua... di qualsiasi livello scolastico. Poi noi sappiamo che quando sono piccolini, con i bambini c'è una formazione dei docenti anche attenta a questo, quando nelle classi superiori piuttosto che nelle scuole medie... cioè a mano a mano che ci si, che si procede negli anni della scuola, diciamo così, c'è questa dimensione molto di... come se l'adulto perdesse tutte le sue funzioni anche proprio di educatore... rimanesse proprio quella della materia, della disciplina [Flavia, Insegnante].

Tale mancanza viene connessa da alcuni partecipanti alla non “presa in carico” dei disagi degli studenti e al riconoscimento di questo ruolo ad altri professionisti, quindi esperti esterni o ad altri colleghi delle discipline umanistiche, entrambi considerati più competenti in quest’ambito:

Noi docenti non abbiamo nemmeno gli strumenti e lo sta dicendo uno/a che insegna Scienze umane, quindi psicologia, pedagogia, antropologia, eccetera eccetera e sociologia. Eh, ma tu immagina i miei colleghi, uno che insegna Matematica, Fisica e... questa gente qua è gente che entra e... trent'anni, vent'anni che una volta ha spiegato il teorema, ha fatto l'esercizio, ha fatto la verifica tutto il resto è come se non esistesse, capisci? Invece c'è anche una dimensione proprio umana che è importante. Sì, è vero che anche alcuni di loro hanno una certa sensibilità e quindi si accorgono che qualcosa non va, eccetera eccetera. Però poi mancano anche le conoscenze le competenze per poter aiutare, infatti, molto spesso quando ci

sono dei problemi e... questi docenti dicono agli alunni "Ma prova a sentire il Prof di Scienze umane, senti il Prof di italiano...", allora Scienze umane, Italiano e Religione, come se fossimo noi gli psicologi, diciamo... [Umberto, Insegnante].

Quanto appena emerso porta molti intervistati a percepire un bisogno formativo circa il riconoscimento e la gestione nel quotidiano del disagio dei giovani:

Investire in formazione mi permette di capire se un problema c'è o non c'è, perché se io un problema non lo percepisco, per me non esiste e quindi non ha senso nessun tipo di azione. Per cui la prima cosa è trovare dei modi per renderlo palese, evidente. Ok, cioè degli strumenti che mi permettono di dire che quel problema esiste, che possono essere strumenti di ricognizione che un dirigente ha... strumento poi può essere strumenti che ha una commissione di docenti, cioè cominciare a farlo emergere, trovare il modo per farle emergere. Poi, nel momento in cui problema è evidente, è emerso, è oggettivo, no, per cui non posso negarlo, cioè lo lo vedo, ce l'ho lì davanti a quel punto e secondo me diventa un po' più facile provare a trovare delle soluzioni, trovare delle risorse, sapendo che esistono... [Elena, Dirigente].

Allo stesso modo, metà dei partecipanti ritiene sia necessario che tutti i docenti, di qualsiasi ordine e grado, siano formati al loro ruolo *educativo*; ciò aiuterebbe a promuovere la salute mentale e a prevenire il disagio degli studenti:

Io credo che sia fondamentale per la salute mentale degli alunni che abbia una buona preparazione chi con gli alunni lavora in maniera sistematica. Questo io penso che sia l'elemento cruciale, cioè se chi lavora con i ragazzi ha una consapevolezza di questa dimensione e una capacità di gestire la dimensione relazionale con i ragazzi, di andare oltre, oltre a quello che un ragazzo produce, non so come dire, no? Cioè oltre la sua prestazione è di avere veramente una capacità di accompagnare ognuno nel percorso che ognuno può fare, deve fare di... questa capacità veramente personalizzata di tirar fuori il meglio da ciascuno di loro, che è una roba che sembra un po' da utopia ma forse è lo sforzo sul quale dobbiamo lavorare, quindi sicuramente lavorare tanto sulla formazione dell'insegnante [Elena, Dirigente].

Una formazione, dunque, che va oltre la specificità di un approccio o tecnica di intervento, ma che ha come obiettivo principale quello di implementare la consapevolezza del ruolo educativo nei docenti. Quando si fa riferimento a una formazione più specifica, questa, secondo molti, non deve essere diretta solo a "informare", bensì a far acquisire ai docenti, mediante la pratica (formazione-azione), delle tecniche e approcci educativi che poi sarebbero facilmente in grado di attuare nella loro quotidianità professionale:

Quindi, se vogliamo che anche i docenti abbiano una parte attiva, e sarebbe anche giusto, diciamo così, bisogna però che questi vengano formati opportunamente, ma non ti ripeto... ancora formazione, una cosa così tutta teorica, voglio dire. Fare proprio delle attività pratiche, della serie sì, cioè mi fai qualche lezione, mi spieghi determinate cose e poi per esempio, mi fai condurre un Focus Group, mi insegni, mi fa condurre, cioè iniziare da cose concrete. Non so se sono stato chiaro... [Umberto, Insegnante].

Connessa all'importanza della formazione, emerge un altro aspetto che quasi tutti considerano fondamentale per la promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, ossia l'inclusione di queste tematiche all'interno della forma-scuola:

Rendere sicuramente curricolari queste attività, cioè scegliere delle attività che possono appunto promuovere la salute e il benessere e renderle obbligatorie. Solo così secondo me

riusciremo a gestire o meglio a offrire, perché poi... offrire le stesse opportunità [Clara, Dirigente].

[Promuovere la salute mentale e prevenire il disagio in degli studenti] significa, appunto, fare tutto quello che le ho raccontato finora, come se fosse, diciamo così, è come deve essere secondo me, parte strutturale dell'agire di una scuola [Luca, Dirigente].

I. La valutazione degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio: tra il riconoscimento della sua importanza e la mancanza di riferimenti pedagogici per costruire un processo di valutazione educativa

Un'altra tematica emersa dalle interviste riguarda la valutazione degli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti.

La metà dei partecipanti ritiene importante svolgere la valutazione delle suddette pratiche, soprattutto per riflettere su una loro eventuale riproposta ed esplorare nuove possibilità:

Allora che debbano essere valutati, io son convinto che è fondamentale, indispensabile, perché altrimenti senza feedback non potremmo sapere se è stato efficace oppure non è stato efficace, se è stato interessante non è stato interessante, ma soprattutto, cosa importante è andare a vedere rilevare con un feedback che cosa non è andato bene, cosa ancora perfezionabile, in modo tale che quando lo si ripresenterà la successiva volta va bene per tentativi errori si arriva alla, non dicono perfezione, però voglio dire si può migliorare sempre, quindi questo è fondamentale perché altrimenti senza valutazione anche gli studenti percepiscono l'attività come poco importante, poco importante e quindi questo è importante farlo... [Umberto, Insegnante].

Tuttavia, alcuni riconoscono la mancanza nei professionisti scolastici di competenze e di una cultura della valutazione "riflessiva" degli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti. Qualcuno, infatti, considera una criticità il fatto che la valutazione di un suddetto intervento/attività nelle scuole si limiti alla valutazione informale di gradimento e/o all'osservazione del cambiamento degli studenti non documentata, non strutturata e non validata. Qualcun altro considera come grosso "deficit" della scuola l'aver tanti interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, ma non avere capacità di valutarli in termini di esiti:

Nella scuola secondo me questo momento di valutazione non, non è sempre così... pensato, cioè non non non lo si pensa. Ecco, non, se non è in termini di "com'è andata, come no, come ti sei trovato?", ecco... questo feedback un po' più tecnico non c'è [Flavia, Insegnante].

Beh, sì, sì, ma è uno dei grossi deficit di funzionamento delle scuole quella di avere tantissimi progetti, ma spesso di non avere capacità di valutazione degli esiti [Luca, Dirigente].

A tal proposito, un altro parere sembra emergere da alcuni partecipanti, i quali considerano sufficiente l'osservazione (non documentata) o la loro percezione del cambiamento positivo degli studenti come prova della riuscita degli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio (il che conferma, in qualche modo, quanto dichiarato dai suddetti intervistati):

Beh, il, il fattore principale proprio vedere la la ricaduta di questi progetti quando tu ti rendi conto che dopo un percorso, cioè che non significa che è la panacea, cioè hai risolto tutti i tuoi problemi, però quando vedi che comunque i ragazzi magari cominciano, magari anche semplicemente ad esprimere certi certe difficoltà, certi, certi disagi, io credo che quando si comincia a parlarne si è già a buon a buon punto, quando magari ti ferma un alunno “Prof. però ho capito queste cose” oppure ti racconta una cosa personale che che poi cerchi ovviamente di indagare col genitore, perché si tratta sempre di di minori perché poi a volte emergono delle situazioni anche insomma particolari, familiare, quindi delicata, insomma, bisogna stare anche un po’ attenti alla gestione... [Marta, Insegnante].

Anche se non rispecchia esattamente la tematica riportata, è interessante sottolineare come ben quattro intervistati abbiano collegato automaticamente il termine “valutazione”, in riferimento alla domanda sugli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, unicamente al suo significato di giudizio/certificativo degli studenti, esprimendo contrarietà:

No, nel senso che se noi pensiamo di fare un progetto di promozione alla salute non so, con un intervento con delle pratiche, anche con delle esperienze e poi dire ai ragazzi “Produce qualcosa che dopo vi valutiamo”... [Anna, Insegnante].

La considerazione della valutazione come aspetto “negativo” viene chiaramente espressa da uno di loro, il quale ha esplicitamente riportato di vivere con sofferenza e disagio la valutazione certificativa:

Allora ecco la valutazione è la parte più complessa, nel senso che la valutazione è quella parte che io vivo con sofferenza. Nel senso che anche con la mia disciplina, la vivi, io vivo, ho sempre vissuto la valutazione come qualcosa che deve essere legato, dal mio punto di vista, ad una valutazione diffusa, non deve essere legata ad una prestazione, no, anche perché gli atteggiamenti, i comportamenti, come si fa a dire che sono valutabili quando sono poi... il cambiamento, la l'apprendimento è un cambiamento, quindi tante volte i comportamenti non si cambiano nell'immediato, hanno bisogno di tempo per vedere delle modifiche per vedere delle, delle trasformazioni [Giulia, Insegnante].

4.3.1.3 Le esperienze di promozione della salute mentale a scuola: facilitatori e ostacoli ⁴³

Dall’analisi qualitativa descrittiva delle interviste, sono emerse 168 unità di significato, raggruppate in 64 categorie, da cui sono risultati 18 temi principali. Da questi temi sono stati individuati due macro-temi, ossia “Caratteristiche degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola” e “Aspetti che favoriscono e aspetti che ostacolano l’attuazione e la riuscita degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola”, che andremo di seguito a riportare nel dettaglio.

⁴³ Come riportato nel paragrafo “Soggetti e metodi”, ricordiamo che i dati descrittivi emergono dalle interviste semi-strutturate individuali. Considerando ciò, non presenteremo in questo paragrafo dei risultati “quantitativi” (ai quali tutti i partecipanti avrebbero fornito una risposta tra le opzioni disponibili), ma soltanto quello che è spontaneamente emerso dalle risposte dei partecipanti alle domande guida e non ad item strutturati.

Presenteremo ora i risultati di ciascun macro-tema, proponendo degli schemi che semplificano la lettura dei risultati.

Caratteristiche degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio dei quali i partecipanti hanno avuto esperienza a scuola

Obiettivi degli interventi e attività di intervento

Sono stati individuati sette obiettivi di intervento e cinque attività/strumenti di intervento. Nella maggior parte dei casi gli obiettivi degli interventi sono “sviluppare le capacità sociali e interpersonali” e “sviluppare la consapevolezza di sé e degli altri”. In altri casi, gli obiettivi sono “promuovere l’alfabetizzazione e consapevolezza sui temi di salute e salute mentale”, “comprendere l’importanza delle relazioni”; in pochi casi, “lavorare sulle/gestire le emozioni (proprie e altrui)” e “imparare a chiedere e a dare aiuto”. In un caso, infine, l’obiettivo è “promuovere il benessere psicofisico”.

Le attività riportate di questi interventi sono nella maggior parte dei casi art-based e corporee (per esempio, disegno/murales, teatro, concerti, talent, concorso lettura, radio/podcast, tecniche di rilassamento), seguite da discussioni di gruppo e da lezioni frontali. In altri casi, sono descritte delle attività di gruppo/ricreative (per esempio, giochi verbali, giochi fisici). Infine, due partecipanti raccontano di interventi educativi svolti con l’utilizzo della tecnica del role play (si veda, Tabella 3).

Obiettivi	Frequenza, n	Attività	Frequenza, n
Sviluppare le capacità sociali e interpersonali	13	Attività art-based/corporee (disegno/murales, teatro, concerti, talent, concorso lettura, radio/podcast, tecniche di rilassamento...)	5
Sviluppare la consapevolezza di se stessi e degli altri	11	Discussioni di gruppo	4
Promuovere l'alfabetizzazione sulla salute e salute mentale	6	Lezioni	4
Comprendere l'importanza delle relazioni	4	Attività di gruppo/ricreative	3
Lavorare sulle/gestire le emozioni (proprie e altrui)	3	Role play	2
Imparare a chiedere/dare aiuto	2		
Promuovere il benessere psicofisico	1		

Tabella 3. La frequenza (n) degli obiettivi e delle attività degli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola.

Tipologia, destinatari, setting, provider, tempistiche, valutazione degli interventi

Nella maggior parte dei casi, gli interventi educativi che gli intervistati dicono essere stati svolti nelle loro scuole sono quelli che possiamo definire “strutturati”⁴⁴, soprattutto su una specifica tematica (per esempio, sull’affettività, sul bullismo, sul tabagismo), ma anche su un programma strutturato in specifiche unità (per esempio, l’intervento “*Life Skills Training – LST*”). La metà dei partecipanti riportano delle attività “semi-strutturate”, per lo più artistico-esperienziali (per esempio, teatro o creazione Podcast). Infine, quasi la metà dei partecipanti riconosce di svolgere attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti durante e mediante la pratica professionale quotidiana. Nella maggior parte dei casi, i partecipanti riportano di utilizzare nella propria didattica degli approcci/metodi “partecipativi”/art-based; altri, di dedicare dei momenti di ascolto in classe per far emergere le fatiche e le difficoltà degli studenti, partendo da argomenti vicini agli studenti o da esempi della propria vita.

I destinatari principali degli interventi sono tutti gli studenti in maniera generale. Solo un partecipante specifica di coinvolgere solo alcuni studenti in determinati interventi, per motivazioni specifiche (per esempio, studenti con difficoltà a esprimersi liberamente vengono indicati per alcuni progetti che promuovono questo aspetto, come il progetto radiofonico). Alcuni raccontano di aver svolto o partecipato a degli interventi in cui erano coinvolti gli stessi docenti e le famiglie degli studenti. Qualcuno indica poi di aver invitato alcuni studenti di altri istituti scolastici per degli interventi svolti nella propria scuola.

Il setting principale in cui vengono svolti gli interventi è la scuola, sia in aula sia fuori dall’aula. Alcuni interventi vengono svolti sul territorio (per esempio, manifestazioni teatrali e musicali, ecc.). Nella maggior parte dei casi, gli intervistati riportano di svolgere tali interventi all’interno dell’orario scolastico; in pochi casi, in orari extra-scolastici.

Nella maggior parte dei casi, gli interventi sono svolti da esperti esterni alla scuola (psicoterapeuta, psicologo, farmacista, educatore del territorio, ecc.); molti altri, dai docenti (formati e/o con una particolare attitudine/competenza), qualcuno dai docenti con esperti esterni e interni (per esempio, con l’esperto teatrale esterno e con il pedagogo d’Istituto), qualcun altro dai docenti con esperti esterni e i genitori degli studenti. In pochi altri casi, poi, ci sono degli inter-

⁴⁴ Per facilità di lettura dei risultati presentati, utilizzeremo arbitrariamente i termini “strutturato”, “semi-strutturato”, “non strutturato”, per indicare, rispettivamente, gli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio che hanno struttura esplicita (ossia, con dichiarati obiettivi, modalità, tempistiche ecc.), gli interventi educativi che hanno in parte una struttura esplicita e in parte no, gli interventi integrati nella pratica professionale quotidiana.

venti svolti dagli studenti come peer e, in un altro caso, da “testimoni” (per esempio, da personaggi famosi che convivono con una patologia cronica, per la quale sperimentano e si confrontano con il disagio nelle loro vite).

Per quanto riguarda le tempistiche, queste non sono state riportate in maniera chiara. Generalmente, nella maggior parte dei casi, si può parlare di interventi a breve termine e a bassa frequenza (da uno a tre incontri, una tantum); in altri casi si fa riferimento a interventi a breve-medio termine e a medio-alta frequenza (12 incontri al mese per un mese e mezzo), medio-lungo termine e a media frequenza (due incontri al mese per metà anno accademico) e a lungo termine e a media frequenza (due incontri al mese per l'intero anno accademico).

Nella maggior parte dei casi, la valutazione che viene fatta degli interventi è unicamente relativa al gradimento percepito da chi promuove l'intervento. Questo generalmente avviene mediante la compilazione di un questionario o riportando tale percezione oralmente (per esempio, durante le riunioni del gruppo di lavoro). Alcune volte, viene valutata l'efficacia percepita sempre dai provider, mediante una relazione scritta o mediante la compilazione di un “diario di bordo”. Qualche intervistato, inoltre, riporta che la valutazione degli interventi viene svolta dai destinatari, sempre mediante un questionario di gradimento. In un caso, viene riportato l'utilizzo del focus group, che è un tipico strumento per raccogliere le opinioni su un determinato evento formativo. In un altro caso, invece, è indicato che viene svolta una valutazione sul “benessere scolastico percepito”, sia dai docenti sia dagli studenti, in generale, a cadenza triennale.

Le suddette caratteristiche sono schematizzate nel Box 2.

Quali interventi?	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturati (sull'affettività, sul bullismo, sul tabagismo...) • Semi-strutturati (Life Skills Training – LST...) • Non-strutturati (approcci didattici “partecipativi”/art-based, gruppi di discussione...)
A chi si rivolgono?	<ul style="list-style-type: none"> • A tutti gli studenti • Alcuni anche a familiari e docenti • Alcuni anche a studenti di altre scuole
Dove si svolgono?	<ul style="list-style-type: none"> • A scuola • Alcuni durante le normali lezioni (soprattutto nelle scuole a indirizzo artistico/musicale) • Alcuni sul territorio
Chi li svolge?	<ul style="list-style-type: none"> • Figure esterne alla scuola (sanitari, educatori, esperti teatrali, volontari/testimoni) o da queste insieme ai docenti • Docenti (formati) • Pedagogisti dell'Istituto insieme ai docenti • Peer
Con quali tempistiche?	<ul style="list-style-type: none"> • Non sono chiare la durata, la frequenza e l'intensità degli interventi. In generale, si può parlare di interventi: <ul style="list-style-type: none"> - a breve termine ("a spot") - a medio termine (frequenti, ma non per l'intero a.a.)

	- a lungo termine (poco frequenti, ma per l'intero a.a.)
Cosa e come si valuta?	<ul style="list-style-type: none"> • Gradimento percepito con questionario (compilato più dai provider, meno dai destinatari) • Gradimento dei destinatari con focus group • Efficacia percepita dai provider con relazione o diario di bordo • Benessere scolastico percepito da docenti e studenti con questionario

Box 2. Caratteristiche degli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola.

Aspetti che favoriscono e aspetti che ostacolano l'attuazione e la riuscita degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola

Aspetti che favoriscono l'attuazione e la riuscita degli interventi

Più della metà dei partecipanti ritiene che l'integrazione e la continuità degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti nella progettazione scolastica, in maniera sistematica e continuativa, faciliterebbe l'attuazione e la riuscita degli stessi. Metà dei partecipanti, poi, ritiene necessario partire dalla ricognizione delle necessità del proprio contesto e delle risorse a disposizione per poter progettare degli interventi educativi sulle suddette tematiche da attuare a scuola. Qualche partecipante evidenzia come sia molto importante coinvolgere gli studenti nella scelta dei suddetti interventi.

Quasi la metà dei partecipanti considera la formazione del docente come necessaria per favorire l'attuazione e la riuscita di interventi educativi sulla promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti. Una formazione non solo "specificata" su una determinata *pratica* educativa, ma soprattutto relativa al *ruolo* educativo.

Altri partecipanti considerano come fattore determinante l'attuazione e la riuscita di tali interventi soprattutto la presenza di un dirigente scolastico motivato e attento alle tematiche riguardanti la promozione del benessere mentale a scuola. Alcuni intervistati credono, poi, necessario che i docenti siano disponibili e convinti, oltre che formati, dell'importanza di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti. Secondo qualcuno sarebbe utile dare ai docenti un riconoscimento per il lavoro svolto su queste tematiche, non solo economico, ma anche simbolico. Qualcun altro, poi, afferma che a fare la differenza nell'attuazione e nella riuscita dei suddetti interventi sia la volontà di mettersi in gioco e di sperimentare da parte dei suddetti professionisti.

Alcuni partecipanti intravedono nell'apertura della scuola all'esterno un'azione necessaria per l'attuazione e la riuscita di progetti circa il benessere mentale a scuola. Alcuni, per esempio, ritengono che le famiglie abbiano un peso rilevante in questo processo; dunque, è necessario un loro coinvolgimento, sia come destinatarie delle attività sia, più a monte, nella scelta e

nell'organizzazione dei suddetti interventi. Altri credono fondamentale una cooperazione con i servizi socio-educativi e sanitari presenti sul territorio. Qualcun altro, poi, intravede nello “scambio di buone pratiche” e confronto con i professionisti di altri contesti un fattore molto importante per il suddetto scopo.

Le suddette categorie sono state raggruppate in quattro temi, schematizzati nella Figura 2.

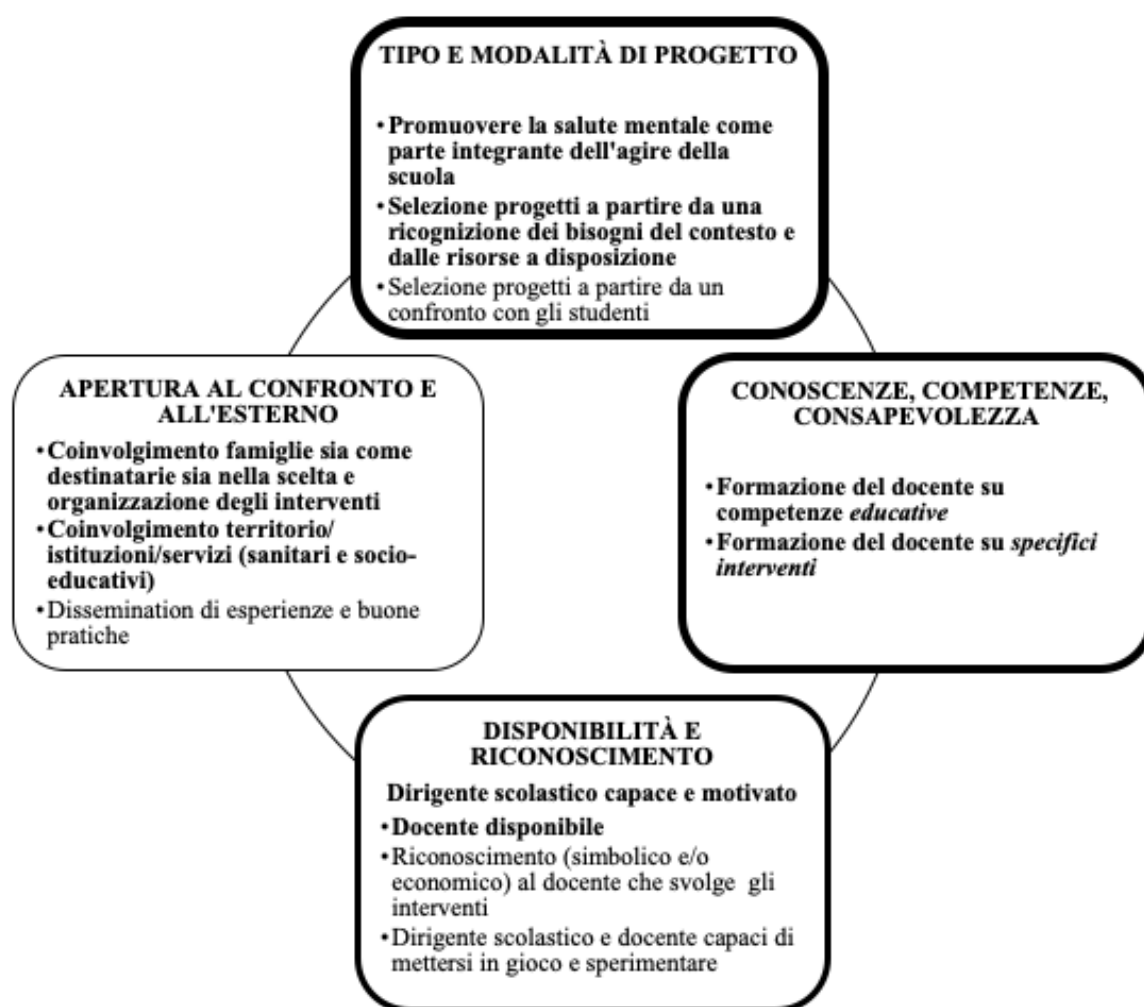


Figura 2. Aspetti percepiti come facilitanti l'attuazione degli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola.

Aspetti che ostacolano l'attuazione e la riuscita degli interventi

Specularmente, la mancanza d'integrazione e continuità degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio nella progettazione scolastica viene considerata da più della metà dei partecipanti un grande ostacolo alla riuscita di tali attività. Altri dichiarano come, molto spesso, i docenti non siano coinvolti nella scelta e nella progettazione di alcuni interventi che vengono proposti a scuola dall'esterno; interventi che rischiano di essere ripetitivi

e poco attrattivi per gli studenti. Qualcuno, inoltre, riconosce come ostacolo il non coinvolgimento degli studenti nella scelta degli interventi.

Alcuni partecipanti sottolineano, poi, come la mancanza di consapevolezza e di formazione da parte dei docenti, sia al loro ruolo educativo sia a specifiche pratiche professionali, non favorisca l'attuazione e la riuscita dei suddetti interventi.

Secondo alcuni, poi, molti degli ostacoli deriverebbero da alcune implicazioni burocratiche (per esempio, sicurezza, massimo ore docenza, uscite e ingressi dal territorio), che ricadono sulla responsabilità del dirigente scolastico, oltre che dalla carenza di risorse economiche da investire in questi progetti.

Qualcuno sottolinea, poi, come sia ostacolante, per l'attuazione e la riuscita di tali interventi, l'assenza di disponibilità e attenzione del dirigente scolastico verso tali tematiche. Inoltre, ritorna come aspetto ostacolante, secondo qualche intervistato, la mancanza del riconoscimento (economico e/o simbolico) ai docenti del loro lavoro sulle suddette tematiche.

Altri intervistati sottolineano come un grande ostacolo all'attuazione dei suddetti interventi educativi sia la resistenza delle famiglie, per esempio, quando non danno l'autorizzazione per lo svolgimento di alcune attività all'esterno – a volte perché vengono considerati come degli ostacoli alla performance dei propri figli (per esempio, perché tolgono del tempo allo svolgimento dei compiti) – o quando si oppongono ad alcune iniziative specifiche della scuola (per esempio, interventi sull'affettività/sessualità).

Le suddette categorie sono state raggruppate in cinque temi, schematizzati nella Figura 3.

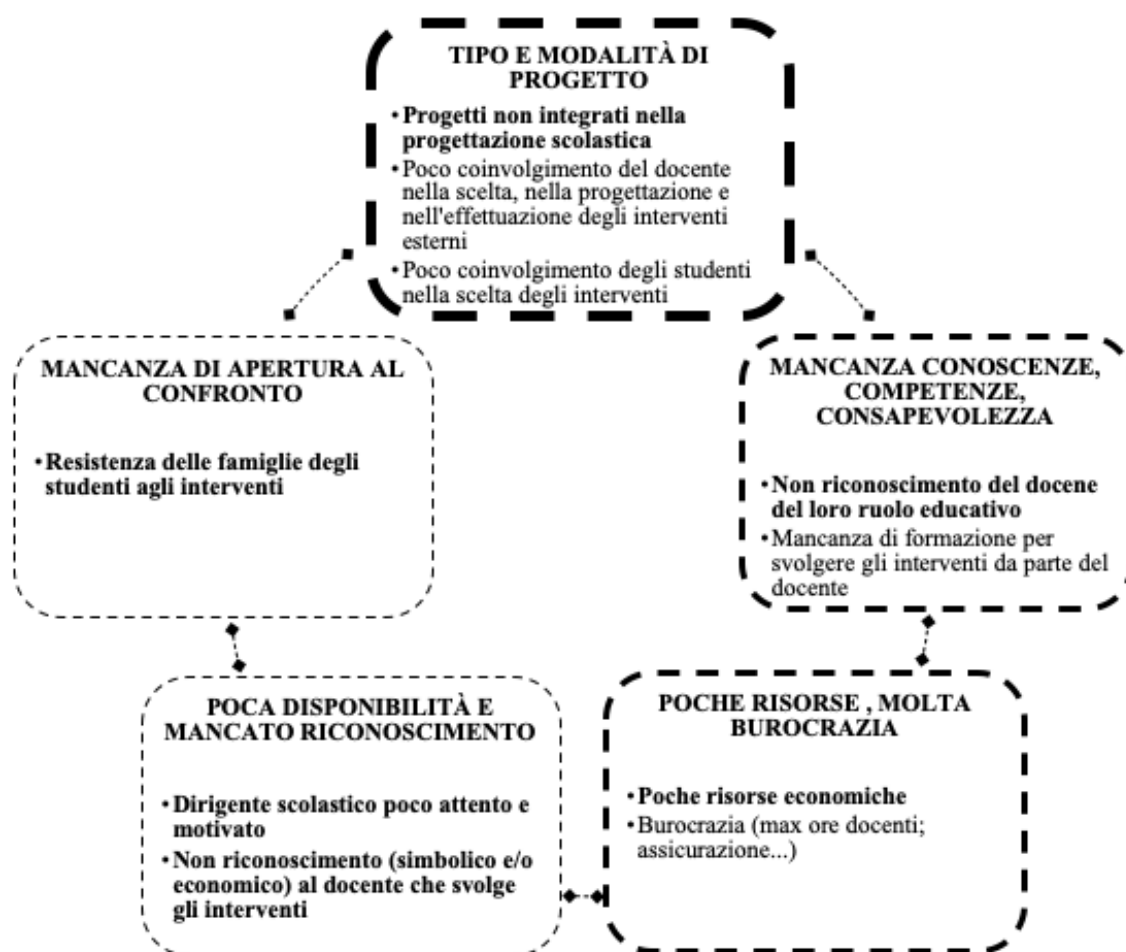


Figura 3. Aspetti percepiti come ostacolanti l’attuazione degli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola.

4.3.2 La voce gli studenti

4.3.2.1 I dati sui partecipanti

Degli 11 potenziali partecipanti, otto si sono presentati all’appuntamento concordato per effettuare il focus group e hanno rappresentato il campione finale dell’indagine con gli studenti.

Nello specifico, hanno partecipato allo studio 4 donne e 4 uomini, aventi, al momento dello studio, un’età media pari a 19,12 anni (Me: D.S.: 0,35; Range: 20-19), frequentanti il quinto anno di una scuola superiore di secondo grado di un Istituto Superiore in provincia di Bergamo. Tre studenti frequentavano l’Istituto Tecnico, tre il Liceo delle Scienze Umane, uno il Liceo delle Scienze Umane – opzione economico sociale, uno l’Istituto Professionale. Presentiamo schematicamente questi dati nella Tabella 4.

Caratteristiche socio-demografiche	Frequenza, n
Età media (D.S.; R.)	19,12 (19; 0,35; 20-19)

Genere	
Femminile	4
Maschile	4
Indirizzo scolastico	
Istituto Tecnico	3
Liceo Scienze Umane	3
Liceo Scienze Umane – opzione economico sociale	1
Istituto Professionale	1

Tabella 4. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti – studenti (N=8).

Gli studenti sono stati suddivisi in due focus group, creando dei gruppi eterogenei per genere, sezione e indirizzo scolastici.

Nello specifico, al primo focus group hanno partecipato cinque studenti, ossia tre donne e due uomini, tutti di età pari a 19 anni, tranne uno studente di 20 anni. Due frequentavano l’Istituto Tecnico in due sezioni differenti, due il Liceo delle Scienze Umane in due sezioni differenti, uno il Liceo delle Scienze Umane – opzione economico sociale. Del secondo focus group hanno fatto parte tre studenti di 19 anni, ossia due uomini e una donna, di cui uno frequentava l’Istituto Tecnico, uno l’Istituto Professionale, uno il Liceo delle Scienze Umane (si veda, Tabella 5).

Tra i partecipanti di ciascun focus group non intercorreva alcun rapporto di conoscenza.

Caratteristiche socio-demografiche	Frequenza, n	
	Primo focus group	Secondo focus group
Età media (Me; D.S.; Range, R.)	19,2 (19; 0,44; 20-19)	19 (19; 0; 19-19)
Genere		
Femminile	3	1
Maschile	2	2
Indirizzo scolastico		
Istituto Tecnico	2	1
Istituto Professionale	0	1
Liceo scienze umane	2	1
Liceo scienze umane – opzione economico sociale	1	0

Tabella 5. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti – studenti (N=8), suddivisi per focus group.

4.3.2.2 Le parole degli studenti sulla promozione della salute mentale a scuola

Dall’analisi qualitativa dei focus group sono emerse 95 unità di significato (*meaning units*) raggruppate in 19 categorie, da cui sono risultati, attraverso ulteriori attività di aggregazione, i seguenti cinque temi principali:

- a. *La salute mentale* e il *disagio* come due facce di una stessa medaglia.

- b. La *scarsa consapevolezza* percepita nel contesto scolastico sui temi della “salute mentale” e del “disagio”.
- c. L'*impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio* degli adolescenti: tra danno e opportunità.
- d. Il *contesto scolastico* come *Giano bifronte*: causa di disagio e potenziale promotore di salute mentale.
- e. La *promozione della salute mentale* e la *prevenzione del disagio* a scuola: tra lavoro ordinario e straordinario, dentro e oltre l'aula.

Presenteremo ora i risultati di ciascun tema, riportando alcune parti di testo originali dei focus group che meglio esprimono i contenuti emersi.

a. La salute mentale e il disagio come due facce di una stessa medaglia

La salute mentale e il disagio vengono considerati da quasi tutti i partecipanti come dimensioni mutuamente esclusive. Alla presenza dell'una svanisce l'altra e viceversa:

Secondo me, sono l'opposto, cioè quando non c'è il benessere mentale ci troviamo in una situazione di disagio, così come quando siamo in una situazione di disagio non ci può essere il benessere mentale, cioè l'uno esclude l'altro [Rosa].

Disagio e salute mentale sono in equilibrio, quindi nel momento in cui c'è questo disequilibrio, l'individuo comunque ha più difficoltà a gestirsi e nel momento in cui uno si trova appunto [a] disagio la salute viene un po' a mancare [Serena].

Nonostante questa diffusa visione “totalizzante”, secondo qualche partecipante, esse non sono condizioni statiche, ma è possibile che mutino anche nel corso della stessa giornata:

Io ovviamente posso avere un periodo in cui sto bene con me stesso/a, quindi mi sento in una situazione di benessere e un periodo magari nel quale mi sento disagio, ma così può avvenire anche nello stesso giorno [Rosa].

In accordo con la suddetta concezione, ossia della salute mentale e del disagio come dimensioni inversamente proporzionali, secondo alcuni il benessere mentale è rintracciabile nello “star bene”, con sé e con gli altri:

Secondo me, benessere mentale [è] la condizione in cui uno si trova bene sia con se stesso sia con gli altri [...] vuol dire riuscire a vivere tranquillamente la propria vita e riuscire a trovare lo spazio per se stessi e anche nelle relazioni con gli altri e riuscire a gestirle in modo tranquillo e normalmente diciamo [Serena].

Al contrario, il disagio viene riconosciuto dalla metà dei partecipanti come condizione in cui ci si sente “fuori luogo”, in un contesto e con determinate persone, il che può portare, secondo alcuni, al volersi “nascondere” e/o voler cambiare posto e relazioni:

Secondo me, [il disagio è] quando ti senti fuori luogo, quando non ti senti nel tuo ambiente o comunque non sei con le persone o... nel posto giusto [Joshua].

Diciamo che credo che il disagio sia un po' la cosa che ti porta a volerti nascondere o a voler cambiare posto, comunque amicizie o persone con cui ti stai relazionando [Fiorella].

Sembra interessante, infine, sottolineare come qualcuno consideri l'affinità di pensiero una variabile importante, quasi imprescindibile, per creare relazione con l'altro, e quindi benessere. L'asimmetria di pensiero viene, invece, associata da qualcun altro alla paura di relazionarsi e, quindi, a un potenziale fattore di disagio:

Ad esempio, puoi avere un... benessere mentale quando parli con la gente con la quale ti trovi bene... degli amici con magari il tuo stesso pensiero con cui sai ragionare; al contrario, ti puoi trovare a disagio con persone che a te non sono gradite e quindi ti fa anche un po' paura il pensiero di questa persona [Matteo].

E... per me il disagio è un momento in cui non riesco realmente a esprimere quello che sono, a essere me stesso/a perché mi trovo di fronte o in una circostanza in cui... so che potrei essere giudicato/a o comunque cambiare il pensiero di una persona che magari con cui magari sto parlando, che può essere un professore, che so... che non è molto... non è molto comprensivo o nei miei confronti o che quello che dico quello che faccio può influire in modo molto negativo su sul suo pensiero su di me [Daniele].

Quanto finora riportato sembra trovare una certa connessione con una concezione generale del benessere come tranquillità e assenza di ansia in ogni situazione:

Benessere mentale vuol dire riuscire a vivere tranquillamente la propria vita... [Serena].

[...] può anche essere in un momento in cui uno/a è totalmente solo/a, in qualsiasi momento della giornata, dove presenta uno stato di tranquillità e benessere con se stesso/a senza avere pensieri che gli mettono tensioni [Daniele].

[...] per me è non essere stressati, cioè riuscire a fare le cose con tranquillità [Carmen].

[...] quando vivi con tranquillità e non hai ansia di quello che può succedere o quello che sta succedendo [Joshua].

[...] essere tranquilli in ogni situazione che si vive, sia scolastica che familiare, in generale [Fiorella].

Anche se in pochi casi, sembra emergere, inoltre, una concezione più "proattiva" del benessere mentale, quando questo riconosciuto come derivante anche dall'aver delle abilità, come la capacità di affrontare delle situazioni oppure quella di saper prendere delle decisioni:

Benessere mentale è non essere preoccupati di una determinata situazione, perché sappiamo che ce la faremo ad affrontarla [Hossain].

[...] per me è arrivare a quel punto per il quale si riesce a prendere sempre una decisione giusta e vivere tutto serenamente [Matteo].

Per quello che riguarda il disagio, i partecipanti tendono a riconoscere nel contesto esterno la causa del disagio; quindi, il disagio non sembra essere collegato a caratteristiche personali:

Secondo me [il disagio] dipende dalle situazioni, cioè non dipende dalla persona in sé [...] nel momento in cui io mi sento così, no, nel momento in cui io sono una persona, quindi riguarda più l'ambiente, la situazione in cui sono inserita, piuttosto che le caratteristiche personali e del carattere [Rosa].

b. La scarsa consapevolezza percepita nel contesto scolastico sui temi della “salute mentale” e del “disagio”

Molti partecipanti considerano la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio dei giovani una necessità, a scuola e non solo:

Secondo me, si deve promuovere il benessere mentale, non è che si può, si deve, deve essere sempre promosso [Rosa].

[...] ho pensato la stessa cosa, cioè nel senso, ma anche soltanto in ambito scolastico [Carmen].

Il benessere mentale, oltre che a scuola, dovrebbe essere promosso in generale sempre, perché... abbiamo bisogno di star bene con... con la nostra mente sempre non solo a scuola [Joshua].

Io credo sia molto importante promuovere il benessere mentale in ogni campo della vita possiamo dire [Fiorella].

Tale aspetto viene indicato come carente da alcuni partecipanti; essi, infatti, rilevano uno scarso impegno e interesse verso queste tematiche, anche nel proprio contesto scolastico:

Beh, già di per sé i mezzi che usa la scuola per sul sull'argomento sono nulli [Hossain].

Non non si fa molto sul benessere mentale, quindi... [Serena].

Infine, qualcuno percepisce come insufficienti la conoscenza e la consapevolezza sulla salute mentale:

Secondo me, proprio l'intera salute mentale ha poche informazioni a riguardo, cioè molto spesso si tende a tralasciare ciò che succede [Rosa].

Promuovere la consapevolezza, oltre che l'accettazione e la comprensione delle problematiche proprie e altrui, sembra essere riconosciuto dalla maggior parte dei partecipanti come il primo passo per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio dei giovani. Nello specifico, alcuni dei partecipanti credono che il benessere possa nascere dall'immedesimazione delle situazioni e problematiche altrui; in altre parole, dall'essere empatici:

“Mettiti nei miei panni”, perché se se ci si immedesima nell'altra persona si pensa a ciò che vorrebbe o sta vivendo, non non gli si, non è, non non lo si, non lo si ostacolerebbe ancora di più [Joshua].

Altri partecipanti ritengono che il benessere mentale possa derivare anche dalla consapevolezza di avere un precario benessere mentale, nonché, sembrerebbe, dall'accettazione che si può “non stare bene”:

L'essere consapevoli di non avere una situazione di benessere è [è un modo per] cercare comunque di risolverla in un qualche modo [Rosa].

“Va bene non stare bene...” [Hossain].

Altri studenti, inoltre, credono necessario per il suddetto scopo, innanzitutto, comprendere le cause del malessere:

E... secondo me, in primo luogo bisogna capire anche il perché di come ci si sente e, in questo modo, trovare anche la giusta via per affrontare il proprio benessere [Serena].

È importante capire le cause, il perché, ma anche la personalità della stessa persona che sta soffrendo [Rosa].

c. L'impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio degli adolescenti: tra danno e opportunità

Il Covid-19 è stato considerato da alcuni partecipanti come un evento che ha portato a un peggioramento del proprio benessere, soprattutto dovuto a una maggiore difficoltà della propria capacità organizzativa, in generale e relativa alla prestazione scolastica, causando in loro disagio:

Ad esempio, anche la pandemia ha creato e continua a creare delle problematiche all'interno soprattutto dei giovani e quindi si fa un po' più fatica anche a gestire e organizzare quella che è la propria vita [Serena].

Anche per quanto riguarda lo studio, sono calata tantissimo durante la pandemia. Cioè dicevo "Vabbè, ma tanto sono a casa". Però, alla fine, cioè poi si è visto nel senso. Poi quando sono dovuto/a ritornare a scuola non ero quasi neanche più capace di studiare. Quindi sì, l'ha decisamente peggiorata [la salute mentale] [Rosa].

Qualcuno ha, infatti, avvertito un aumento del peso delle problematiche da affrontare; qualcun altro ha esplicitamente riconosciuto un aumento del disagio dovuto, invece, alla fatica a relazionarsi con gli altri:

Vedo nella mia classe comunque per me, ma penso per tutti gli studenti, che dopo la pandemia, cioè è proprio una situazione pesante e comunque è una situazione nuova... anche gli studenti si sono trovati ad affrontare problemi nuovi [Serena].

A parte che i rapporti in generale con la classe, con i compagni sono completamente cambiati dopo la pandemia, appunto perché non vedendoci tutti i giorni in classe è cambiato, o almeno con alcuni, e poi in generale i rapporti con gli altri sono cambiati perché dal vederli tutti i giorni, uscire tutti i giorni al non vedersi più per mesi ha comunque intaccato diciamo. Poi anche il dover stare da soli tutto il giorno a casa, cioè l'ha resa un po' difficile... [Rosa].

Qualche partecipante, inoltre, ha sottolineato il dispiacere di aver perso, a causa del Covid-19, alcuni dei momenti importanti e non recuperabili "da adolescenti":

Boh, io tante volte penso anche un po' al fatto di aver perso vari momenti, nel senso che comunque... e adesso si sta un po' recuperando, ovviamente si sta un po' riaprendo le cose, però non ho avuto diciamo degli anni, non abbiamo avuto perché comunque degli anni proprio da adolescenti, nel senso stare chiusi in casa e non era proprio il massimo ecco... [Carmen].

Dalle dichiarazioni di un altro partecipante è emersa esplicitamente, inoltre, la consapevolezza circa un generale peggioramento della salute mentale dei giovani, soprattutto dovuto all'aumento di sintomi di ansia e depressione:

[Il] benessere mentale è diventato sempre più importante, perché comunque ci ci sono dei dati che dicono proprio che dopo la pandemia i ragazzi hanno affrontato più problemi di ansia e di depressioni [Serena].

Tale consapevolezza sembra essere connessa a un aumento della percezione da parte di alcuni partecipanti dell'importanza della promozione della salute mentale e prevenzione del disagio dei giovani (già emersa nella tematica "B. La scarsa consapevolezza percepita nel contesto scolastico sui temi della 'salute mentale' e del 'disagio'"):

[...] quindi, parlare di benessere mentale [dopo il Covid-19], promuovere attività per gli studenti, secondo me e secondo penso un po' per tutti, è importante [Serena].

La promozione della salute mentale e prevenzione del disagio dei giovani, secondo qualcuno, passano anche dalla presa di coscienza dei docenti che per favorire queste due dimensioni è importante garantire il giusto bilanciamento del carico di lavoro e la delimitazione della scuola e relativi impegni ai suoi consueti orari e giorni:

Durante la pandemia, comunque, anche in quest'ultimo periodo, dove possiamo dire che siamo ritornati un po' alla normalità, secondo me non è del tutto vero, perché comunque, con l'utilizzo delle videolezioni di classroom eccetera, anche adesso, per quanto riguarda la mia situazione, i professori ci vogliono disponibili anche per per l'email, per i compiti, eccetera, durante tutta la giornata, mentre magari prima l'orario scolastico era dalle 8 della mattina alle 2 del pomeriggio, mentre adesso ci caricano i compiti anche il pomeriggio alla sera o i materiali che comunque dobbiamo guardare per il giorno dopo il giorno prima, senza magari dirci nulla in classe. Quindi, secondo me, questa cosa della della salute mentale, cioè deve essere un po' rivista [Fiorella].

Quest'ultima affermazione sembra essere un richiamo a quanto rilevato da alcuni dei partecipanti circa il comportamento dei propri docenti durante e dopo le varie chiusure della scuola dovute al Covid-19. Dalle parole di alcuni di loro, infatti, sembra che ci sia stato un debordamento della scuola nella vita degli studenti, ossia un maggior carico di lavoro, anche oltre l'orario scolastico, oltre i giorni scolastici. Tali abitudini sembrano essere state mantenute dopo il Covid-19, le quali hanno comportato per qualcuno un adattamento unidirezionale (ossia da parte dello studente verso il docente):

Soprattutto in questo periodo ci sono state situazioni anche nella mia classe dove magari durante le ore scolastiche non riuscivamo a fare magari il tema di Italiano, perché avevamo bisogno di di più ore, magari di quattro ore... e [il docente] non voleva utilizzare le sue ore, perché magari il professore doveva spiegare, dovevamo collegarci comunque in video lezione al pomeriggio... E magari se qualcuno doveva... qualcuno di noi magari doveva andare a lavorare c'è stato detto che non era, cioè che era più importante la scuola invece che andare a lavorare, quando cioè è un po'... fa un po' ridere come situazione [Fiorella].

Ultimamente, cioè dopo la pandemia, i professori hanno iniziato a metterci compiti dopo scuola ed è capitato di darci consegna anche per la domenica, il che mi sembra eccessivo, anche perché come già detto, abbiamo una vita sociale, già vengo a scuola sei giorni su sette, pure la domenica pensare a scuola non mi sembra il caso [Joshua].

Qualche partecipante sottolinea, inoltre, come siano aumentate le prove di valutazione (certificativa) al rientro dalle varie chiusure scolastiche dovute al Covid-19, il che ha creato ulteriore disagio degli studenti:

Durante la pandemia, nell'ultimo periodo, c'è stato, cioè ci sono stati dei mesi dove magari andavamo tre giorni alla settimana e tre giorni invece li facevamo in DAD e le verifiche venivano messe esclusivamente i giorni in classe. Il problema è che poi si è venuto, cioè a formare... cioè è successo che all'interno di una giornata di 5 ore avevamo 5 ore di verifiche... E quindi, cioè noi non sapevamo come fare [Rosa].

d. Il contesto scolastico come Giano bifronte: causa di disagio e potenziale promotore di salute mentale

Da tutti i partecipanti i docenti sono percepiti come dei “giudici” e “valutatori”, soprattutto a livello personale e nell’accezione negativa dei termini e, di conseguenza, come causa di disagio – in accordo, sembrerebbe, con quanto emerso nella tematica precedente. Nello specifico, molti di loro ribadiscono più volte di percepire un malessere derivante dal sentirsi giudicati in maniera negativa dai propri docenti quando si hanno degli interessi o impegni oltre la scuola; probabilmente, come uno di loro ci tiene a precisare, perché i docenti credono che ciò equivalga a disinteresse e disimpegno da parte degli studenti verso la scuola:

Io molto spesso e sono via da scuola per le gare che devo fare... E tante volte vengo giudicato/a, magari da vari professori, che magari quella verifica mi va male, ma perché magari non so, non non ho capito bene l'argomento... “È noto fai tutt'altro oltre che a fare la scuola...” e tante volte vengo anche giudicato/a per questa cosa [Carmen].

Come stan dicendo i miei compagni, cioè è giusto, innanzitutto cioè... bisogna sottolineare che quello che stiamo dicendo non voglia dire che noi non vogliamo studiare, non vogliamo far scuola, perché poi se noi facciamo questi discorsi con i professori dicendo “Guardi, io lavoro, guardi io io penso che vorrei anche uscire” loro pensano che non vogliamo studiare, che non abbiamo voglia di fare qualcosa, che la scuola non ci interessa. Però, dal mio punto di vista, che tante volte mi fa arrabbiare con i professori mi fa... crea situazioni di disagio, per altri è proprio questo, perché non capiscono che se una persona dice “Voglio un attimo di di pausa” non vuol dire che non voglio studiare, non vuol dire che io sia contro la scuola o contro il professore che mi sta dando questo compito, però è il fatto che loro devono anche capire che non c'è soltanto la scuola [Matteo].

Il docente viene percepito da alcuni studenti come la figura scolastica che più di tutti crea disagio:

[...] innanzitutto parecchie situazioni di disagio che si creano a scuola sono determinate dalla dal dalla figura del professore [Matteo].

Dagli stessi partecipanti il “distacco relazionale” tra docente e studente viene indicato come un modo per garantire una valutazione oggettiva della “performance” e non dello studente. Secondo uno di loro, infatti, questi professionisti tendono a esprimere col voto un giudizio della persona, quindi, dello studente e non della prova, il che provoca disagio:

A me piacerebbe che, personalmente ovviamente, che ci sia un po' più un distacco, cioè nel senso un po' più come nelle università, nel senso che il professore... non è che ti conoscono proprio come persona [...] nel senso spiegano la loro lezione te la fanno capire però non è che tante volte, magari... A noi capita che, almeno nella mia classe, tante volte tu hai preso quel voto la prima volta "Bene tu [dice il suo cognome e nome], nel mio caso sarai sempre quel voto". E ed è capitato in molti ambiti. Invece, poi, secondo me, se questa persona, nel senso, il professore non mi conoscesse così bene, magari mi valuterebbe più sul sulla, cioè nel senso sulla mia verifica, sulla mia interrogazione, non più di tanto sul mio carattere e su tante altre cose [Carmen].

Questo sembra essere in linea con la visione di qualche altro partecipante, che crede che il disagio nasca nei luoghi e dalle persone nei quali e da cui ci si sente giudicati e valutati, come la scuola e i docenti:

Io credo che in generale i luoghi in cui ci sentiamo più a disagio sono i luoghi dove sappiamo di essere giudicati o valutati in qualche modo e dipende anche da come io mi sento con una persona, perché se io sono tranquillo con la persona che ho davanti non ho paura di essere giudicata, valutata e quindi sono tranquillo/a e non nasce questo disagio [Fiorella].

Alcuni di loro considerano le verifiche, oltre che il carico di studio, come potenziali cause di disagio; qualcun altro, invece, esprime di sentirsi giudicato dai docenti non solo nel momento in cui una verifica va male, ma anche quando un argomento non viene compreso e quindi viene loro chiesto un chiarimento:

Sì, un esempio è magari quando... ma un esempio banale, magari non capiamo, anche personalmente non capisco una cosa e quindi chiedo tante volte. Magari sembra quasi che sei in torto o magari ti risponde in una maniera che ti fa sembrare diciamo un po' più stupido per usare una parola... però... rispetto agli altri compagni, quando in realtà nel senso mi sembra che siamo a scuola apposta per questo [Carmen].

Questo atteggiamento di chiusura dei docenti può provocare, secondo qualche partecipante, demoralizzazione e disagio negli studenti, così come, secondo un altro, l'essere a priori e superficialmente etichettati da loro negativamente:

E che, nel senso, che magari per... ci sono persone che si comportano in un certo modo e c'è un perché di questo, di questo comportamento, però il... molti professori o il, comunque gli organi scolastici sono più impronti a guardare il lato negativo nel senso "Si comporta così perché è pigro, perché così...", cioè la fanno facile. Non approfondiscono, non cercano di capire il perché o il come aiutare lo studente [Hossain].

La mancanza di interesse dei docenti nella comprensione delle "vere" problematiche degli studenti, così come il considerarle di poco conto, induce gli studenti, secondo alcuni, a non aprirsi, creando, così, disagio:

Beh, spesso gli insegnanti non non sono magari aperti al dialogo con gli studenti e non capiscono quelle che sono le vere problematiche degli studenti, oppure li caricano di studio, di verifiche, interrogazioni e quindi si accumula lo stress e gli studenti magari cercano di seguire i ritmi scolastici, ma... E di seguire quello che dicono gli insegnanti... ma non è facile perché ci sono periodi in cui, ad esempio, si è carichi di verifiche, interrogazioni e quei periodi sono particolarmente pesanti [Serena].

In accordo con quanto appena emerso, un contesto classe e un docente disponibili al dialogo e di supporto, piuttosto che giudicanti, sono considerati da tutti i partecipanti importanti per promuovere il benessere mentale e prevenire il disagio degli studenti:

Secondo me, è importante tanto anche il dialogo, il confronto con gli insegnanti e comunque con le altre figure e andare incontro un po' quelli che sono i bisogni e le esigenze degli studenti, andare a capire veramente di cosa hanno bisogno, quali sono le problematiche, per quello che è stata la mia esperienza scolastica, andare incontro alle problematiche degli studenti, alle loro esigenze [Serena].

C'è un professore che sinceramente nel senso rende le lezioni molto, molto, molto più piacevoli [...]. Poi puoi parlare tranquillamente di tutto e non non c'è nessun problema [Carmen].

Non solo, sembra emergere da più partecipanti, anche se con sfumature diverse, l'esigenza di ricevere attenzioni dai docenti circa le loro esigenze, problematiche, preoccupazioni, nonché di percepire che le loro problematiche e le loro "voci" siano importanti per tali figure:

"Essere ascoltati", forse... cioè nel senso che la nostra parola possa almeno valere un po' come anche quelle delle persone che magari sono... che si pensano che siano più importanti di noi, come i professori magari... invece la nostra parola che sia ascoltata anche un po' di più [Carmen].

Per promuovere il benessere mentale e prevenire il disagio degli studenti è, inoltre, importante, secondo alcuni, che i docenti aiutino gli studenti a riflettere sulle loro problematiche per trovare dei modi per affrontarle, come a saper gestire i propri sentimenti:

Sicuramente metterei come prima cosa, di fronte ai ragazzi i problemi... più persistenti con cui si possono riscontrare anche loro e anche quelli più gravi per far nascere il loro del dell'interesse su su questo in questo ambito [Daniele].

È importante [...] trovare dei modi per affrontare queste problematiche e per aiutare gli studenti [Serena].

Dunque, sembra essere emersa con forza, dalle voci dei nostri partecipanti, l'importanza della figura del docente nel promuovere il benessere mentale e previene il disagio degli studenti, ma anche il suo impatto nel produrre disagio. In accordo con questo, viene riconosciuta da quasi tutti i partecipanti la necessità delle competenze "educative" del docente. Nello specifico, alcuni di loro credono indispensabile che la scuola assuma i propri docenti non solo sulla base delle loro competenze disciplinari, ma anche di quelle educative, che non sempre tali figure sembrano avere:

La scuola dovrebbe andare a selezionare, diciamo, meglio i professori, perché c'è chi si basa soltanto sulla teoria, noi studiamo e... però, non pensano anche alla persona. Loro devono andare avanti con il loro programma e devono farti capire come si sta al mondo [Matteo].

Alcuni partecipanti, non gli stessi, percepiscono questa mancanza nell'asimmetria sul piano umano nella relazione tra sé e i docenti:

Quindi, per esempio, con un gruppo di amici, cioè potresti non avere questo disagio perché sei in tranquillità, sai che non vieni giudicato, mentre magari a scuola, quando davanti hai delle figure più importanti tra virgolette, potresti avere questa sensazione... [Fiorella].

Il ruolo dell'educazione sembra emergere come necessario per promuovere il benessere mentale e previene il disagio degli studenti; questo può essere rilevato da alcune delle loro affermazioni, nelle quali, a tal proposito, i partecipanti riconoscono l'importanza della "capacità di aiutarti a riflettere su come si sta al mondo" (si veda infra [Matteo]) o anche della riflessione su un'esperienza, da un altro, ancora, non della "eliminazione delle difficoltà", quanto piuttosto di supporto al raggiungimento dell'autonomia:

Più che più che altro ci starebbe che in questi periodi carichi [i docenti] ci dessero i mezzi [...] cioè alleggerire il carico non ci sta perché comunque ti devi abituare, piuttosto che ti aiuti e pian piano toglie le rotelle [Hossain].

Tutto questo sembrerebbe, dunque, favorire la promozione del benessere mentale e prevenzione del disagio degli studenti, nonché la creazione di un ambiente classe confortevole; un contesto classe "stressante", al contrario, potrebbe essere, secondo qualcuno, la causa della scarsa partecipazione e del disinteresse degli studenti verso la disciplina del docente:

Io ho avuto esperienze personali con professori che, non dico che mi ha messo a disagio, però, hanno fatto nascere una situazione di stress con la scuola o quando avevo le loro lezioni non non non mi veniva completamente voglia di parlare di... di interagire all'interno della lezione, quindi... [Matteo].

Il contesto scolastico viene percepito da alcuni partecipanti come un luogo di disagio scisso dalla vita e in cui non voler stare. A tal proposito, qualcuno sembra percepire la vita fuori e la scuola come un'altra cosa; qualcun altro ci tiene a sottolineare che fortunatamente gli studenti hanno una vita fuori dalla scuola:

Perché a volte i professori non capiscono che oltre la scuola abbiamo anche una vita sociale, abbiamo altro da fare e ci caricano di lavoro da fare senza pensare, appunto, anche al nostro benessere [Joshua].

[...] nel senso che non esiste soltanto la scuola, almeno dal mio punto di vista, è una cosa importante, però, cioè se vivessimo di di scuola e basta, almeno io impazzirei [Carmen].

Alcuni partecipanti, inoltre, esprimono il loro malessere nel dover andare e stare a scuola, poiché è considerata un luogo di stress e disagio; da uno di loro la scuola è considerata come il posto di maggior disagio rispetto ai contesti familiare e amicale:

È proprio il luogo in sé che boh, almeno a me, personalmente, tante volte la mattina mi sveglio e dico perché ci devo andare? Ma non tanto per i miei compagni, ma è proprio... È un luogo che boh mi, mi dà anche tanto stress e tanto disagio [Carmen].

Connesso a quanto appena riportato, la metà dei partecipanti sembra riconoscere il "il circolo vizioso" del disagio, nel senso che alcuni di loro considerano una situazione di disagio a

scuola un catalizzatore del disagio familiare/esterno alla scuola; allo stesso modo, altri ritengono che una situazione di disagio familiare/esterno alla scuola sia un catalizzatore del disagio a scuola:

[...] perché alla fine se vivi una situazione che ti dà disagio è un po' come se te lo portassi dietro, anche semplicemente per tutta la giornata, cioè se magari la mattina succede qualcosa a scuola, fino a quando non vai a letto la sera o magari anche il giorno dopo che hai gli stessi compagni in classe, gli stessi professori, quella situazione di disagio la vivi ancora e va avanti fino ad accumularsi [Fiorella].

Dunque, oltre alla scuola, anche i contesti familiare e amicale emergono per la prima volta come possibili luoghi di disagio; per un partecipante, i maggior luoghi di disagio:

Io, al contrario degli altri, più che la scuola il luogo in cui mi sento più a disagio, penso sia proprio nella mia famiglia, però, comunque, certe cose poi si riversano anche all'interno della scuola. Quindi come non riesco a star bene magari a casa, così non riesco a star bene a scuola, però [...] alla fine la scuola inizia e poi finisce e io torno a casa. Mentre l'amicizia, la famiglia continuano per tutto il tempo e quindi penso... cioè a me influenza più negativamente quell'aspetto piuttosto che la scuola [Rosa].

Dalle parole di questo partecipante, il distacco della vita dalla scuola, che è circoscritta a tempi e spazi definiti, funge da “protettore” dal disagio, poiché dalla scuola si può “fuggire” a differenza del contesto familiare e amicale.

Una categoria emersa rispetto ai docenti e al disagio (motivo per cui viene collocata all'interno di questa tematica), è il riconoscimento da parte di alcuni partecipanti di un disagio “sperimentato” dai docenti. Questi vengono percepiti come “a disagio”, poiché ansiosi di concludere il programma e di svolgere delle verifiche oppure perché incapaci di sapere “come si sta al mondo”; e ancora, tali figure (soprattutto se alle prime armi) sono viste come coloro “messe a disagio” dagli stessi studenti:

[...] tante volte, anche loro ci dicono che preferirebbero invece che fare verifiche, interrogazioni proprio creare questi momenti di dialogo, in cui noi studenti partiamo da alcune tematiche, poi ci confrontiamo tranquillamente con loro, quindi non vanno a creare quella pressione del “Sì, devo seguire il programma e per forza e se non lo finisco non va bene” [IFG-S].

e. La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola: tra lavoro ordinario e straordinario, dentro e oltre l'aula

Più della metà dei partecipanti tende a leggere negli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio “laboratoriali” e/o esperienziali di gruppo, sia nel contesto scolastico sia “nell’extra-scuola”, il potenziale di promozione di un clima di relazione e di benessere in classe, nel quotidiano. Per esempio, alcuni di loro intravedono nelle gite scolastiche l’opportunità di relazionarsi in modo diverso non solo con i pari, anche di altre classi, ma anche con i docenti:

Secondo me, anche le gite, anche se con il Covid non ne abbiamo fatte praticamente, sono un modo comunque di conoscere meglio sia i compagni che i professori, perché in gita molti professori sono molto diversi rispetto a come sono a scuola [Joshua].

Alcuni studenti, infatti, auspicano un aumento di interventi/attività “dedicate”, che promuovano la relazione tra i pari e con i docenti, sia in classe sia fuori dalla classe:

[...] facciamo che un giorno a settimana scolastica, invece di far lezione si fanno attività che puntano a far fare proprio amicizia tra gli studenti della stessa classe e anche magari anche con i professori, così per renderli rendere il tutto più fluido, più più affiatati, più coordinati [Hossain].

[...] quindi creare delle attività dove i ragazzi possono incontrarsi, creare delle relazioni, dei rapporti, ma anche un po' dare più spazio, anche le passioni o interessi dei ragazzi, quindi creare anche i... capire un po' cosa preferiscono fare i ragazzi... creare magari dei laboratori pomeridiani [Serena].

Anche le attività peer-to-peer, dedicate alla discussione delle problematiche degli studenti a scuola, sono riconosciute da qualcuno come promotrici di un benessere di relazione e conoscenza tra i compagni della stessa classe:

Secondo me sono stati occasioni in cui ci si poteva confrontare tranquillamente, liberamente, in cui si poteva dialogare e quindi situazioni anche abbastanza informali e libere, dove si poteva discutere liberamente e secondo me sono stati comunque molto utili [Serena].

In generale, poi, secondo qualcun altro, gli interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti devono essere svolte in gruppo e non dirette alla persona:

Io, ah vabbè, a parte un po' tutto quello che abbiamo detto noi tutti, principalmente nelle attività cercherei di non andare a fare delle domande dirette o attività dirette alla persona e a giudizi personali, ma fare delle attività un po' più generali, un po' più coinvolgenti dal punto di vista di lavorare in gruppo, pensare insieme, ma non giudicare insieme, creare situazioni in cui una persona possa avere idee contrastanti, ma creare un dialogo, rendere tutto più semplice senza appunto riguardare la persona diretta [Joshua].

Sembra poi riemergere il richiamo per il docente da parte dei partecipanti di dare importanza alle loro “voci”. Alcuni di essi, infatti, riconoscono come docente che promuove benessere degli studenti colui che è interessato alle opinioni degli studenti e aperto alla riflessione e discussione su un dato argomento, così come il docente disponibile ad aprire una finestra spazio-temporale durante la lezione di dialogo su argomenti “vicini” agli studenti:

Io ho degli insegnanti che si spiegano i propri programmi seguono i programmi, però danno tanta importanza quello che pensiamo noi, come... chiedono la nostra opinione o sono sempre aperti al dialogo, al dibattito, quindi, anche quando affrontiamo determinati argomenti e... ci chiedono sempre la nostra opinione e ci dicono di parlare... [Serena].

Viene, inoltre, considerato come promotore del benessere degli studenti anche il docente che, mediante il suo insegnamento, promuove una riflessione su tematiche sociali che hanno origine nel passato, ma che vengono calate nel contesto classe odierno:

[...] abbiamo una Prof. di Inglese che ha... ad esempio stavamo stavamo affrontando il la storia americana e abbiamo passato il la parte di Martin Luther King e insomma la parte del razzismo come... e lei, al contrario di molti professori che hanno, sì, affrontato l'argomento, ma nel senso era più una tappa che... lei invece, si è proprio soffermata e ci ha... cioè ci siamo soffermati sull'argomento, così essendo comunque... perché ci sono un po' di stranieri in classe c'è stato un un buon riscontro, cioè ma io... ha fatto piacere, diciamo [Hossain].

Anche le modalità didattiche sembrano avere per alcuni un ruolo importante nel rendere le lezioni dei docenti interessanti e vicine al modo di apprendere degli studenti, e, di conseguenza nel promuovere benessere mentale e prevenire il disagio di questa popolazione:

[...] ad esempio, ogni tanto per spiegarci storia e, non lo so, ci fa vedere i meme, ci spiega storie, facendo così, per esempio. Oppure magari parla di tematiche un po' più vicine a noi... stacca un po' la lezione con varie cose, nel senso non ti pesa ed è anche divertente come cosa [Carmen].

4.4 Discussione: mettendo in dialogo i risultati con la letteratura

4.4.1 Un'analisi critica delle interviste agli insegnanti e ai dirigenti

Lo studio qualitativo che abbiamo condotto con un gruppo di insegnanti e dirigenti scolastici delle scuole superiori ha cercato di esplorare le rappresentazioni, le riflessioni, i vissuti di questi professionisti circa la salute mentale e il disagio degli adolescenti, nonché le loro esperienze sulla promozione e prevenzione di queste dimensioni a scuola. Da questa indagine sono emerse delle interessanti tematiche, che andremo a discutere nel dettaglio.

La rappresentazione degli adolescenti: tra “apparenti” nuove opportunità e “reali” crescenti fragilità

Generalmente, sembra emergere una visione degli adolescenti da parte dei nostri intervistati che colloca questa popolazione in una contemporaneità che è, allo stesso tempo, sia apparentemente ricca di nuove opportunità sia caratterizzata da reali crescenti fragilità. I partecipanti alla ricerca, infatti, sembrano restituirci una rappresentazione di giovani “fragili”, che non riescono a cogliere le diverse opportunità che la società del nuovo millennio sembra offrire loro. Ciò perché questi ultimi non sembrano avere gli strumenti per capire come afferrarle, per comprenderne lo scopo, ma anche perché sembrano essere soffocati dalle tante aspettative che gli adulti ripongono in loro (Bruzzone, 2018). Sembrerebbe crearsi, così, un “effetto paradosso”, per cui la società odierna, che si propone come “più ricca” rispetto al passato, è, allo stesso tempo, una società che blocca il giovane in un presente estremamente complesso. Sembra emergere, dunque, l'immagine di un adolescente “incapace di agire”, direbbe Galimberti ([2007] 2008), o anche come una “freccia ferma”, come dice Ammaniti (2018).

L'antitesi appena esposta si riflette su un'altra rappresentazione che emerge dalle interviste, ossia quella dell'adolescente, che potremmo definire "fragile e spavaldo" (Pietropolli-Charmet, 2008), ossia di un adolescente che tende a dimostrarsi più adulto, più forte, più invincibile, ma che, in realtà, viene percepito come più vulnerabile alle minime e umane difficoltà della vita, perché intollerante alle frustrazioni (Bruzzone, Fizzotti, 2005). Questo è in linea con la visione di diversi autori contemporanei, secondo cui, oggi giorno assistiamo a un'adultizzazione sempre più precoce dei ragazzi e delle ragazze, i quali vengono "catapultati" bruscamente in una realtà adulta, senza, tuttavia, avere avuto prima l'opportunità di acquisire dagli adulti gli strumenti e le competenze per affrontarla, governarla e attraversarla (Recalcati, 2013; Ammaniti, 2018; Cornacchia, 2019).

Gli adulti più che figure di riferimento, sono percepiti dai giovani, secondo alcuni dei nostri intervistati, come dei valutatori. Una valutazione che gli adolescenti avvertono in maniera negativa, costantemente e quotidianamente, e che, quindi, non accettano. Tutto questo sembra confermare la concezione di vari studiosi, secondo cui i ragazzi e le ragazze di oggi non sono stati allenati dagli adulti a sperimentare anche il fallimento, ma solo a essere i migliori e sempre vincenti, a maturare la convinzione di poter essere tutto ciò che si vuol essere e di poter avere tutto ciò che si vuol avere (Benasayag, Schmit, 2003/2004; Bruzzone, 2018). Ne consegue che, qualora il fallimento dovesse avvenire, questo si tradurrebbe automaticamente nell'"essere dei falliti" (Palmieri, 2013c; Boarelli, 2019). Dunque, secondo qualche intervistato, piuttosto che affrontare questo rischio, gli adolescenti non agiscono e si rendono passivi e sempre più immobili in un mondo adulto che sceglie per loro; un mondo dove non c'è nulla a cui opporsi poiché i valori su cui esso si basa sono stati svuotati di senso (Massa, 2000; Galimberti, [2007] 2008; Barone, 2019).

Fin qui, sembra interessante soffermarsi sul fatto che, sorprendentemente, le affermazioni dei professionisti della nostra indagine si discostano, per lo più, da concezioni più comuni sugli adolescenti (Barone, 2009; 2019). Infatti, le loro narrazioni sembrano provenire da delle riflessioni profonde, attraverso le quali indicano gli adulti – tra cui, anche se non sempre esplicitamente, loro stessi – tra i responsabili dell'immobilismo degli adolescenti. Infatti, diversamente da quanto emerso da uno studio qualitativo con dei professionisti dell'educazione anche sulla rappresentazione degli adolescenti – condotta nell'area metropolitana di Milano – (Acler, 2018b), nella nostra ricerca non emerge tanto la concezione di "crisi di passaggio" intrinseca a questa fase della vita, quanto la visione di una maggiore vulnerabilità dei giovani di oggi da

ricondere a un disagio caratteristico della contemporaneità (Bauman 2000a/2002; Benasayag, Schmit, 2003/2004; Galimberti, [2007] 2008; Barone, 2009; 2019; Palmieri, 2013c).

Come prevedibile, invece, nonché in linea col suddetto studio, anche il tema delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione viene chiaramente connesso al disagio degli adolescenti dai nostri intervistati. Tuttavia, anche in questo caso, tali professionisti non sembrano tanto cadere nella retorica del progresso tecnologico come "il male assoluto" della vita dei ragazzi (Lancini, 2021). Infatti, anche se molti intervistati considerando le tecnologie come una delle possibili cause del disagio degli adolescenti, altrettanti vedono in esse anche e soprattutto una delle modalità con cui i ragazzi tentano di "evitare" il disagio, dovuto alla solitudine, generando, così, l'effetto contrario; tutto questo, infatti, non farebbe altro che alimentare l'isolamento, le difficoltà relazionali e comunicative di questi adolescenti. Riaffiora, dunque, la rappresentazione di giovani incapaci di attraversare il disagio; un disagio che a volte lascia dei segni sui loro corpi. Gli atteggiamenti aggressivi, etero e auto-indotti, dei giovani vengono riconosciuti, infatti, da alcuni intervistati come un modo per rendere visibile agli adulti il loro disagio; dunque, come una richiesta da parte degli adolescenti di "essere visti" e riconosciuti da parte di un mondo adulto, che sembra non interessarsi a loro (Galimberti, [2007] 2008; Ammaniti, 2018).

Sembra riemergere, quindi, la percezione di un'esigenza degli adolescenti di trovare degli adulti di riferimento, capaci di "orientare" i ragazzi nella complessità del quotidiano e di scoprire insieme a loro dei "futuri possibili" (Pietropolli-Charmet, 2013; Bertolini, Caronia, 2014; Morin, 2014/2016; Barone, 2019). La percezione della mancanza di queste prospettive sembra essere associata da alcuni intervistati all'assenza della costruzione di una progettualità in questa popolazione; un'incapacità di progettare il proprio futuro che viene riconosciuta da alcuni intervistati come causa del disagio degli adolescenti; da altri, come la conseguenza di questo disagio. Tutto questo sembrerebbe essere in linea con una visione di disagio connessa a un "mal-essere", inteso come negazione della possibilità di avere un progetto nel mondo (Zannini, 2001).

Dunque, un'assenza di progettualità che produce smarrimento nei giovani e che li blocca, ancora una volta, su un presente disorientante e privo di prospettive (Galimberti, [2007] 2008). Emerge, quindi, nuovamente un circolo vizioso, caratteristico del disagio e nel quale il disagio sembra intrappolare gli adolescenti; un disagio con cui i ragazzi e le ragazze di oggi devono fare i conti quotidianamente, soprattutto, come affermano molti intervistati, nelle situazioni di

difficoltà socio-economiche e familiari, che non fanno altro che alimentare la suddetta “circolarità” (Palmieri, 2021a). Anche quest’ultimo punto sembra confermare la grande sensibilità dei nostri intervistati circa i temi affrontati; essi sembrano essere consapevoli di come diverse situazioni di precarietà e vulnerabilità sociale possono trasformarsi, da un momento all’altro, in gravi situazioni di disagio personale; un rischio che, generalmente, scuole e servizi stentano a riconoscere (Palmieri, 2013a).

La rappresentazione della relazione tra la salute mentale e gli adolescenti: un equilibrio fragile e importante, di cui avere consapevolezza e cura

Coerentemente con una visione “non scontata” degli adolescenti emersa dalla nostra indagine, gli intervistati, generalmente, non si riferiscono alla salute mentale degli adolescenti utilizzando una terminologia riconducibile a una concezione “patogenica” di questa dimensione esistenziale. Tendenza, quest’ultima, generalmente comune, anche tra gli insegnanti, come affermato da ricerche nazionali e internazionali in quest’ambito, nelle quali emerge, in prevalenza, un concetto di salute mentale da parte di questi professionisti che va in tandem con quelli di “disturbo” o “patologia” (Weare, 2010; Graham, Phelps, 2011; Erkones et al., 2012; Gambacorti-Passerini et al., 2018).

Al contrario, nella nostra indagine sembra soprattutto affiorare una concezione di salute mentale come benessere psicofisico; quindi, una visione maggiormente “salutogenica” (WHO, 1948; Antonovsky, 1996), a volte, da qualcuno, espressamente concepita come “bene comune” (Gambacorti-Passerini et al., 2017). Una dimensione importante, soprattutto negli adolescenti, che, in quanto tale, deve essere protetta. Alcuni, infatti, considerano il rapporto che intercorre tra questa dimensione e gli adolescenti un equilibrio di cui aver cura, il quale, però, rischia di essere compromesso da un disagio percepito come molto presente negli adolescenti – che alcuni tendono a differenziare da problematiche di salute mentale “più individuali”.

Sembra emergere, dunque, un generale riconoscimento da parte degli intervistati dell’importanza di riporre la giusta attenzione sulla salute mentale degli adolescenti, il che porta alcuni di loro ad ammettere chiaramente come ci sia ancora poca conoscenza e consapevolezza circa tali tematiche, anche nel proprio contesto scolastico, come sembra emergere dalla ricerca di Gambacorti-Passerini et al. (2018) – condotta con professionisti dell’educazione delle scuole secondarie della città di Milano – e come precedentemente dichiarato da alcuni insegnanti della ricerca di Cefai e Askill-Williams (2017).

L'impatto del Covid-19 sul benessere mentale e disagio degli adolescenti: tra danno e opportunità

Interpellando gli insegnanti sulla tematica della salute mentale e del disagio degli adolescenti proprio nel periodo pandemico, come era immaginabile, sono emerse delle riflessioni, il più delle volte spontaneamente, relative all'impatto del Covid-19 sul benessere mentale degli adolescenti; tuttavia, anche in questo caso, la visione emersa dalle interviste non è sembrata del tutto prevedibile. Infatti, se da un lato, molti partecipanti riconoscono il Covid-19 come un avvenimento che ha creato un grande disorientamento e malessere soprattutto tra i giovani, dall'altro, emerge anche una visione "resiliente", che propone la pandemia come un'occasione, propria e altrui, di dare il giusto peso e la giusta attenzione al disagio degli adolescenti. Un'occasione, tuttavia, che qualche intervistato considera "mancata" per quei colleghi che, anche durante la pandemia, hanno dato priorità alla dimensione "performativa" della scuola, aumentando le prove di valutazione. Questo sembra in linea con quanto denunciato da Lancini (2021), il quale fa riferimento ad alcuni insegnanti come troppo "impegnati a riprendere in mano il timone di una barca da rimettere in rotta, per poter comprendere che la vecchia navigazione non aveva alcun senso in quel momento" (ivi, pp. 33-34). Ciò, probabilmente, potrebbe essere anche l'esito di un disagio che tali professionisti sperimentano quotidianamente. Molti di essi, infatti, in linea col modello "aziendale" della formazione e dell'"iperperformatività" della società contemporanea (Massa, 1997; Barone, 2019; Boarelli, 2019; Galanti, 2020; Lancini, 2021), sembrano essere portati a non riflettere sulle strategie educative da attuare per leggere e attraversare la complessità della realtà; al contrario, tali professionisti sembrano essere indotti a rispondere meccanicamente alle esigenze di funzionamento organizzativo dell'azienda "scuola" e di formalizzazione dei compiti e delle procedure, nonché a distaccarsi sempre di più dalle dinamiche della vita reale. Tutto questo non fa altro che generare disagio in loro stessi, derivante dalla non comprensione del senso e della finalità della propria professione, e a far esplodere quello dei loro studenti, poiché né "accolto né curato" (Palmieri, 2021b, p. 57).

La grande attenzione degli intervistati verso la salute mentale e il disagio degli adolescenti – oltre alla loro visione per niente "semplicistica" circa le tematiche esplorate – sembra riemergere nel momento in cui molti di essi considerano il Covid-19 non come la causa del disagio dei giovani, bensì come un catalizzatore di un disagio *già* presente e in aumento negli ultimi anni in questa popolazione, in linea con i dati della ricerca internazionale (Armocida et al., 2022) e in accordo con le parole di Henrietta Fore, Direttore Generale dell'UNICEF ai tempi

dell'avvento della pandemia. Fore, infatti, ha dichiarato che l'impatto della pandemia sulla salute mentale dei giovani "è significativo, ed è solo la punta dell'iceberg. Anche prima della pandemia, troppi bambini [e adolescenti] erano gravati dal peso di problemi non affrontati di salute mentale" (Marchetti, 2021, p. 564). Collegandoci alla metafora dell'iceberg appena riportata, i nostri intervistati sembrano riuscire a scorgere il disagio dei giovani che sta sotto il livello del mare, reso maggiormente evidente dal Covid-19, non solo nelle sue rivelazioni visibili ed estreme, per esempio, negli stati d'ansia, nella violenza, nel suicidio, ma anche nelle sue manifestazioni più sommerse, come l'apatia, le difficoltà relazionali, l'abbandono scolastico e il ritiro sociale (Barone, 2019), nelle quali sembra celarsi la "fatica di vivere" dei giovani di oggi, certamente ulteriormente enfatizzata dalla pandemia (Ehrenberg, 1998/2010; Bruzzone, 2018; Lancini, 2021).

Il contesto scolastico: tra creazione del malessere e protezione dal disagio "esterno"

In relazione al disagio degli studenti, il contesto scolastico viene percepito dai partecipanti in maniera quasi contraddittoria, il che, evidentemente, rispecchia la complessità della "realtà scuola".

Da un lato, abbiamo la rappresentazione di un contesto che viene vissuto dagli studenti, secondo alcuni intervistati, come un luogo di malessere e di disagio, dal quale, sempre più e in vari modi – fisicamente e mentalmente – questi si ritirano, per esempio non riuscendo a relazionarsi coi pari o con i docenti, manifestando demotivazione e fatica nella concentrazione o, come detto precedentemente, cambiando scuola o abbandonandola. Ciò accade, secondo alcuni, perché la scuola viene sempre di più percepita dagli studenti come distante dalla vita o come definita da spazi e tempi nei quali essi non riescono a sostare. Questo sembra in parte confermare ciò che è emerso nella tematica precedente, oltre che riflettere quanto riportato da diversi autori, ossia la percezione della forma-scuola attuale come sempre più chiusa, staccata dalla realtà e sempre uguale a se stessa nei suoi tipici tratti "disciplinari", alla quale l'alunno deve adattarsi (Massa, 1997; Palmieri, 2013a; Barone, 2019).

In linea con questa percezione riferita agli studenti, sembra essere quella emersa da molti intervistati, in base alla quale la scuola, più che il luogo dell'apprendimento, della riflessione sul proprio progetto di vita, dell'"imparare a vivere" – anche grazie alla sperimentazione "protetta" della "scomodità" e del non benessere che l'educazione produce (Dewey, 1938/2014; Massa, [1987] 2000; Barone, 2009; Palmieri, 2013d; Biesta 2017/2022) –, sembra essere per gli studenti il luogo dove tutte le aspettative in loro riposte dal mondo degli adulti *possono* e *devono* dare i loro frutti. Dove gli studenti *devono* raggiungere il risultato, senza pensare al

percorso che ha portato a quel risultato, senza avere una chiara prospettiva (Barone, 2019). Dove essi *possono* e *devono* dimostrare di essere dei “vincenti” e “i migliori” (Bauman, 2004/2005; Palmieri, 2013c; Gambacorti-Passerini, 2021a). Quelle attese, insomma, che, come emerso nella prima tematica, spesso rappresentano per gli adolescenti la causa della loro “fatica di vivere” e, conseguentemente, del loro disagio – come anche emerso in Jessiman et al. (2022).

Se da un lato, dunque, sembra emergere quasi un riconoscimento da parte degli intervistati di una scuola che, non di rado, disattende il proprio mandato come agenzia educativa – il che ha un certo peso nella creazione del “disagio” negli studenti (Palmieri, 2021b) –, dall’altro, molti partecipanti sembrano voler rivendicare soprattutto il ruolo che la scuola ha nel proteggere e contrastare dal disagio che, in realtà, proverrebbe soprattutto dall’esterno. Una dichiarazione, che, da qualcuno viene estremizzata, nel momento in cui non viene intravista la possibilità che il disagio degli adolescenti possa essere prodotto dallo stesso contesto scolastico; una lettura che riflette una “negazione” molto comune (ibidem; Barone, 2019). Ciò potrebbe riflettere il tentativo di “scagionare” la scuola da qualsiasi responsabilità in merito al disagio dei propri studenti, forse perché spesso collocata tra i servizi che, da “fattori di cambiamento nella società [...] diventano uno degli avamposti più attaccati per poter finalmente esprimere risentimenti e impotenze rispetto ad assesti di vita sempre più faticosi, se non drammatici” (Manoukian, 2015, cit. in Palmieri, 2021b, p. 62).

La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola: tra lavoro sulle competenze di vita e creazione di ambienti di apprendimento del benessere

Generalmente, dai partecipanti emerge una rappresentazione di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio molto in linea con il modello universale proposto dalla WHO (2002), come già anticipato nella seconda tematica, ossia una concezione “positiva” di salute mentale, incentrata soprattutto sullo sviluppo e potenziamento delle *life skills*, piuttosto che sul contenimento dei fattori di rischio. Per i nostri intervistati, infatti, promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti significa, soprattutto, promuovere la capacità di sviluppare e mantenere relazioni sane, aumentare la propria autostima, prendere decisioni consapevolmente, risolvere i problemi della vita quotidiana. Tale concezione sembrerebbe coerente, specularmente, con i maggiori disagi che gli intervistati individuano negli adolescenti, emersi nelle tematiche già discusse (fatica relazionale, apatia, abbandono scolastico, ritiro sociale, atteggiamenti aggressivi) – oltre che con la tipologia e gli obiettivi degli interventi educativi che vengono svolti nei contesti scolastici dei professionisti intervistati (si veda, sotto-paragrafo 4.3.1) e con quelli emersi dalla scoping review (si veda, Capitolo 3).

Rispetto a ciò, dalle interviste sembra che venga riaffermato il ruolo centrale che il contesto scolastico può avere nella promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, come già emerso nella tematica individuata nel paragrafo precedente. Soprattutto, molti partecipanti intravedono questo potenziale nella creazione di un contesto-classe attento, accogliente e incentrato su delle buone relazioni educative e tra pari. Come confermato da diversi autori, un legame positivo e un buon clima socio-affettivo è fondamentale per la crescita dei giovani e del loro comportamento nell'interazione educativa (Formella, Iacomini, 2012; Mancaniello, 2018). Se da un lato, ciò denota, ancora una volta, la consapevolezza dei professionisti del nostro studio circa la centralità della scuola nella promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, dall'altro, sembra, in qualche modo, confermare una certa tendenza dei docenti (comunque non ovvia) a riconoscere soltanto una parte del potenziale educativo che sorregge una data esperienza scolastica, ossia quella connessa all'esserci, alla facilitazione di un dialogo, allo stare in relazione – in linea con la ricerca di Gambacorti-Passerini et al. (2018). Tuttavia, pur riconoscendo la grande importanza di una “buona” relazione in classe per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti, per alcuni il benessere non va ricondotto esclusivamente alla sua componente “emotiva”, ma anche a quella “cognitiva” e, più specificamente, riflessiva. Secondo questa interessante visione, infatti, questa ultima dimensione dovrebbe avere come finalità quella di fornire agli studenti degli strumenti per poter leggere e costruire *significato* delle loro esperienze scolastiche, attraverso appunto la riflessività (Palmieri, 2013d). Ciò rappresenta una possibile risposta a quella difficoltà degli studenti di riconoscere la scuola vicina alla vita – riportata da alcuni intervistati nella tematica precedente.

È, infatti, grazie alla capacità espressiva, stimolata e guidata dal docente attraverso la disposizione di un campo di esperienza, che l'educando può sostare sul vissuto di quell'esperienza, esprimerne il senso e comprendere il significato che assume (Massa, 2000; Palmieri, 2013d). È grazie a ciò che lo studente può sperimentare e allenarsi alla “riflessione” sull'esperienza (Cappa, 2014); operazione, questa, a cui l'istantaneità, l'esigenza del futuro prossimo, la continua ricerca di sensazioni, la necessità di raggiungere il risultato nell'immediato (tutti aspetti che caratterizzano la contemporaneità) non preparano.

L'espressione dei propri vissuti in senso educativo, infatti, non si traduce in semplice espressione di concetti, discorsi e parole. Significa “scontrarsi con le ‘cose concrete’ [...] significa dar corpo a qualcosa di proprio, che rappresenti chi l'ha fatto e l'esperienza che ha vissuto, utilizzando le abilità e le competenze necessarie” (Palmieri, 2013d, p. 207). Questo permette-

rebbe, infatti, di passare dallo “scaricare” delle sensazioni, dei discorsi, delle parole all’“espressione” di pensieri, di giudizi, di ragioni di una scelta; dai monologhi a “voci autonome capaci di riflessione” (ibidem; Cappa, 2014, p. XVI).

Un'altra interessante riflessione sembra emergere nel momento in cui i partecipanti intravedono una stretta connessione tra la promozione di un ambiente-classe di benessere e la possibilità di apprendere. Questi due aspetti – benessere a scuola e apprendimento –, infatti, sono considerati tra loro strettamente interrelati e imprescindibili, in accordo con la letteratura a riguardo (Marcelli, Braconnier, 1983/1985; Cattelino, 2010; Formella, Iacomini, 2012).

La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola: tra lavoro ordinario e straordinario, dentro e oltre l'aula

In linea con quanto appena emerso sopra, la maggior parte degli intervistati intravede nella quotidiana attività didattica la possibilità di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti. Questo è interessante, poiché, oltre a far riemergere una generale consapevolezza sia della dimensione “educativa” della promozione della salute mentale e prevenzione del disagio – come già chiaramente rilevato nelle due tematiche precedenti –, evidenzia il riconoscimento della necessaria interconnessione tra istruzione e educazione (Massa, [1987] 2000) e, quindi, tra istruzione e promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti. Gli intervistati, infatti, sembrano andare oltre la dicotomia tra queste due dimensioni. Alcuni insegnanti, infatti, sottolineano di poter promuovere queste dimensioni proprio tramite il proprio insegnamento, mediante delle metodologie didattiche più coinvolgenti e attive; o, ancora, nel momento in cui essi si pongono come obiettivo non solo di far raggiungere ai propri studenti degli specifici obiettivi, ma soprattutto delle competenze – che provengono dall'*esperienza* di apprendimento nella sua globalità – che possono diventare per lo studente delle competenze di vita. Ricordiamo, infatti, come sottolinea Morin (1999/2000), che “la missione dell'insegnamento [...] è di trasmettere non del puro sapere, ma una cultura che permetta di comprendere la nostra condizione e di aiutarci a vivere” (p. 3).

Oltre a riconoscere l'importanza di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti mediante il proprio insegnamento quotidiano, molti intervistati fanno riferimento a interventi di tipo laboratoriale, artistico, teatrale, ma anche a interventi più specifici, come il “*Life Skills Training*”, come potenzialmente utili al suddetto scopo; quest'ultimo punto sembra in linea con quanto rilevato da Gambacorti-Passerini et al. (2018). Al di là del riconoscimento delle forme artistiche come fondamentali – dal punto di vista pedagogico – per promuovere il

benessere mentale e prevenire il disagio degli studenti, risulta interessante riportare come alcuni dei partecipanti non si soffermino solo sul tipo di attività da predisporre, ma sull'importanza di considerarla parte integrante del curriculum scolastico e, dunque, non come attività "extra". Questo sembrerebbe far emergere la consapevolezza dei professionisti dell'educazione di dover dare il giusto valore a delle attività che, generalmente, sono considerate secondarie e, addirittura, marginali nel contesto scolastico, rispetto alle attività "disciplinari" (Massa, 1997; Barone, 2019).

Considerare la promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti come parte integrante dell'agire di una scuola, come rilevato dai dati descrittivi della nostra indagine (si veda, sotto-paragrafo 4.3.1), sembra essere uno degli aspetti che, se presente, facilita l'attuazione e la riuscita degli interventi dedicati a questo scopo; se assente, al contrario, è riconosciuto come uno dei maggiori aspetti ostacolanti, in accordo con quanto emerso nello studio di Mazzer e Rickwood (2015) e in quello di Cefai e Askeell-Williams (2017).

Altro aspetto che gli intervistati ritengono particolarmente rilevante è quello del *setting*. Molti, infatti, vedono in questa dimensione la possibilità intrinseca di promuovere il benessere mentale e prevenire il disagio degli studenti, in classe e fuori dalla classe. Come, però, è parso già emergere nella tematica precedente, anche quando si parla espressamente di *setting*, sembra che sfugga il significato di "materialità" dell'agire educativo. Infatti, il termine *setting* sembra fermarsi al significato frequente nei contesti scolastici, ossia, a quello relativo alla disposizione di banchi, sedie e arredi (Cappa, 2014); dunque, anche il *setting* sembrerebbe essere riconosciuto come contesto relazionale.

Sembra, dunque, sfuggire ai nostri intervistati la consapevolezza della materialità che governa le pratiche educative; una consapevolezza necessaria, affinché questi possano riuscire a leggere la struttura complessa dell'educazione e perché possano riuscire ad agire mediante questa (da (Massa [1986] 2003; Ferrante, 2016). Considerando i limiti appena esposti, tuttavia, alcuni degli intervistati sembrano comunque riferirsi al *setting* scolastico come punto da attenzionare, affinché la scuola divenga effettivamente un luogo degli studenti e non un luogo di passaggio, un "nonluogo" (Augé, 1992/1993), che i ragazzi attraversano, senza mai abitare veramente (Iori, 1999; Barone, 2009).

Affinché la scuola, oltre che un luogo realmente abitato, diventi solo un luogo-contenitore di proposte e offerte di interventi di promozione del benessere mentale e prevenzione del disagio, inoltre, molti intervistati credono che sia fondamentale un'apertura all'esterno, la quale va attentamente ponderata. Ciò vuol dire aprirsi al territorio in maniera sistematica, sinergica e

bidirezionale, per far sì che gli interventi non siano fine a se stessi e discontinui, come ampiamente auspicato dalla letteratura. Qui sembrano emergere due principali visioni. La prima è di una scuola che, nella prospettiva degli intervistati, vuole e deve far parte dell'aver cura dei propri studenti con e nel territorio. Gli intervistati sembrano, infatti, riconoscere l'esigenza di creare una scuola aperta e non un luogo chiuso in se stesso; essa, tuttavia, deve mantenere la propria identità (Massa 1987, [2000]). I partecipanti auspicano una scuola che sia capace di mettersi in gioco in prima persona, riconoscendo nelle uscite sul territorio un'opportunità educativa e non solo ricreativa, che permette agli studenti, e anche ai docenti, di sperimentarsi e di conoscersi in spazi e in tempi diversi, per poi ritornare a scuola arricchiti di una nuova visione di se stessi e degli altri. Tutto questo sembra dipendere da alcuni fattori, come emerso dall'analisi descrittiva, ossia: dalla presenza di un dirigente scolastico capace e attento a queste tematiche, dalla disponibilità dei docenti e dalla volontà di entrambi di mettersi in gioco, nonostante il riconoscimento delle tante limitazioni economiche e burocratiche, che tendono a scoraggiare l'attuazione di tali aperture all'esterno. L'incontro col territorio, come emerge dai dati descrittivi (si veda, sotto-paragrafo 4.3.1), viene, inoltre, inteso come apertura e coinvolgimento non solo di altri servizi socio-sanitari e educativi presenti in una comunità, ma anche delle famiglie, che, se partecipi, sono un fattore cruciale per l'attuazione e la riuscita di dati interventi educativi; al contrario, se resistenti, le famiglie rappresentano un forte ostacolo a ciò. Tutte variabili emerse anche in Cefai e Askill-Williams (2017).

Il docente nella promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: tra riappropriazione del ruolo educativo e rivendicazione di quello disciplinare

Coerentemente con le due tematiche precedenti, in generale, i professionisti intervistati si riconoscono come figure imprescindibili per la promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti (in accordo con Mazzer e Rickwood, 2015) – visione non sempre comune tra i docenti (Erkones et al., 2012; Gambacorti-Passerini et al., 2018). Molti partecipanti tendono a sottolineare come il proprio ruolo sia *educativo* e, dunque, come debbano primariamente esser loro ad aver cura della salute mentale dei ragazzi nel quotidiano.

Anche se, alcuni partecipanti non sembrano rifiutare la collaborazione con altre figure esterne, essi le considerano tuttavia come professionisti con cui cooperare, ma a cui non delegare completamente lo svolgimento di un'attività di promozione della salute mentale. I dati descrittivi (si veda, sotto-paragrafo 4.3.1) sembrano in parte confermare questa propensione; infatti, da quanto dichiarato dagli intervistati, in controtendenza rispetto a quanto maggiormente

rilevato dalla scoping review (si veda, Capitolo 3), tali attività sembrano essere maggiormente svolte dai docenti o da questi insieme alle figure esterne.

Ai docenti viene a essere riconosciuto il ruolo cruciale nella riuscita degli interventi di promozione della salute mentale, poiché sono loro a poter dare continuità e integrare un singolo intervento, svolto magari da un esperto esterno, nella pratica quotidiana. Ci è parso che questo riconoscimento rifletta più una necessità degli insegnanti che una realtà. Dai dati descrittivi, infatti, sembrano ancora molti gli interventi singoli di promozione della salute su specifiche tematiche (es. affettività, bullismo, tabagismo) (si veda, sotto-paragrafo 4.3.1).

Il bisogno di un riconoscimento del ruolo cruciale dell'insegnante nelle attività di promozione della salute a scuola è perfettamente in linea con quanto auspicato nella letteratura, che ormai da anni considera inefficaci gli interventi estemporanei e non integrati nella pratica quotidiana dei docenti (De Santi et al., 2008; Ekornes et al., 2012; Whitley et al., 2013; Cefai, Cooper, 2017). Ciò è inoltre coerente anche con quanto riportato da Palmieri (2013d), che sottolinea come non sia “una scena” a fare dell'esperienza un'esperienza educativa, ossia come l'esperienza educativa non sia episodica, come non sia il singolo l'incontro con l'esperto, la singola uscita, la gita a educare, e, aggiungiamo noi, a promuovere il benessere mentale e a prevenire il disagio degli studenti, ma il processo nel quale questi eventi vengono collocati dai docenti.

Tuttavia, va segnalato che una parte degli intervistati, pur riconoscendo l'imprescindibilità del ruolo del docente nella promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, sottolinea i limiti che hanno gli insegnanti in tutto ciò. Il docente viene, infatti, considerato, sì, come attore principale nel suddetto processo, ma solo fino a un certo punto. Alcuni intervistati sembrano voler limitare il proprio compito, per lo più, alla promozione di un ambiente di ascolto e di relazione, in accordo con alcuni studi in letteratura (Reinke et al., 2011; Gambacorti-Passerini et al., 2018). Altri si riconoscono nel ruolo di “sentinella”, ossia come figure che possano accorgersi di alcuni segnali precoci di gravi problemi di salute mentale degli studenti, per poter proporre a questi e alle loro famiglie un percorso con altre figure (sanitarie) più competenti. Questa posizione sembra collegarsi a quella distinzione tra disagio e problematiche di salute mentale individuali evidenziata più sopra, nella seconda tematica.

Eppure, se da un lato, ciò denota una grande consapevolezza di questi professionisti circa i confini del proprio ruolo, che, come evidenziato da alcuni intervistati, “non è sanitario”, dall'altro, viene riconosciuta una elevata difficoltà a “farcela da soli” a gestire la complessità che caratterizza l'esperienza odierna dell'essere adolescenti. Anche le scuole, infatti, come tutti i

servizi educativi, sembrano dover rispondere, oggi più che mai – come in qualsiasi periodo di crisi – a delle pressanti richieste esterne di “risoluzione” di problematiche, anche e soprattutto legate al disagio, come accennato precedentemente (Palmieri, 2021b). Tali richieste hanno, ovviamente, degli effetti sui professionisti che lavorano in questi servizi. Tra questi effetti vi è, sicuramente, la sensazione di sopraffazione derivante dalle suddette attese che, evidentemente, non possono essere soddisfatte, poiché derivanti da situazioni che quei servizi non possono modificare (ibidem).

Sembra inoltre emergere una difficoltà, da parte dei servizi educativi, a condividere “paradigmi e costruire strumenti d’intervento che sappiano reggere la sfida della contemporaneità” (ivi, p. 63). Questi servizi tendono ad affermare un “paradigma sociale” nella promozione della salute mentale, probabilmente meno rassicurante di quello sanitario. Un paradigma che non si propone di risolvere o cancellare ciò che “appare come disfunzionale a un certo modo di vivere, ma [che cerca di] costruire ‘dal basso’, con le persone coinvolte, le strategie per affrontare al meglio le situazioni problematiche, agendo, nei limiti del possibile, sulle condizioni che contribuiscono ad alimentarle” (ibidem). Un paradigma, dunque, che propone “un diverso modo di intendere e dare significato non solo ai problemi sociali, ma anche al ruolo degli operatori e dei servizi stessi, oltre che alle relazioni con le altre istituzioni e con il territorio in generale” (ibidem).

È, forse, alla luce di questa complessità, e della difficoltà a integrarsi coi servizi sanitari, che qualche partecipante “rivendica” il compito primario della scuola e dei docenti, che è soprattutto, a loro avviso, di tipo disciplinare, senza considerare una reale possibilità di cooperazione con l’esterno e specificamente coi servizi di salute mentale. Questi docenti tendono ad avere un atteggiamento di delega totale del disagio all’esterno, ossia ai servizi sanitari e alle famiglie.

La formazione del docente per la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio: dalla capacità di riconoscere il malessere al ritorno alle competenze educative.

Nonostante questi ultimi aspetti (rivendicazione del compito disciplinare dell’insegnante e delega all’esterno del disagio), la considerazione della promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti come compito educativo e, quindi, come compito del docente, riemerge anche quando abbiamo affrontato la questione della formazione degli insegnanti. Infatti, in linea con la gran parte degli aspetti emersi precedentemente, risulta chiaramente, nelle parole degli intervistati, come l’attuazione e la riuscita di interventi di promozione

della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti sia direttamente connessa alla consapevolezza dei docenti circa il proprio ruolo educativo. Questa consapevolezza viene a essere considerata generalmente carente nei docenti delle Scienze Dure o delle scuole superiori di secondo grado; ciò sembra riflettere la realtà della formazione dei docenti in Italia, purtroppo non centrata sulle competenze pedagogiche, ma, al contrario, disciplinari. Ciò, secondo alcuni intervistati, favorirebbe la tendenza dei docenti a delegare la promozione della salute mentale e prevenzione del disagio o la “presa in carico” di situazioni di malessere degli studenti ad altri professionisti, ossia ai colleghi delle discipline umanistiche o a esperti esterni. Questo ultimo punto sembrerebbe confermare quanto rilevato da Gambacorti-Passerini et al. (2018) e, in parte, quanto emerso nel paragrafo precedente.

In generale, dunque, sembra affiorare un forte bisogno formativo dei docenti, in linea con altri studi in letteratura (Reinke et al., 2011; Mazzer, Rickwood, 2015; Cefai, Askell-Williams, 2017; Shelemy et al., 2019). Soprattutto, come chiaramente espresso da alcuni partecipanti, andrebbe sviluppata una consapevolezza sul ruolo educativo di questi professionisti, il che aiuterebbe a implementare la loro consapevolezza circa la loro possibilità di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti grazie all’istituzione di un dispositivo pedagogico, pragmatico e strutturale, che sorregge un’autentica esperienza educativa.

Emerge, inoltre, chiaramente da molti intervistati, anche un bisogno di “riconoscimento” del proprio ruolo nella gestione di situazioni di disagio tra gli studenti, in accordo con quanto riportato da Shelemy et al. (2019). La formazione dei docenti, sia al ruolo educativo sia su specifiche attività e interventi, è uno degli aspetti che emerge maggiormente come, rispettivamente, facilitante o ostacolante l’attuazione o la riuscita di interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola. Una formazione che, per molti partecipanti, dovrebbe andare di pari passo con un cambiamento culturale all’interno delle scuole (come anche evidenziato in Jessiman et al., 2022), affinché le tematiche del benessere e della salute mentale possano diventare parte integrante del percorso scolastico e non rimangano degli interventi isolati, attuati dai docenti su base volontaria, a partire dalle proprie attitudini e propensioni. Questo sembrerebbe richiamare quel bisogno di sistematicità e di ripensamento di una forma-scuola più vicina agli studenti, emerso nei paragrafi precedenti.

La valutazione degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio: tra il riconoscimento della sua importanza e la mancanza di riferimenti pedagogici per costruire un processo di valutazione educativa

L'ultima tematica emersa nelle interviste è quella relativa alla valutazione degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti.

In linea generale, molti partecipanti riconoscono l'importanza e la necessità di valutare i suddetti interventi non solo come parte del processo di rendicontazione del lavoro svolto (in riferimento agli interventi "strutturati"), bensì soprattutto come elemento fondamentale da cui partire per ripensare a una potenziale riproposta di tali attività. Queste opinioni sembrano discostarsi dalla tendenza comune nei servizi, anche educativi, di ridurre l'atto valutativo a un'accettazione burocratica e amministrativa. Infatti, occuparsi di "valutazione del lavoro educativo è tentare di superare il limite del controllo e delle richieste dei committenti per approdare all'obiettivo di sentirsi in continua ricerca della qualità dell'esperienza di educatori ed educandi" (Perla, 2016, p. 66).

Tale consapevolezza, tuttavia, porta molti intervistati a denunciare una scarsa cultura della valutazione, specialmente in relazione all'analisi degli effetti degli interventi di promozione della salute (mentale) nelle scuole; essi, infatti, sembrano riconoscere un'altra comune considerazione della valutazione, ossia quella che riduce l'atto valutativo a un'azione di rilevazione del gradimento o, al massimo, di "osservazione" approssimativa, non strutturata e non documentata di un eventuale cambiamento degli studenti. Il primo punto sembra rispecchiare chiaramente quanto emerso dai dati descrittivi, nei quali emerge come, nella maggior parte dei casi, la valutazione degli interventi di promozione della salute, nei contesti degli intervistati, sia stata effettuata mediante rilevazione del gradimento percepito, addirittura, non sempre da parte dei destinatari dell'intervento, ma dei provider (si veda, sotto-paragrafo 4.3.1). Il secondo punto, invece, viene confermato da quanto riportato da alcuni intervistati, i quali ritengono sia sufficiente basarsi sulla loro percezione circa un cambiamento "positivo" degli studenti, come prova della riuscita degli interventi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola.

Rispetto alla concezione di valutazione, ci sembra, infine, opportuno riportare come, curiosamente, alcuni intervistati alla domanda riguardante la valutazione degli interventi educativi di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio a scuola, abbiano risposto esprimendo una certa irritazione, credendo si facesse riferimento a una sorta di valutazione "certificativa" di tali attività. Questo sembra rispecchiare, in qualche modo, una tendenza ad associare il termine valutazione esclusivamente a una concezione di "misurazione", vissuta in maniera negativa (Orsenigo, 2016). Ciò potrebbe, in parte, essere l'espressione di un disagio di questi

professionisti dell'educazione circa la valutazione, già trasversalmente emerso nella terza tematica. Probabilmente, la valutazione sembra tradursi, per alcuni docenti, nel dover “dar conto” dello svolgimento del proprio lavoro nei tempi prestabiliti, concludendo il proprio programma di insegnamento e “certificando” i risultati ottenuti; risultati che sempre più “sono equiparati a prodotti piuttosto che a processi” (Galanti, 2020, p. 62) – e, non di rado, considerati in termini assoluti “in relazione agli obiettivi generali e comuni e non rispetto al punto di partenza di ciascuno studente” (ibidem).

Tutto questo, dunque, sembra riflettere una generale mancanza di una “cultura della valutazione” nel campione degli intervistati; quest'ultima non dovrebbe essere considerata solo la fine di un processo educativo o parte di esso, ma come un aspetto intrinseco di tale processo che “funge da traiettoria attraverso la quale – ex ante ed ex post – è possibile dare senso a ciò che è stato” (Orsenigo, 2016, p. 30).

4.4.2 Un'analisi critica dei focus group con gli studenti

L'indagine che abbiamo svolto con un gruppo di studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori di secondo grado, alla fine di un percorso scolastico segnato anche dalla pandemia, ci ha permesso di esplorare le loro rappresentazioni, le loro esperienze, le loro idee circa la salute mentale e il disagio, nonché la loro idea sulla promozione e la prevenzione di questi ultimi, soprattutto in relazione alla quotidianità scolastica. Andremo ora a proporre delle riflessioni sulle principali tematiche emerse da questa parte del nostro studio.

La salute mentale e il disagio come due facce di una stessa medaglia

In generale, sembra emergere dai focus una visione “scotomizzante” della salute mentale e del disagio; dunque, per i nostri partecipanti non c'è l'una quando c'è l'altro e viceversa. In accordo con questa concezione, generalmente, la prima viene riconosciuta soprattutto nell'avere una buona relazione, con sé e con gli altri, mentre il secondo viene individuato per lo più nell'esperienza di sentirsi “fuori luogo” in un certo contesto e con determinate persone. È interessante osservare che questa contrapposizione (salute mentale/disagio) si colloca su due campi diversi, apparentemente non omogenei: nel primo caso quello relazionale (si è in salute mentale quando si hanno buone relazioni), nel secondo (si è a disagio quando si è “fuori luogo”) quello spaziale.

La dimensione relazionale sembra assumere un ruolo centrale per il benessere mentale degli adolescenti intervistati e viene, in qualche modo, riconosciuta come fondamentale per la stessa esistenza dell'uomo, che è un'esistenza relazionale (Buber, 1972). Ciò sembra essere in linea con una visione di reciproco adattamento col proprio contesto, pur tenendo in considerazione

le proprie istanze personali (Formella, 2010). Dobbiamo comunque riportare che tale dimensione sembra emergere, per alcuni adolescenti, anche come causa di disagio, quando non si riesce a entrare in relazione con l'altro.

Entrare in relazione con l'altro, per alcuni, sembra significare incorrere nel rischio di subire giudizi negativi o comunque contrastanti l'impressione che si vorrebbe trasmettere di sé; al contrario, infatti, non si riesce a relazionarsi, per paura del confronto. Tutto questo sembra rispecchiare le ragioni di un disagio diffuso, derivante soprattutto dal mondo adulto odierno, molto imperniato sul costante confronto e sulla "perfezione forzata" (Cavallo, 2002; Palmieri, 2013c). Ciò può causare nei giovani, tendenzialmente, due tipologie di reazioni: condotte aggressive, o, come sembra emergere dalle parole di alcuni dei partecipanti, fenomeni di isolamento e chiusura (Formella, 2010; Gambacorti-Passerini, 2021a).

Che si "scopra" il disagio nel momento in cui si entra in relazione col mondo è implicito, poiché esso appare nel momento in cui si confronta con i limiti e i confini che il mondo ci oppone (Heidegger, 1976). Ciò che qui sembra emergere, però, è la fatica di essere se stessi nel mondo, che sembra tradursi, per alcuni dei nostri partecipanti, in un'esperienza paralizzante (Palmieri, 2013b). La paura della relazione con gli altri sembra portare, infatti, a "volersi nascondere" o a cambiare posto (di nuovo, tornano le metafore spaziali) e relazioni. Considerare la "fuga" da un luogo una risposta al disagio sembra oggi essere un'alternativa sempre più possibile. Un'alternativa che gli adolescenti hanno appreso dalla società contemporanea, caratterizzata da provvisorietà e fugacità, da legami estinguibili velocemente. Come riporta Barone (2019) "le traiettorie adolescenziali oggi sembrano portare verso fenomeni di transitorietà e di 'dispersione', di attraversamenti che generano costantemente movimenti e flussi" (ivi, p. 23). Inoltre, quando necessario, la relazione con l'altro porta ad apprendere a "non essere se stessi", adattandosi, imparando a esistere, o meglio, a resistere nelle condizioni in cui è possibile farlo, facendo del disagio un'esperienza di vita (Palmieri, 2013b).

Non sembra quindi esserci, nella prospettiva dei nostri partecipanti, la capacità di incontrare il disagio, cercare di comprenderlo per trasformarlo "in qualcosa di diverso" (Palmieri 2013a, p. 40), il che, probabilmente, rispecchia una comune sensazione circa la carenza di esperienze autenticamente educative nel mondo dell'educazione familiare e formale, dunque anche nella scuola, le quali potrebbero invece favorire questo processo (Massa, 2000; Palmieri, 2019b; Tramma, 2019). Al contempo, tale reazione al disagio può essere un riflesso di quella rincorsa alla negazione dei limiti, delle debolezze e delle difficoltà che può condurre al benessere e al successo, tipica dei nostri tempi (Palmieri, 2013a).

Tutto questo è in linea con una concezione generale del benessere mentale, emersa nei focus group, come tranquillità e assenza di ansia, in ogni situazione. Sembra, dunque, affiorare una concezione “statica” del benessere, molto determinato dalle situazioni in cui ci si trova; un qualcosa a priori, che non viene costruito e promosso, ma che esiste nel momento in cui non esiste lo stress, l’ansia, il malessere; dimensioni percepite come deleterie per il proprio benessere mentale anche dagli studenti dello studio di Neil et al. (2022). Ancora una volta, quindi, sembra emergere la “rincorsa”, o, come in questo caso, “l’attesa” di un qualcosa di irreali, ossia di un’esistenza priva di sofferenza (Palmieri, 2013). Dietro tutto ciò sembrerebbe celarsi, inoltre, una denuncia contro l’assenza o la poca “tranquillità” nella quotidianità degli studenti, ma anche una richiesta d’aiuto, per arginare quell’ansia e quel malessere che possono portare a gravi forme di depressione e a morte degli adolescenti, come chiaramente riportano i dati più recenti riguardanti la condizione della salute mentale dei giovani (UNICEF, 2021a).

Anche in quei pochi casi in cui sembra emergere una visione più “proattiva” del benessere mentale, derivante anche da alcune abilità personali (per esempio, dalla capacità di prendere decisioni), questo sembra essere inteso come “il fine” e non come un percorso da costruire (Zannini, 2001). I partecipanti non sembrano chiedere, infatti, degli “strumenti” per cambiare la loro vita, quanto piuttosto di trovare un modo per continuare a tollerare e a stare in quel “flusso di un’esperienza di vita” (Palmieri 2013b, p. 86) che già conoscono; ciò grazie anche alle scelte “giuste” che consentono loro di stare “tranquilli” perché accettati dal mondo.

In questi termini, sia la salute mentale sia il disagio appaiono come dimensioni strettamente collegate alla *capacità di adattamento* e alle logiche dettate dalla società di appartenenza. Un adattamento che sembra essere riferito, tuttavia, a un movimento unidirezionale dall’individuo al suo ambiente e non a un reciproco incontro tra l’individuo e il suo contesto (Marzorati, 2001b); ciò significa tendere a concepire l’individuo quasi come un “essere-per-gli altri” e per come gli altri hanno deciso che egli debba essere (Palmieri, 2000). Significa, inoltre, tendere costantemente all’omologazione che la società richiede, più o meno esplicitamente, a scartare e fuggire da tutto ciò che può rappresentare il disagio, che sia una persona o una situazione.

La scarsa consapevolezza percepita nel contesto scolastico sui temi della “salute mentale” e del “disagio”

Tra gli studenti coinvolti, sembra esserci una generale consapevolezza dell’importanza e della necessità di promuovere la salute mentale dei giovani. Tuttavia, da alcuni, viene percepito uno scarso interesse per questa tematica a scuola, oltre che una generale ridotta conoscenza sulla salute mentale. Questo è in accordo con la diffusa rappresentazione della salute mentale,

anche nei contesti scolastici, solitamente etichettata “negativamente” o considerata un aspetto secondario rispetto all’insegnamento (Ekornes et al., 2012; Gambacorti-Passerini, 2021c). Al contrario, la consapevolezza circa la salute mentale e il disagio dei giovani sembra essere largamente considerata dai partecipanti come punto di partenza per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli adolescenti. Inoltre, il “non stare bene” viene quasi rivendicato da alcuni come un’esperienza umana, che bisogna comprendere per poter tracciare un percorso verso il benessere (Palmieri, 2013c). Questi ultimi messaggi, infatti, sembrano essere quasi una denuncia contro quella richiesta di costante perfezione proveniente dal mondo, che presenta il malessere come esperienza da evitare e negare a tutti i costi (Orsenigo, 2013); una denuncia a quelle pressioni sociali, che, come anche evidenziato nella tematica precedente e nello studio di Neil et al. (2022), possono determinare una ridotta capacità di far fronte agli eventi avversi della vita da parte degli adolescenti.

L’impatto del Covid-19 sulla salute mentale e disagio degli adolescenti: tra danno e opportunità

La pandemia, come sappiamo, ha cambiato improvvisamente tutto, incluse l’organizzazione delle giornate, le strategie relazionali e comunicative, le pratiche formative, nonché i rituali quotidiani (Ferrante, 2021). La disgregazione della routine quotidiana – la quale, in qualche modo dà ordine al disordine della vita – ha causato anche negli studenti un comprensibile disorientamento. Uno smarrimento che i giovani sembra si siano trascinati nel “post pandemia” e da cui sembra essere emersa, anche, una certa difficoltà “a (ri)organizzare la propria vita”.

Il confronto con un’esperienza di spazio/tempo meno organizzato, durante i lockdown, ha probabilmente acuito la sensazione di una vita “in emergenza” (Gambacorti-Passerini, 2021b), presente già prima della pandemia, ma divenuta più concreta durante il Covid-19. Ciò può aver influito drasticamente sul benessere mentale dei giovani, che, se non riescono a “stare al passo” con le richieste della vita, sempre più numerose e sfidanti, ne rimangono esclusi (Palmieri, 2013b). I giovani che si ritirano da questa “corsa”, caratterizzata da specifici standard e prestazioni sempre più elevate, sono in crescita costante; sono quei giovani che hanno ormai appreso l’indifferenza nei loro confronti da parte di una società nella quale “stanno” soltanto ai margini, poiché privati dell’opportunità di farne effettivamente parte (ibidem).

Il peso della pandemia sembra essere stato avvertito da alcuni dei partecipanti anche nella fatica nel relazionarsi nuovamente “in presenza” con i coetanei. Dunque, con la pandemia sembra che i giovani si siano accorti dell’influenza delle diverse dimensioni – del corpo, del tempo,

dello spazio, della “materialità” – sulla possibilità, limitata, di fare esperienza relazionale, formativa, di socialità (Ferrante, 2021). Ciò è accaduto, paradossalmente, anche per una generazione molto abituata a una spazialità virtuale, come anche emerso in altre ricerche (Larivière-Bastien et al., 2022; Widnall et al., 2022).

Pure la perdita dei momenti importanti e non recuperabili “da adolescenti” è vissuta da qualche partecipante come motivo di rammarico, come anche raccontato da alcuni genitori di adolescenti intervistati nello studio di O’Sullivan et al. (2020). Questo sembra, in qualche modo, rispecchiare l’avvilimento derivante dalla perdita, con la pandemia, di quei pochi riti di passaggio rimasti nella società contemporanea, fondamentali per lo sviluppo sociale – individuale e di comunità –, che fino a pochi decenni fa tracciavano il viatico verso l’età adulta (Gambacorti-Passerini, 2021a).

Nel complesso, dunque, emerge una maggiore consapevolezza dell’impatto che il Covid-19 ha avuto sul benessere mentale personale e, generalmente, dei giovani. Qualcuno, infatti, ha anche riportato di essere a conoscenza di alcun “dati” circa l’aumento di disturbi d’ansia e depressione in questa popolazione. Se questa consapevolezza sembra apparire chiara ai partecipanti, che in alcuni casi affermano di aver maggiormente compreso l’importanza di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti dopo la pandemia, lo stesso non si può dire per i docenti⁴⁵, in accordo con quanto emerso nella tematica precedente. Questi ultimi, infatti, agli occhi dei giovani ascoltati nei focus group sembrano aver reagito alle difficoltà dovute al Covid-19, non tanto accogliendo lo spaesamento dei propri studenti, ma, anzi, aumentando il carico di lavoro e le verifiche certificative, comportamento che, soprattutto durante e dopo la pandemia, viene percepito come causa di disagio – come anche emerso in letteratura (Neill et al.; 2021).

Il ripensamento degli spazi e dei tempi, anche scolastici, dovuto alla pandemia, sembra aver portato a uno “debordamento” della scuola nella vita “extra-scuola”; ciò sembra continuare dopo l’emergenza, creando ulteriore disagio negli studenti. Anche dopo l’esperienza pandemica, infatti, la priorità scolastica sembra essere un’alta e continua performatività (ibidem; Lancini, 2021). Ciò è in linea con una richiesta sociale, sempre più marcata, di raggiungimento di alti standard di perfezione ed efficienza, pure nell’ambito scolastico; questa richiesta investe soprattutto i giovani, i quali si trovano a dover continuamente “competere” per dimostrare di “meritare” uno spazio in una società sempre più marginalizzante (Boarelli, 2019).

⁴⁵ Ricordiamo che gli insegnanti e i dirigenti intervistati non erano i docenti degli studenti coinvolti nei focus group.

Tutto questo potrebbe essere espressione del disagio degli stessi docenti che hanno risposto alle difficoltà e insicurezze della pandemia anche inasprendo le prove di valutazione. La pandemia, infatti, sembra aver accentuato il disorientamento professionale, che è comune nei professionisti dell'educazione, che sono comunque cittadini di questa società (Palmieri, 2021b); un disorientamento dovuto altresì al far parte di un'istituzione, come quella scolastica, su cui sono riversate delle “aspettative impossibili”, derivanti dall'ipercomplessità della contemporaneità (ivi, p. 75).

Il contesto scolastico come Giano bifronte: causa di disagio e potenziale promotore di salute mentale

Nel contesto scolastico, la figura del docente sembra essere da tutti riconosciuta come quella con maggior influenza sul benessere mentale e sul disagio degli studenti.

In generale, i docenti sono percepiti come dei “giudici” e “valutatori”, soprattutto a livello personale e nell'accezione più negativa di questi termini, il che sembra provocare negli studenti demoralizzazione e disagio – in linea, sembrerebbe, con quanto emerso nella tematica precedente.

La postura dei docenti sembra disattenta alla vita degli studenti “fuori dalla scuola”, a cui non viene dato il giusto valore; anzi, quella vita viene criticata e considerata dai docenti come intralciante le prestazioni degli studenti e quindi in contrapposizione all'idea di “scolaro modello” (Palmieri, 2021b, p. 55), che caratterizza una certa rappresentazione di scuola, poco attenta ai continui cambiamenti degli studenti, per esempio, circa la propensione di questi ultimi a essere educati e supportati ad apprendere (ibidem). Tali mutamenti, nella prospettiva dei ragazzi, vengono negati dai docenti, considerati qualcosa di estraneo, e resi man mano astratti.

La scuola, di fatto, entra nella vita degli studenti e, come è successo col Covid-19, sembra farlo “a gamba tesa”, non cercando una “integrazione simmetrica” (Massa, 2000, p. 62), bensì occupandone spazi e tempi, considerati in qualche modo a essa “dovuti”. Non sembra emergere, dunque, dai docenti, per come sono raccontati dai nostri adolescenti, una volontà di incontro intergenerazionale, che passa anche dal voler imparare dall'altro; infatti, non solo i giovani possono imparare dagli adulti, ma anche il contrario (Mancaniello, 2020; Gambacorti-Passerini, 2021a). Tutto questo sembra portare alcuni dei partecipanti a considerare apertamente il docente come la figura che più di tutte crea disagio, e altri, addirittura, ad auspicare un “distacco relazionale”, poiché solo in tal modo può essere garantita una valutazione “obiettiva”, quindi basata sulla performance e non sullo studente.

Il peso del “giudizio” dei docenti sembra emergere chiaramente dalle parole dei partecipanti. L’insegnante è una figura di riferimento per gli studenti; dunque, la sua valutazione, come quella di un familiare, assume per gli adolescenti un peso significativo, sia quando essa è esplicita sia quando essa è implicita (Formella et al., 2012). Quando la valutazione non viene percepita – come sembra apparire nel nostro studio – come strumento educativo e formativo, si trasforma in giudizio sulla persona, non giustificato, che rischia di diventare frustrante per l’adolescente, favorendo in lui/lei sentimenti depressivi o di rassegnazione (ibidem). Questo sembra essere in linea con la visione di alcuni partecipanti, che credono che il disagio nasca nei luoghi e dalle persone da cui ci si sente giudicati e valutati, come la scuola e i docenti.

L’insuccesso scolastico, la percezione di essere oggetto di valutazioni negative, la sensazione di non rispondere alle attese degli insegnanti, e più in generale degli adulti, possono provocare nell’adolescente un senso di inadeguatezza, che lo porta ad abbandonare la scuola o a ricercare fonti alternative di valorizzazione di sé (ibidem).

Dalle parole dei nostri partecipanti sembra, dunque, emergere la rappresentazione del docente come un adulto con molti pregiudizi nei confronti dei suoi studenti e disinteressato non solo alle loro passioni e alle loro opinioni e riflessioni, ma più in generale alla loro persona. Quanto fin qui riportato ribadisce l’importanza che riveste l’insegnante nell’esperienza scolastica degli adolescenti (Mancaniello, 2020). Quando, infatti, non vi è una buona relazione tra i docenti e i loro studenti, questi ultimi tendono a concepire la scuola come un contesto minaccioso. Ciò implica, da parte degli studenti, come anche riscontrato nei nostri focus group, il non riuscire a esprimere le proprie riflessioni, le proprie difficoltà e i propri stati d’animo per paura di giudizi stigmatizzanti (Formella et al., 2012). “Valutare è funzionale a imparare: all’opposto, nella scuola istituzionalizzata gli errori si nascondono all’insegnante perché si vogliono evitare i giudizi” (Codello, 2018, p. 16).

Per converso, il docente viene riconosciuto dai partecipanti come promotore di benessere mentale, innanzitutto, quando crea degli ambienti non giudicanti, bensì aperti alla riflessione e, soprattutto, al dialogo. Una relazione dialogica, dunque, che dovrebbe essere mirata non solo ad ascoltare le problematiche e le esigenze degli studenti, ma anche a fornire delle strategie per affrontare tali problematiche (Mancaniello, 2020). Inoltre, sembra che alcuni chiedano con forza che la loro voce e i loro problemi vengano ascoltati e non ritenuti di poco conto, come probabilmente accade quando si “riduce” il disagio o il malessere negli adolescenti a un disagio o a un malessere dell’adolescenza tout court (Barone, 2009). Queste richieste sembrano incontrare fortemente quelle emerse da un’altra indagine con gli adolescenti nel Comune e nella

Provincia di Milano (Acler, 2018a). Anche in questo studio, infatti, le caratteristiche che gli adolescenti sembrano cercare negli “adulti significativi” sono la capacità di ascolto, di dare consigli, di essere disponibili, di essere aiutati a crescere e a superare le difficoltà. Tutto questo sembra in linea con alcune delle competenze auspicate nell’educatore (quale dovrebbe essere l’insegnante), ossia sostenere gli educandi sul piano affettivo ed emotivo e creare una comunicazione e un ascolto aperti e attivi, mettendo in discussione anche se stesso (Formella et al., 2012; Mancaniello, 2020).

Sembra, infatti, emergere, dai focus group, il riconoscimento dell’importanza del ruolo educativo del docente per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti; ruolo che, secondo alcuni dei nostri partecipanti, non sempre il docente svolge o è in grado di svolgere. I docenti, infatti, vengono riconosciuti, da alcuni dei partecipanti, come le figure che dovrebbero avere altresì il compito di “insegnare a vivere” ai loro studenti in questa società contemporanea (Morin, 2014/2016), nonché a sviluppare la loro autonomia. Sembrerebbe, dunque, che anche gli adolescenti del nostro studio stiano “in cerca di adulti competenti. Non di adulti qualsiasi, ma di una particolare tipologia: un adulto che li aiuti a crescere” (Pietropolli-Charmet, 2016, p. 7).

Tuttavia, questo sembra essere compromesso da una mancanza di fiducia nell’espletamento di questo compito da parte dell’adulto, che viene percepito come esso stesso incapace di vivere in questo mondo (Palmieri, 2013b). Inoltre, tale “incompetenza” del docente viene, in qualche modo, avvertita anche nella sua modesta capacità di confrontarsi all’interno di relazioni asimmetriche e, allo stesso tempo, caratterizzate da rispetto vicendevole.

Tutto questo sarebbe per alcuni la causa della loro scarsa partecipazione e disinteresse verso una data disciplina, e in generale verso la scuola, in accordo con quanto già sopra discusso. Pertanto, ancora una volta emerge la visione di un disagio derivante dal contesto, dal luogo-scuola. Dunque, la scuola sembra essere percepita da una parte dei partecipanti come scissa dalla vita e come luogo di stress e disagio; un luogo in cui non voler stare e da cui fuggire verso una vita che, come sottolinea un partecipante, “fortunatamente esiste al di fuori della scuola”. Da queste parole, sembrerebbe, dunque, emergere il senso di “disappartenenza” alla scuola. Uno spazio-luogo che gli studenti attraversano, ma che non sembra poter diventare per loro un luogo significativo di identificazione; quasi come se fosse diventato per questi studenti uno dei tanti “nonluoghi” della contemporaneità (Barone, 2018). Ciò sembra rispecchiare le “modalità di fruizione dei luoghi educativi, formali e informali, [...] [che] risultano sempre più connotate

da una sorta di ‘nomadismo’ metropolitano in cui si esprime un bisogno di movimento continuo, in scansioni temporali veloci” (ivi, p. 23).

I ragazzi, tuttavia, sono consapevoli che non è sufficiente sfuggire al disagio creato dalla scuola e sembrano riconoscere quel circolo vizioso che lo riproduce nella vita e viceversa (Palmieri 2013a). Eppure, anche quando viene riconosciuto un altro luogo come responsabile del proprio disagio, la scuola non viene considerata di per sé un luogo in cui “rifugiarsi” dal disagio esterno, bensì come luogo in cui il disagio risulta più “gestibile”, perché esso nella scuola è circoscritto a un tempo e a uno spazio, che quindi hanno un inizio e una fine individuabili, a differenza della vita. Dunque, nella scuola il disagio non viene percepito come più gestibile perché è gestito, ma solo perché è contenuto entro determinati limiti spaziali e temporali.

Anche se non in prevalenza, è interessante la visione del docente che emerge da alcuni, ossia come colui che è a disagio, quando, per esempio, “affannato” nel dover per forza concludere il programma o svolgere le verifiche – in accordo con l’esistenza di un disagio professionale già evidenziato nella terza tematica e con quanto sembra emergere in Neill et al. (2021). A fianco a questa visione, emerge, sempre in minima parte, anche quella del docente che viene “messo a disagio” dagli studenti. In questo caso, rileviamo nei ragazzi, per la prima volta, un riconoscimento, in qualche modo, di se stessi come causa di disagio altrui.

La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola: tra lavoro ordinario e straordinario, dentro e oltre l’aula

Il potenziale di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti sembra essere riconosciuto, dai nostri partecipanti, nelle attività “esperienziali” e laboratoriali di gruppo promosse dalla scuola, sia all’interno che all’esterno della struttura scolastica, sia coi pari sia anche coi docenti. È interessante sottolineare come queste attività non sono considerate degli espedienti per “alleggerire” il carico della didattica o esclusivamente come attività ricreative, ma ne viene intravisto il potenziale per la socializzazione, per dare spazio alle passioni, alla libera espressione, per la creazione di un ambiente di benessere in classe, che può, così, favorire l’apprendimento. Conoscere il docente “oltre l’aula”, in altre vesti, sembrerebbe, per alcuni, infatti, facilitare un clima di benessere e buona relazione in classe.

Anche il gruppo viene identificato come vincente nello svolgimento di interventi/attività di promozione della salute mentale e prevenzione del disagio degli studenti, poiché ne viene riconosciuto il suo potenziale “protettivo” (Mancaniello, 2020); da questa indicazione sembra, inoltre, emergere una concezione di promozione della salute mentale “universale” e non orientata a interventi individuali.

Non solo agli interventi/attività “dedicate” e svolte in tempi e spazi circoscritti, ma anche alla didattica viene riconosciuto, da alcuni dei partecipanti, il potenziale educativo per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti (Mazzer, Rickwood, 2015). Alcuni di loro credono, infatti, che i docenti potrebbero promuovere benessere anche durante l’insegnamento e proprio grazie a esso; dunque, sia dedicando del tempo ai ragazzi durante la lezione sia grazie alla modalità di fare didattica. Una didattica interattiva, coinvolgente, stimolante la riflessione, ma anche orientata a degli insegnamenti che partono dalla vita degli studenti e ritornano a essa.

[Non] è più il contenuto da insegnare – conoscenze che nella società della comunicazione si possono trovare ovunque – che non sono più centrali ore di discipline profuse in modo ieratico, ma ciò che è assolutamente insostituibile e necessaria è una profonda relazione educativa e delle nuove forme comunicative e relazionali. Il *come* non il *cosa*. Il *come* il device non ce la fa a crearlo, si basa sull’energia che si sprigiona nella vicinanza, su quel ponte tra alunno e insegnante dato dalle emozioni che attraversano lo spazio della distanza interpersonale e dell’aula, per divenire energia vitale nel processo di apprendimento (Mancaniello, 2020, p. 41).

Sembra, così, intravedersi la possibilità per i docenti di trasformare quel “circolo vizioso” del disagio, derivante dal peso di una scuola incentrata sulla performance, in un “circolo virtuoso”, proprio a partire da un ambiente-classe stimolante la riflessione e la partecipazione degli studenti e da una modalità di fare didattica, non “calata dall’alto”, bensì adattata al contesto classe e vicina agli studenti.

4.4.3 Uno sguardo d’insieme sulle interviste e sui focus group

Le considerazioni emerse dalle interviste e dai focus group ci hanno portato a individuare alcuni punti di incontro e altri di divergenza, riguardanti alcuni temi centrali della nostra ricerca, su cui vogliamo ora sinteticamente proporre delle ulteriori riflessioni, cercando di porre in dialogo le voci emerse nei due gruppi di partecipanti (insegnanti/dirigenti e adolescenti).

La salute mentale

Entrambi i gruppi di partecipanti, ossia gli insegnanti/dirigenti scolastici e gli studenti, hanno proposto una visione della salute mentale non basata su un modello “patogenico”, ma “salutogenico”. I due gruppi, infatti, fanno riferimento al benessere mentale in termini di equilibrio psicofisico e non in correlazione a patologie psichiatriche.

Nonostante queste visioni comuni, mentre negli adulti abbiamo intercettato una concezione di salute mentale degli adolescenti come un processo da costruire e da tutelare, correlato alla capacità o meno di pensare e avere un progetto di vita, negli studenti questa sembra essere intesa maggiormente come “il fine”. Il fine a cui sembrano voler tendere gli adolescenti dei

focus group è “essere tranquilli”. Non sembra, dunque, che gli studenti concettualizzino la tematica del benessere mentale relativamente alla progettazione del proprio futuro, ma, sostanzialmente, nella individuazione di un equilibrio in un presente che appare quindi statico, privo di preoccupazioni, ma anche di aspettative e di desiderio.

Il disagio

Sia gli insegnanti e i dirigenti scolastici sia gli studenti sembrano riconoscere la radice “ambientale” del disagio che gli adolescenti sperimentano quotidianamente. Entrambi i gruppi, infatti, non riducono il disagio a caratteristiche intrinseche di questa specifica fascia di età, ma propongono delle riflessioni che collocano il contesto tra le cause principali del disagio dei giovani. Tuttavia, se i professionisti dell’educazione vedono soprattutto la società come contesto in cui ricercare i fattori che alimentano questa condizione (anche nella scuola), gli studenti percepiscono il proprio contesto scolastico come luogo che maggiormente provoca il disagio nelle loro vite.

Se, apparentemente, tali visioni possono sembrare divergenti, in realtà, fanno emergere degli elementi convergenti. In entrambi i casi, infatti, sono le troppe aspettative sociali e, quindi, scolastiche, riposte sui giovani dal mondo adulto che sembrano provocare in un disagio. Come riportato nelle interviste e come rilevato dalle parole degli studenti, a questo disagio i giovani rispondono “fuggendo” dai contesti che provocano in loro tale vissuto. Tutto questo riflette una rappresentazione del disagio, derivante dalle interviste, di una condizione legata, in qualche modo, a una carenza educativa, ossia il non aver preparato dei giovani ad affrontare le difficoltà della vita, al fallimento, a confrontarsi col disagio, ma solo ad essere dei “vincenti”; rappresentazione che sembra trovare conferma in un certo bisogno rilevato negli studenti, ossia quello di voler imparare a “vivere” e a “stare al mondo”.

Entrambi i gruppi, inoltre, sembrano riconoscere la caratteristica peculiare del disagio nel circolo vizioso; dunque, un disagio che alimenta se stesso, in un processo circolare.

La consapevolezza dell’esperienza di disagio degli adolescenti e dell’importanza della loro salute mentale

Per quanto riguarda la consapevolezza del disagio che i giovani di oggi attraversano, questa sembra emergere chiaramente sia nelle interviste che nei focus group. In entrambi i casi, infatti, più o meno esplicitamente, vengono riconosciuti come manifestazioni di disagio l’ansia, la difficoltà relazionale, l’apatia. Sia i professionisti dell’educazione sia gli studenti della nostra indagine, inoltre, concepiscono la salute mentale come una dimensione fondamentale, soprattutto,

nella vita degli adolescenti. Eppure, entrambi i gruppi percepiscono una scarsa conoscenza, consapevolezza e attenzione su tali tematiche nel loro contesto scolastico.

In riferimento a questa percezione, ci sembra interessante sottolineare che la complessa situazione creata e alimentata dalla pandemia da Covid-19 abbia rappresentato “un’occasione mancata” per accorgersi dell’esperienza di disagio dei propri studenti e dell’importanza che ricopre nelle loro vite la salute mentale. Al contrario, in entrambi i focus group è stato riportato come in alcuni casi la priorità di questi docenti sia stata quella “istituzionale”, riconosciuta nell’aumento delle prove di valutazione e del carico di studio. Tutto questo rimanda, in qualche modo, a un riconoscimento del disagio professionale degli stessi insegnanti. Un disagio che sembra quindi derivare da più parti, ossia dall’incapacità di questi docenti di riconoscere il proprio ruolo e i propri compiti professionali, essendo ormai calati nell’ottica di rispondere al funzionamento organizzativo della scuola, ma anche – come sembra emergere dalle parole di alcuni intervistati e di alcuni studenti – da una scarsa cultura della valutazione, quasi ridotta alla certificazione, che ormai sembra opprimere gli stessi professionisti, oltre che gli studenti.

Il contesto scolastico

La scuola viene dipinta dagli studenti come un luogo che percepiscono lontano dalle loro vite e un contesto “giudicante” e “valutante”, che essi sembrano subire, ma non abitare. Questo sembrerebbe incontrare il pensiero degli intervistati che credono che gli adolescenti percepiscano la scuola come un luogo scisso dalle proprie vite, semplicemente da attraversare o da cui ritirarsi. Per gli insegnanti/dirigenti, infatti, la scuola sembra rappresentare il contesto in cui le aspettative degli adulti sugli adolescenti possono prendere forma e dove devono dare i loro frutti. Dunque, più che il luogo dell’apprendimento, della riflessione sul proprio progetto di vita, dello sperimentare il proprio essere-nel-mondo insieme ad altri soggetti, la scuola sembra essere il luogo dove dimostrare chi “poter-essere-per-gli-altri”.

Anche in questo caso, tuttavia, emergono parzialmente delle visioni discordanti; infatti, se per i professionisti dell’educazione, la scuola ha comunque un potenziale “protettivo” circa un disagio portato dall’esterno dagli studenti, per gli adolescenti partecipanti ai focus group, anche nei casi in cui la scuola emerge come luogo in cui il disagio viene soprattutto portato dall’esterno, tale contesto non è considerato come un luogo che aiuta ad affrontare il disagio. La scuola, a fronte di un contesto sociale che crea malessere, è vissuta da alcuni come alternativa più “gestibile” di disagio.

Il docente

Nel contesto scolastico, per gli studenti, il docente è la figura che più di tutti sembra creare disagio. Esso viene, infatti, descritto come colui che alimenta le suddette rappresentazioni del malessere a scuola, nel momento in cui non dà valore alle esperienze di vita “esterne” degli studenti, ma, al contrario, le considera come ostacolanti dei loro impegni scolastici. Inoltre, il docente viene considerato generatore di malessere quando non sembra valutare soltanto le prove dello studente, bensì la “persona-studente”. Ciò sembra essere parzialmente in linea con quanto dichiarato dagli insegnanti, che collegano la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio alla consapevolezza dei docenti circa il proprio ruolo educativo, che è in antitesi con una rappresentazione del ruolo del docente come totalmente imperniato sull’apprendimento e, in particolare, sulla valutazione di quest’ultimo. Questa consapevolezza del proprio ruolo educativo viene a essere considerata generalmente carente nei docenti delle Scienze “dure” o delle scuole superiori di secondo grado.

Anche gli studenti riconoscono l’importanza del ruolo educativo del docente per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio a scuola, soprattutto quando questi riesce a creare degli ambienti non giudicanti, bensì aperti alla riflessione e, soprattutto, al dialogo. Questo è in linea con quanto emerso dalle interviste con gli insegnanti/dirigenti. Addirittura, alcuni professionisti sembrano voler limitare il proprio compito, per lo più, alla promozione di un ambiente di ascolto e di relazione. Va comunque sottolineato che studenti e docenti sono concordi nel ritenere che un ambiente scolastico caratterizzato da capacità di ascolto e da relazioni positive è necessario per l’apprendimento.

Sembra emergere, dunque, sia dai focus group sia dalle interviste un riconoscimento dell’importanza del ruolo educativo del docente per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti. Il docente è, infatti, colui che dovrebbe, secondo gli studenti e secondo gli intervistati, supportare i ragazzi nella riflessione delle esperienze scolastiche, oltre che insegnar loro “a vivere”. Al contempo, sembra emergere che il docente non sempre è consapevole e capace di attendere tale compito.

Sembra, dunque, emergere come gli studenti siano alla ricerca nell’insegnante di una figura di riferimento, che, però, non sempre sembrano trovare. Allo stesso tempo, sembra manifesto quanto gli insegnanti da noi intervistati si riconoscano come adulti di riferimento per i loro studenti, anche se essi non rilevano la stessa attitudine, a essere adulti di riferimento, nel loro contesto scolastico.

La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio a scuola

Sia gli insegnanti sia gli studenti sembrano intravedere soprattutto nella quotidianità scolastica la possibilità di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti. Nello specifico, in entrambi i gruppi emerge la riflessione secondo cui si possono promuovere tali dimensioni durante la normale attività scolastica. Questo, sia per gli insegnanti sia per gli studenti, assume due significati, ossia la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio dei ragazzi grazie alla creazione di un contesto classe aperto, supportivo e caratterizzato da buone relazioni; nonché il raggiungimento di tali obiettivi grazie alla stessa didattica, tanto per quello che riguarda le modalità di insegnamento – più partecipative, innovative e coinvolgenti – quanto per i suoi contenuti. Riguardo a quest'ultimo punto, i docenti credono di poter promuovere la salute mentale e prevenire il disagio grazie all'insegnamento, nel momento in cui si pongono come obiettivo non solo di far raggiungere ai propri studenti degli specifici obiettivi, ma soprattutto delle competenze, che possono diventare per i ragazzi delle competenze di vita. Specularmente, gli studenti riconoscono questa potenzialità, quando i loro docenti “calano” i contenuti del loro insegnamento nelle vite degli studenti.

Oltre che nella didattica, entrambi i gruppi sembrano intravedere la possibilità di promuovere la salute mentale e la prevenzione del disagio in attività esperienziali e laboratoriali, sia all'interno sia all'esterno della scuola, ma con un elemento in comune: il docente come attivamente partecipe di queste attività. È interessante, infatti, come sia gli insegnanti sia gli studenti considerino la partecipazione del docente a tali attività anche come un modo affinché essi possano imparare a conoscersi reciprocamente, oltre la dimensione scolastica dell'aula, per poi riconoscersi, con una visione arricchita, al rientro in aula.

4.5 Riflessioni conclusive sulla ricerca sul campo

La ricerca che abbiamo condotto sul campo ci ha permesso di giungere ad alcune riflessioni conclusive rispetto ai quesiti di ricerca, ai quali ci eravamo proposti di rispondere. Tali quesiti riguardavano l'esplorazione della rappresentazione della salute mentale e del disagio degli adolescenti e del ruolo del docente e della scuola nella promozione dell'una e nella prevenzione dell'altro. Ciò è stato indagato trasversalmente sia con un gruppo di insegnanti e dirigenti scolastici delle scuole superiori sia con un gruppo di studenti dell'ultimo anno della scuola superiore di secondo grado.

A conclusione di questa indagine, possiamo riportare una visione degli intervistati e quella degli studenti a tratti apparentemente contrapposte, ma, di fatto, orientate nella stessa direzione. La direzione che sia i professionisti dell'educazione e sia gli studenti sembrano proporci è

quella dell'effettiva possibilità di promuovere la salute mentale e prevenire il disagio degli studenti a scuola, soprattutto grazie al riconoscimento del ruolo del docente, che è un ruolo anche e soprattutto *educativo*. Tale riconoscimento sembra essere compromesso da una scarsa consapevolezza di questo ruolo nel contesto scolastico, sia nei professionisti e sia negli studenti, a causa della quale molto spesso la scuola, da promotrice di benessere, diventa luogo di promozione del disagio. La scuola oggi, per come è stata presentata dagli insegnanti e dagli adolescenti dei focus group, sembra riproporre al suo interno una realtà distante dalla vita degli studenti e, allo stesso tempo, riflettere la complessità della società contemporanea; una micro-realtà, dunque, dove, anziché fornire agli studenti l'opportunità di sperimentare e sperimentarsi, costruendo e coltivando i loro desideri per il futuro, diventa teatro di pratiche performative e orientate al raggiungimento di risultati nel qui e ora.

Sappiamo bene che i nostri partecipanti non siano rappresentativi di tutti gli insegnanti e i dirigenti scolastici e degli studenti delle diverse scuole superiori italiane, nonché di tutti i professionisti e tutti gli studenti dei contesti scolastici di diverso ordine e grado. Infatti, in accordo con i metodi dichiarati e con quello che è considerato il *gold standard* del campionamento nella ricerca qualitativa, ossia il campionamento propositivo, abbiamo potuto includere nella nostra indagine dei soggetti altamente informativi. Pertanto, siamo consapevoli che non tutti i professionisti dell'educazione e non tutti gli studenti delle scuole superiori siano così sensibili e di ampie vedute circa le tematiche della salute mentale e del disagio degli adolescenti, come lo sono stati, invece, i nostri intervistati e i nostri partecipanti ai focus group. È grazie, però, alle loro voci – ossia alle narrazioni di chi quotidianamente si confronta con una realtà scolastica complessa – che possiamo concludere evidenziando l'estremo bisogno, oggi più che mai, di docenti che rappresentino veramente per gli studenti delle figure di riferimento; è grazie a questi professionisti che gli studenti possono vivere il tempo e lo spazio della scuola come un tempo e uno spazio di una “vita nella vita”, in cui è possibile, in un contesto protetto, confrontarsi col disagio, imparare a gestirlo, scoprire i propri limiti e i propri talenti, alimentare il futuro e la speranza, per tornare alla vita arricchiti di un'esperienza scolastica che è, così configurata, un'esperienza educativa. Tutto questo sembra possibile solo grazie a un rinnovato senso della promozione del benessere mentale e della prevenzione del disagio a scuola, che va oltre le sole esperienze portate dall'esterno e, per di più, in maniera non continuativa e non integrata alla quotidianità scolastica; un'idea di prevenzione che va oltre le “ricette”, sicuramente facili da applicare, ma che, se non integrate alla “materialità” dell'agire educativo, saranno destinate a diventare anch'esse delle pratiche estemporanee; una rappresentazione della promozione della

salute mentale che arriva, dunque, a far sì che tale dimensione sia considerata, a tutti gli effetti, parte della pratica quotidiana scolastica e, quindi, un processo da costruire grazie non solo alla tecnica, ma anche all'arte, dell'agire educativo.

I professionisti dell'educazione e gli studenti della nostra indagine sembrano chiedere la stessa cosa: avere la possibilità di pensare e vivere la scuola in un modo diverso, ossia come un'agenzia educativa e formativa e non come un'agenzia-contenitore di richieste esterne e/o interne da espletare. Sembra, infatti, emergere un bisogno formativo dei professionisti dell'educazione che lavorano a scuola non solo orientato alla gestione "occasionale" del disagio, o all'acquisizione di informazioni su interventi/attività strutturati o semi-strutturati di promozione della salute mentale, ma soprattutto sulla conoscenza e consapevolezza del loro ruolo educativo e, aggiungiamo noi, del dispositivo pedagogico che sorregge qualsiasi esperienza educativa, anche, ovviamente, quella scolastica. Crediamo, infatti, sia attraverso questa formazione che si potrebbe promuovere quel cambiamento culturale del contesto scolastico, tanto auspicato dagli intervistati, affinché la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli studenti non si limiti a diventare un'esperienza occasionale, portata avanti dagli "addetti ai lavori", ma, al contrario, un'esperienza di vita e della vita scolastica.

Limiti e prospettive future

Tra i limiti da dichiarare circa la nostra ricerca ricordiamo l'impossibilità di generalizzare i dati emersi, ma, in accordo ai metodi dichiarati, soltanto la possibilità di trasferire tali riflessioni a dei campioni con caratteristiche simili a quelle dei nostri partecipanti. Sempre per quanto riguarda il campione, sarebbe stato maggiormente rappresentativo includere nella nostra ricerca insegnanti e dirigenti scolastici e anche studenti provenienti maggiormente da altri indirizzi scolastici, oltre che dal Liceo delle Scienze Umane e dall'Istituto Tecnico e Professionale. Solo per quanto riguarda i docenti, inoltre, sarebbe stato auspicabile coinvolgere più professionisti provenienti da una formazione dell'ambito di Scienze della vita e delle Scienze Dure. È possibile tuttavia che, quest'ultimo punto sia un possibile riflesso di una minore sensibilità e "informatività" circa le tematiche indagate da parte di docenti appartenenti a un determinato ambito disciplinare e indirizzo scolastico.

Ci sembra doveroso annoverare tra i limiti anche la modalità della conduzione delle interviste e dei focus group, ossia da remoto, mediante l'utilizzo di una piattaforma on-line. Questa è stata l'unica possibilità di svolgimento dell'indagine nei periodi in cui era per noi necessario raccogliere i dati. Se da un lato, questa modalità ha consentito di raggiungere sia i professionisti

sia gli studenti molto più facilmente, visti gli impegni generali e quelli aggravati dal periodo pandemico, dall'altro, per quanto riguarda la modalità dei focus group, ha implicato una maggiore interazione diretta e spontanea tra i partecipanti. Sarebbero, dunque, utili maggiori ricerche in continuità con le indagini presentate, considerando i risultati emersi e i limiti dichiarati.

Future ricerche potrebbero, inoltre, orientarsi verso l'esplorazione e la co-costruzione di possibili percorsi formativi per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio, da parte non solo dei docenti e dirigenti scolastici, ma anche dei ragazzi, che hanno dimostrato di avere le idee molto chiare su questi temi.

Conclusione

Siamo arrivati, dunque, al termine di questo studio che ha cercato di esplorare la tematica della promozione della salute mentale e dell'elaborazione del disagio degli adolescenti in relazione all'agire educativo della scuola. Questo è stato possibile a partire da alcune premesse teoriche, come già evidenziato nelle note introduttive, rilette e approfondite alla luce dell'indagine qualitativa che abbiamo condotto con un gruppo di insegnanti e dirigenti scolastici delle scuole superiori e un gruppo di studenti dell'ultimo anno della scuola superiore di secondo grado.

Grazie alla prima parte di questa tesi abbiamo maggiormente compreso l'importanza di porci delle domande circa le varie rappresentazioni sociali sugli adolescenti, sul disagio e sulla salute mentale, nonché sui diversi significati che ruotano intorno ai concetti di promozione, prevenzione e su come questi siano inderogabilmente connessi all'educazione. È stato importante, poi, riflettere sull'implicazione teorica della scuola nelle attività preventive e sulla imprescindibilità di questa agenzia educativa nella promozione della salute mentale e nella prevenzione del disagio degli adolescenti, andando poi sul campo per cercare di capire se è pensabile che la scuola sia effettivamente coinvolta in questo processo.

Questo percorso ci ha consentito di porci delle domande alle quali abbiamo tentato di dare delle risposte, ovviamente, non conclusive e assolute, ma che potessero offrire degli sguardi derivanti dagli stessi protagonisti del mondo della scuola, ossia studenti, insegnanti e dirigenti. Pertanto, circoscrivendo le nostre considerazioni al campione dei partecipanti del nostro studio – descritto in maniera più dettagliata all'interno del Capitolo 4 –, nonché al nostro sguardo teorico, ci pare interessante soffermarci su alcune riflessioni sollevate dall'incontro con chi sta sul campo, ossia nel mondo della scuola.

In particolare, sembra che emerga dalla nostra ricerca una visione di un adolescente non in lotta contro il resto del mondo, bensì di un giovane affaticato dalle pressioni sociali e scolastiche; di un adolescente non in crisi “a priori”, bensì di un ragazzo che è esposto all’incertezza intrinseca alla società contemporanea e a un disagio diffuso, con cui, però, quell’adolescente non riesce a confrontarsi, perché necessita di strumenti di elaborazione dell’esperienza che non può costruire da solo. Un adolescente che, a oggi, non riconosce nella scuola il luogo in cui “fare esperienza di adolescenza” e, più ingenerale, di vita, quanto piuttosto un luogo estraneo alla propria esistenza, dal quale fuggire, il prima possibile, poiché luogo carico di esasperanti aspettative di performance che non gli appartengono. Ciononostante, non sembra che il nostro gruppo di studenti abbia perso la fiducia nel mondo scolastico e nei docenti che svolgono la propria professione al suo interno; questi adolescenti, infatti, intravedono in questi ultimi delle figure di riferimento che vorrebbero che si avvicinassero alle loro vite, per poter finalmente essere “visti”, per poter avere qualcuno che si interessi a loro, che li aiuti a vivere in questo mondo, avendo tuttavia cura di non invadere spazi e tempi che restano comunque inviolabili.

Allo stesso modo, anche i professionisti intervistati si riconoscono in questo ruolo autenticamente educativo e intravedono nella scuola delle grandi potenzialità per promuovere quotidianamente il benessere mentale e prevenire il disagio degli studenti. Gli insegnanti, tuttavia, sembrano chiedere a gran voce di essere supportati in questa riconquista di un ruolo autenticamente educativo, non soltanto nella specificità dell’applicazione di interventi proposti dall’esterno e nel riconoscimento e gestione delle situazioni di disagio, ma, soprattutto, nell’implementazione delle competenze e della consapevolezza circa quel ruolo, sia per sé che per i loro colleghi. Ciò che gli insegnanti sembrano denunciare, infatti, è un gran senso di solitudine in questo processo di elaborazione del disagio e di promozione della salute mentale dei ragazzi a scuola.

In conclusione, come abbiamo più volte ribadito, sappiamo che le riflessioni riportate, per ovvi motivi, non siano rappresentative di tutte le realtà scolastiche italiane. Tuttavia, ciò che sembra possibile affermare è che oggi vi sia l’opportunità di imbattersi, nei contesti scolastici italiani, in professionisti dell’educazione e in adolescenti che hanno il desiderio di incontrarsi e di dialogare, per costruire insieme un percorso comune volto allo sviluppo di un ambiente scolastico in cui sia possibile parlare, riflettere non solo sui contenuti delle discipline, ma anche sulle esperienze, sulla vita. Un ambiente scolastico che permetta di pensare l’esperienza, che spesso è quella del disagio, trasformandosi quindi in un contesto che può diventare promotore di benessere. Tuttavia, sappiamo anche che, affinché questo incontro tra scuola e vita possa

avvenire, è necessario per questi professionisti comprendere la potenza del dispositivo educativo che regge l'esperienza scolastica; come anche, sappiamo che, affinché tale dialogo divenga quotidiano e non soltanto limitato ad alcune occasioni o ad alcuni soggetti, è necessario che l'*intero* contesto scolastico condivida una missione comune, che è, in ultima analisi, una missione educativa, che, come dice Biesta (2017/2021), va oltre l'apprendimento.

È, inoltre, molto probabile che ci si possa imbattere oggi in delle realtà scolastiche in cui esistono molti interventi e attività, progettate e gestite da esperti esterni, che hanno come obiettivo la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio degli adolescenti. Crediamo, tuttavia, che questi interventi, se non inclusi in un percorso educativo predisposto dal docente, rischino di diventare tanti pezzi di un puzzle destinati a non ricomporsi mai in una forma sensata.

Infine, riteniamo di poter affermare che ci sia la possibilità di incontrare nei contesti scolastici italiani dei professionisti, insegnanti e dirigenti, che hanno voglia di far entrare la vita nella scuola e di far uscire la scuola nel contesto della vita. Crediamo, tuttavia, che, affinché questo movimento bidirezionale abbia delle potenzialità educative, non si debba tradurre in semplice transizione o apertura, ma debba far parte di un processo educativo intenzionale, che vede il docente lavorare per il "desiderio" degli studenti, o meglio per la formazione di soggetti desideranti (Orsenigo, 2010). Ciò significa predisporre un setting educativo nel quale il docente possa "interrompere" la familiarità del mondo che solitamente lo studente frequenta (Biesta, 2017/2021), per far sì che questi possa confrontarsi con l'incertezza, con il senso del fallimento, con i limiti della vita, ma anche con le sue potenzialità, con i suoi talenti, con i suoi sogni, per tornare alla vita con uno sguardo arricchito della realtà; uno sguardo che gli consenta di tornare poi alla vita come un soggetto capace di confrontarsi attivamente con il mondo, capace di vedersi nel mondo insieme ad altri soggetti, capace di desiderare e di pensarsi nel futuro; dunque, non più e non soltanto come soggetto in grado di "resistere" nel mondo e di desiderare una individualistica "tranquillità", intesa, nella nostra prospettiva, come un surrogato alienante del benessere.

Bibliografia

- Adamo N., Morrone F., Valerio P. (2001). In A. Pellai, P. Marzorati (a cura di), *Educazione alla salute. Standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*. FrancoAngeli, Milano, pp. 98-125.
- Acler G. (2018a). I luoghi significativi. La voce degli adolescenti. In Barone P. (a cura di). *Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza oggi*. FrancoAngeli, Milano, pp. 105-176.
- Acler G. (2018b). L'adolescenza nei servizi. Un'indagine sulle rappresentazioni e le pratiche di educatori e insegnanti nella Città Metropolitana di Milano. In Barone P. (a cura di). *Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza oggi*. FrancoAngeli, Milano, pp. 177-193.
- Adi Y., Killoran A., Janmohamed K., Stewart-Brown S. (2007). Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. Report 1: Universal approaches: non-violence related outcomes. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews*.
- Aldam S.F.S., Keliat B.A., Wardani I.Y., Sulistiowati N.M.D., Florensa M.V.A. (2019). Risk factors of mental health in adolescents: emotional, behavioral, family, and peer relationship problems. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42, sup1, pp. 284-290.
- Airolì A. (2018). Essere adolescente nella società dell'incertezza tra disagio essenziale e ricerca di senso. In P. Barone (a cura di), *Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza oggi*. FrancoAngeli, Milano, pp. 43-55.
- Ambrosi E., Canzan F. (2021). Il senso e il metodo della ricerca sulla contenzione degli anziani nelle strutture residenziali. In L. Saiani, L. Mortari (a cura di), *La contenzione degli anziani: una questione etica. Proposte per un nuovo umanesimo sanitario*. Carocci Editore, Roma, pp. 11-23.
- Ammaniti M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina, Milano.
- Ammaniti M. (2015). *La famiglia adolescente*. Laterza, Roma-Bari.
- Ammaniti M. (2018). *Adolescenti senza tempo*. Cortina, Milano.
- Annacontini, G. (2019). *Imparare a essere forti. Segnavia di pedagogia della salute per pensare la relazione di cura*. Progedit, Bari.
- Anthony W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, pp. 11-23.
- Antonacci F., Cappa F. (2001). *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro*. FrancoAngeli, Milano.

- Antonovsky A., 1996. A salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 1, pp. 11-18.
- Ariès P. (1960). *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna*. Trad. it. Laterza, Roma-Bari, 1968.
- Arksey H., O'Malley L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, pp. 19-32.
- Armocida B., Monasta L., Sawyer S., Bustreo F., Segafredo G., Castelpietra G., Ronfani L., Pasovic M., Hay S.; GBD 2019 Europe NCDs in Adolescents Collaborators; Perel P., Beran D. (2022). Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10-24 years in the EU, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6, 6, pp. 367-383.
- Artino A.R. Jr, La Rochelle J. S., Dezee K.J., Gehlbach H. (2014). Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher*, 36, 6, pp. 463-474.
- Augè M. (2012). *Futuro*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 2012.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA) (2022). *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*. Disponibile al link: <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf> (ultimo accesso: 15/01/2023).
- Babini V.P. (2009). *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*. Il Mulino, Bologna.
- Balaji M., Andrews T., Andrew G., Patel V. (2011). The acceptability, feasibility, and effectiveness of a population-based intervention to promote youth health: an exploratory study in Goa, India. *Journal of Adolescent Health*, 48, 5, pp. 453-460.
- Baldascini L. (1993). *Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni*. FrancoAngeli, Milano.
- Bannink R., Broeren S., Joosten-van Zwanenburg E., van As E., van de Looij-Jansen P., Raat H. (2014). Effectiveness of a web-based tailored intervention (E-health4Uth) and consultation to promote adolescents' health: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16, 5, p. e3163.
- Bauman Z. (2000a). *Il disagio della postmodernità*. Trad. it. Bruno Mondadori, Milano, 2002.
- Bauman Z. (2000b). *Modernità liquida*. Trad. it. Laterza, Roma-Bari, 2002.
- Bauman Z. (2001). *La società individualizzata. Come cambia la nostra esperienza*. Trad. it. Il Mulino, Bologna, 2002.

- Bauman Z. (2004). *Vite di scarto*. Trad. it. Laterza, Roma-Bari, 2005.
- Bauman Z. (2009). *Vite di corsa. Come salvarsi dalla tirannia dell'effimero*. Trad. it. Il Mulino, Bologna.
- Barison F. (1990). La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia. *Comprendre*, 5, pp. 27-35.
- Barone P. (2009). *Pedagogia dell'adolescenza*. Guerini, Milano.
- Bruzzone D. (2018). Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza nell'epoca post-moderna. In P. Barone (a cura di), *Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza oggi*. FrancoAngeli, Milano, pp. 30-42.
- Barone P. (2019). *Gli anni stretti. L'adolescenza tra presente e futuro*. FrancoAngeli, Milano.
- Barone P., Mantegazza R. (1999). *La terra di mezzo. Gli elaboratori pedagogici dell'adolescenza*. Unicopli, Milano.
- Barone P., Orsenigo J., Palmieri C. (a cura di) (2002). *Riccardo Massa. Lezioni su «L'esperienza della follia»*. Franco Angeli, Milano.
- Basaglia F. (1964). *La distruzione dell'ospedale psichiatrico*. Einaudi, Torino.
- Basaglia F., Basaglia, F.O. (1982). Prefazione a Ideologia e pratica della psichiatria sociale di Maxwell Jones. In F. Basaglia (a cura di) *Scritti. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. 1968-1980*. Einaudi, Torino.
- Baudrillard (2000). *L'illusione dell'immortalità*. Trad. it. Armando, Roma, 2007.
- Benasayag M., Schmit G. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Trad. it. Feltrinelli, Milano, 2003.
- Benanti P. (2015). L'intolleranza. Una frattura nella memoria interpretante credente. *Religione e società* 83, p. 43-47.
- Benozzo A., Priola V. (2022). *Interrogare la ricerca qualitativa. Pratiche critiche e sovversive*. Cortina, Milano.
- Bertolini P. (1988). L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata. La Nuova Italia, Milano, 2002.
- Bertolini P., Caronia L. (2004). *Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento*. La Nuova Italia, Firenze.
- Biasin (2019). Emerging adulthood: la "fatica" di diventare adulti. In M. Cornacchia, S. Tramma (a cura di), *Vulnerabilità in età adulta. Uno sguardo pedagogico*. Carocci, Roma, pp. 83-102.
- Biesta G.J.J. (2017). *Riscoprire l'insegnamento*. Trad. it. Cortina, Milano, 2022.
- Binswanger L. (1927). *Per un'antropologia fenomenologica* Trad. it. Feltrinelli, Milano, 1970.

- Binswanger L. (1957). *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Trad. it. Mimesis, Milano-Udine, 2013.
- Bjørnsen H.N., Ringdal R., Espnes G.A., Eilertsen M.E.B., Moksnes U.K. (2018). Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC health services research*, 18, 1, pp. 1-13.
- Bloom M., Gullotta, T.P. (2003). Evolving definitions of primary prevention. In T.P. Gullotta, M. Bloom (a cura di), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. Springer, Boston, MA, pp. 9-15.
- Boarelli M. (2019). *Contro l'ideologia del merito*. Laterza, Bari-Roma.
- Bohleber L., Cramer A., Eich-Stierli B., Telesko R., von Wyl A. (2016). Can we foster a culture of peer support and promote mental health in adolescence using a web-based app? A control group study. *JMIR mental health*, 3, 3, p. e5597.
- Borca G. (2008). La prevenzione del rischio e la promozione del benessere in campo psicosociale. S. Bonino (a cura di). *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Erickson, Trento, pp. 15-38.
- Borgna E. (2006). Da Karl Jaspers a Ludwig Binswanger, dalla fenomenologia soggettiva alla fenomenologia antropologica. R. Conforti (a cura di). *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze: storia, alleanze, conflitti*. Rubbettino, Catanzaro, pp. 1000-1014.
- Borgna E. (2019). La fenomenologia nella sua teoria e nella sua prassi. In *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. Disponibile al link: <http://www.psychiatryonline.it/node/1187> (ultimo accesso: 15/01/2023).
- Bove (2009) (a cura di). *Ricerca educativa e formazione. Contaminazioni metodologiche*. FrancoAngeli, Milano.
- Braibanti P. (2003). Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute. In P. Braibanti (a cura di), *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*. FrancoAngeli, Milano, pp. 19-64.
- Brambilla L. (2010). Pedagogia e psichiatria. In L. Brambilla, C. Palmieri (a cura di). *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale*. FrancoAngeli, Milano, pp. 15-44.
- Brambilla L. (2020). I modelli. In L. Brambilla, M. Rizzo (2020) (a cura di), *Giovani, modelli e territori. Esplorazioni pedagogiche attorno al divenire di ragazzi e ragazze nella contemporaneità*. FrancoAngeli, Milano, pp. 41-67.

- Bruzzone D. (2018). L'età della crisi nel tempo della crisi: l'adolescenza può dirsi ancora un'età della transizione? In P. Barone (a cura di), *Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza oggi*. FrancoAngeli, Milano, pp. 30-42.
- Bruzzone D., Fizzotti E. (2005) (a cura di). *Viktor E. Frankl. La sfida del significato. Analisi esistenziale e ricerca di senso*. Erickson, Trento.
- Cahnman-Taylor M., Siegesmund R. (a cura di) (2017). *Arts-based research in education. Foundations for practice*. Routledge, New York.
- Cambi F. (2018). Prefazione. In M.R. Mancaniello. *Per una pedagogia dell'adolescenza. Società complessa e paesaggi della metamorfosi identitaria*. Pensa MultiMedia, Lecce, pp. 9-12.
- Canevaro A. (2015). *Nascere fragili. Processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna.
- Cappa F. (2014). Introduzione. In J. Dewey. *Esperienza e educazione*. Cortina, Milano, pp. VII-XXII.
- Cappa F. (2022). Introduzione all'edizione italiana. In G.J.J. Biesta. *Riscoprire l'insegnamento*. Cortina, Milano, pp. VII-XVII.
- Cargnello D. (1980). Ambiguità della psichiatria. *Comprendre*, 9, pp. 7-48.
- Castel R. (1980). *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano.
- Catella M., Massa R. (2000). *Prevenzione. Un alibi minimalista? Pedagogia e dipendenze: a proposito di uno statuto preventivo delle scienze della formazione*. ITL-Centro Ambrosiano, Milano.
- Cattelino E. (a cura di) (2010). *Rischi in adolescenza. Comportamenti problematici e disturbi emotivi*, Carocci, Roma.
- Cefai C., Askell-Williams H. (2017). *Mental Health Promotion in Schools*. Sense Publishers, Rotterdam. In Cefai C., Cooper P. (a cura di) (2017). *Mental Health Promotion in Schools*. Sense Publishers, Rotterdam, pp. 99-119.
- Cefai C., Cooper P. (a cura di) (2017). *Mental Health Promotion in Schools*. Sense Publishers, Rotterdam.
- Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2012). *How mental illness loses out in the NHS. Report, 2 July*. The London School of Economics and Political Science, London.
- Codello F. (2018). Prefazione. In A. Del Rey, *La tirannia della valutazione*. Elèuthera, Milano.

- Colombo M. (1995). Empowerment nei servizi residenziali per anziani non autosufficienti. *Animazione Sociale*, 5.
- Colucci M., Di Vittorio P. (2001). *Franco Basaglia*. Pearson, Milano.
- Confalonieri E., Grazzani-Gavazzi I. (2005), *Adolescenza e compiti di sviluppo*, Unicopli, Milano.
- Cornacchia M. (2019). L'evoluzione della condizione adulta: origini e motivazioni di un profilo in divenire. In M. Cornacchia, S. Tramma (a cura di), *Vulnerabilità in età adulta. Uno sguardo pedagogico*. Carocci, Roma, pp. 83-102.
- Costa V. (2017). *Teorie della follia e del disturbo psichico*. La Scuola, Brescia.
- Cyrulnik B., Malaguti E. (a cura di) (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Erickson, Trento.
- D'Amato M. (2014). *Ci siamo persi i bambini: perché l'infanzia scompare*. Laterza, Roma-Bari.
- Dahlberg K., Dahlberg H., Nyström M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. StudentLitteratur, Hungary.
- Daniele K. (2022a). La promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio negli adolescenti: il ruolo degli insegnanti e prospettive per la loro formazione. In A.L. Rizzo, V. Riccardi (a cura di), *La formazione degli insegnanti: problemi, prospettive e proposte per una scuola di qualità e aperta a tutti e tutte*. Pensa Multimedia, Lecce, pp. 13-18.
- Daniele K. (2022b). Uno studio qualitativo sulla salute mentale e il disagio a scuola: la prospettiva degli adolescenti nel tempo della pandemia. *Journal of Health Care Education in Practice*, 4, 2, pp. 3-16.
- Daniele K., Gambacorti-Passerini M.B., Palmieri C., Zannini L. (2022). Educational interventions to promote adolescents' mental health: A scoping review. *Health Education Journal*, 81, 5, pp. 597-613.
- De Cristofaro, E. (2018). Una sana libertà. Difesa sociale e cura nella legislazione manicomiale italiana 1904–1978. *Italian Review of Legal History*, 4, pp. 1-22.
- De Santi A., Guerra R., Morosini P. (a cura di) (2008). *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*. Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Dewey J. (1939). *Esperienza e educazione*. Trad. it., Cortina, Milano, 2014.
- Díaz C.N. (2020). Students' Mental Health: the importance of the teacher's role and training. *Revista Educación las Américas*, 10, 2, 277-287.

- Ehrenberg A. (1998). *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*. Trad. it. Einaudi, Torino, 2010.
- Ekornes S., Hauge T.E., Lund I. (2012). Teachers as mental health promoters: a study of teachers' understanding of the concept of mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14, 5, pp. 289-310.
- European Union (EU) (2020). Joint Action Mental Health and Wellbeing. What is Mental Health? Disponibile al link: <https://mentalhealthandwellbeing.eu/what-is-mental-health/> (ultimo accesso: 15/01/2023).
- Fass P. S. (2016). *The end of American childhood*. Princeton University Press, Princeton-Oxford.
- Ferrante A. (2016). *Materialità e azione educativa*. FrancoAngeli, Milano.
- Ferrante A. (2020). Esclusione sociale e marginalità: una problematica (anche) pedagogica. In A. Ferrante, M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *L'educazione e i margini. Temi, esperienze e prospettive per una pedagogia dell'inclusione sociale*. FrancoAngeli, Milano, pp. 17-31.
- Fook J., Gardner F. (2007). *Practicing critical reflection. A resource handbook*. Open University Press, Berkshire.
- Foucault M. (1972). *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*. Trad. it. BUR Rizzoli, Milano, 1976.
- Formella Z. (2010), Il concetto del disagio adolescenziale, in: Il disagio adolescenziale. Tra aggressività, bullismo e cyberbullismo, Z. Formella, A. Ricci (a cura di), LAS, Roma, p. 80-97.
- Formella Z., Iacomini E., Szpringer M. (2012). La relazione con l'educatore maturo come fattore di protezione nel disagio adolescenziale. *Orientamenti Pedagogici*, 59, 1, pp. 57-73.
- Frazier S.L., Dinizulu S. M., Rusch D., Boustani M.M., Mehta T.G., Reitz K. (2015). Building resilience after school for early adolescents in urban poverty: Open trial of Leaders@Play. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42, pp. 723-736.
- Gadamer H.G (1993). *Dove si nasconde la salute*. Trad. it. Cortina, Milano, 1994.
- Galanti M.A. (2007). *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*. Carocci, Roma.
- Galanti M.A. (2020). L'emergenza come occasione per un ripensamento critico del modello aziendalistico di formazione. *Studi sulla Formazione*, 23, 2, pp. 61-68.

- Galimberti U. (2000). Karl Jaspers e la psicopatologia. *Atque*, 22, pp. 63-78.
- Galimberti U. (2001). *Gli equivoci dell'anima*. Feltrinelli, Milano.
- Galimberti U. (2003). *Psichiatria e fenomenologia. Con un saggio di Borgna E.* Feltrinelli, Milano.
- Galimberti U. (2007). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Feltrinelli, Milano, (edizione 2008).
- Galimberti U. (2018). *La parola ai giovani: dialogo con la generazione del nichilismo attivo*. Feltrinelli, Milano.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2019). "La cura della follia nel contesto occidentale". In C. Palmieri, M.B. Gambacorti-Passerini, *Il lavoro educativo in salute mentale*. Guerini, Milano, pp. 13-59.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2021a). Disagio e patto intergenerazionale. In M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *Disagio e lavoro educativo. Prospettive pedagogiche nell'esperienza della contemporaneità*. FrancoAngeli, Milano, pp. 169-186.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2021b). Disagio e vita quotidiana: quali possibilità per l'educazione? In M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *Disagio e lavoro educativo. Prospettive pedagogiche nell'esperienza della contemporaneità*. FrancoAngeli, Milano, pp. 89-113.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2021c). Educating to prevent youth (aged 16–24) mental distress: giving meaning to an educational effort. *Encyclopaedia*, 25, 59, pp. 83-95.
- Gambacorti-Passerini M.B., Palmieri C. (2020). Per un agire educativo volto alla tutela della salute mentale dei minori. Riflessioni sul ruolo e sulle competenze dei professionisti educativi. In G. Cappuccio, G. Compagno, S. Polenghi (a cura di), *30 anni dopo la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia*. Pensa MultiMedia, Lecce, pp. 1778-1786.
- Gambacorti-Passerini M.B, Palmieri C., Zannini L. (2017). Bene comune e salute mentale di comunità: il contributo dell'educazione. *Metis*, 7, 2, pp. 141-164.
- Gambacorti-Passerini M.B, Palmieri C., Zannini L. (2018). Promuovere benessere e prevenire il disagio mentale nei giovani (16-24): una sfida per le pratiche educative. In G. Elia, S. Polenghi, V. Rossini (a cura di), *La scuola tra saperi e valori etico-sociali. Politiche culturali e pratiche educative*, Pensa MultiMedia, Lecce, pp. 1347-1355.

- Garista P. (2009). Parole di pedagogia come parole per la salute. In G. Pocetta, P. Garista, G. Tarsitani, *Alimentare il benessere della persona. Prospettive di promozione della salute e orientamenti pedagogici per l'educazione alimentare in Sanità Pubblica*, SEU, Roma.
- Garista, P. (2017). L'ombrello della salutogenesi per connettere benessere e apprendimento. *Rifessioni Sistemiche*, 16, pp. 59-70.
- Giorgi A. (1985) (a cura di). *Phenomenological and Psychological Research*, Duquesne University Press, Pittsburgh.
- Gemelli A., Zunini, G. (1949). *Introduzione alla psicologia*. Società Editrice "Vita E Pensiero", Milano.
- Goffman E. (1963). *Stigma. Note sulla gestione dell'identità degradata*. Trad. it. Ombre Corte, Verona, 2018.
- Goleman D. (1995). *Intelligenza emotiva*. Trad. it. Rizzoli, Milano, 1996.
- Gordon D. (1992). *Playing It Safe Dramas, Stories, and Lessons about AIDS*. Luther Social Mission Society, Philadelphia, P.A.
- Graham A., Phelps R., Maddison C., Fitzgerald R. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching*, 17, 4, pp. 479-496.
- Greenberg M.T. (2010). School-based prevention: Current status and future challenges. *Effective Education*, 2, 1, pp. 27-52.
- Hall S.G. (1904). *Adolescence: its psychology and the relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Appleton, New York.
- Hafstad G.S., Sætren S.S., Wentzel-Larsen T., Augusti E.M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak - A prospective population-based study of teenagers in Norway. *Lancet Regional Health Europe*, 5, p. 100093.
- Hannigan S., Grima-Farrell C., Wardman N. (2019) Drawing on Creative Arts Therapy Approaches to Enhance Inclusive School Cultures and Student Wellbeing. *Issues in Educational Research*, 29, 3, pp. 756-773.
- Havighurst J. (1952). *Development Tasks and Education*. David McKay, New York.
- Heidegger M. (1976). *Essere e tempo*. Trad. it. Longanesi, Milano, 1927.
- Hosseini S.A., Padhy R.K. (2021). *Body Image Distortion*. StatPearls, Treasure Island.
- Husserl E. (1936). *La crisi delle scienze europee*. Trad. it. Il saggiatore, Milano, 1968.
- Iori V. (1996). *Lo spazio vissuto. Luoghi educativi e soggettività*. La Nuova Italia, Firenze.
- Iori V. (2006) (a cura di). *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza*. Guerini, Milano.
- Iori V. (2009) (a cura di). *Quaderno della vita emotiva*. FrancoAngeli, Milano.

- Jané-Llopis E., Anderson P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe*. Radboud University, Nijmegen.
- Jaspers K. (1913). *Psicopatologia generale*. Trad. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- Jaspers K. (1958). *Autobiografia filosofica*. Trad. it. Mareno, Napoli, 1969.
- Jedlowski (2008). *Il sapere dell'esperienza. Fra l'abitudine e il dubbio*, Carocci, Roma.
- Jennings P.A., Greenberg M. (2009) The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to child and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79, 1, pp. 491-525.
- Jervis G. (1968). Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali. In F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*. Baldini & Castoldi, Milano, pp. 349-379.
- Jessiman P., Kidger J., Spencer L., Geijer-Simpson E., Kaluzeviciute G., Burn A.M., Leonard N., Limmer, M. (2022). School culture and student mental health: a qualitative study in UK secondary schools. *BMC public health*, 22, 1, pp. 1-18.
- Kosic M. (2018). *Media literacy and for the net generation*. *International Journal of Emotional Education*, 10, 1, pp. 68–88.
- Kraepelin E (1903). *Ein lehrbuch für Studierende und Ärzte. Erster Band. Allgemeine Psychiatrie*. Ambrosius Barth, Leipzig.
- Laporta R. (1980). Educazione e scienza empirica. *RAI DSE*, 60, pp. 16-17.
- Larivière-Bastien D., Aubuchon O., Blondin A., Dupont D., Libenstein J., Séguin F., Tremblay A., Zarglayoun H., Herba C.M., Beauchamp M.H. (2022). Children's perspectives on friendships and socialization during the COVID-19 pandemic: A qualitative approach. *Child. Care Health Dev*, pp. 1-14.
- Lasagno D. (2012). La storia del rinnovamento psichiatrico in Italia: un'indagine bibliografica. In D. Lasagno *Oltre l'istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*. Ledizioni, Milano.
- Lasch C. (1979). *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive*. Trad. it., Bompiani, Milano, 1981.
- Lancini M. (2021). *L'età tradita*. Cortina, Milano.
- Lemma P. (2005). Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per “antiche” professioni. Unicopli, Milano.
- Levine S. (2003). Psychological and social aspects of resilience: a synthesis of risks and resources. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5, 3, pp. 273-780.

- Lindow J.C., Hughes J.L., South C., Minhajuddin A., Gutierrez L., Bannister E., Trivedi M.H., Byerly M.J. (2020). The youth aware of mental health intervention: impact on help seeking, mental health knowledge, and stigma in US adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 67, 1, pp. 101-107.
- Lindström B., Eriksson M. (2011). From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scand J Public Health*. 39, 6 Suppl, pp. 85-92.
- Lubman D.I., Berridge B.J., Blee F., Jorm A.F., Wilson C.J., Allen N.B., McKay-Brown L., Proimos J., Cheetham A., Wolfe R. (2016). A school-based health promotion programme to increase help-seeking for substance use and mental health problems: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17, 1, pp. 1-10.
- Lutte G., (1986). *Psicologia degli adolescenti e dei giovani*. Il Mulino, Bologna.
- MacDonald G. (2006). *What is Mental Health? Mental Health Promotion. A lifespan approach* McGraw Hill Open University Press, Berkshire.
- Malaguti E. (2005). *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Erickson, Trento.
- Manoukian F.O. (2015). *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi sociosanitari*. Guerini, Milano.
- Marcelli D. Braconnier A. (1983). *Adolescenza e psicopatologia*. Trad. it. LSWR, Milano, 1985.
- Marchetti, F. (2021). “Nella mia mente”: la salute mentale dei bambini e dei giovani. *Medico e Bambino*, 40, 9, pp. 563-565.
- Mariani A.M. (2009). *Fragilità. Sguardi interdisciplinari*. Unicopli, Milano.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., Taylor, S. (2008) Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372, 9650, pp. 1661-1669.
- Marzorati P. (2001a). La scuola che sa educare alla salute. In A. Pellai, P. Marzorati (a cura di). *Educazione alla salute*. FrancoAngeli, Milano, pp. 38-41.
- Marzorati P. (2001b). Promozione della salute. Educazione sanitaria ed empowerment. In A. Pellai, P. Marzorati (a cura di). *Educazione alla salute*. FrancoAngeli, Milano, pp. 15-30.
- Massa, R. (1986). *Le tecniche ei corpi. Verso una scienza dell'educazione*. Unicopli, Milano (edizione 2003).
- Massa R. (1987). *Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*. Unicopli, Unicopli, Milano (edizione 2000).

- Massa R. (1989). *Linee di fuga. L'avventura nella formazione umana*. La Nuova Italia, Firenze.
- Massa R. (1995). Fare ed essere in formazione. *Adulità*, 2, pp. 9-22.
- Massa R. (1997). *Cambiare la scuola. Educare o istruire?* Laterza, Roma-Bari.
- Massa R. (2000). Tre piste per lavorare entro la crisi educativa. *Animazione sociale*, 2, 60-66.
- Mazzer K.R., Rickwood D.J. (2015). Teachers' role breadth and perceived efficacy in supporting student mental health. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8, 1, pp. 29-41.
- McAllister M., Knight B.A., Hasking P., Withyman C., Dawkins J. (2018). Building resilience in regional youth: Impacts of a universal mental health promotion programme. *International journal of mental health nursing*, 27, 3, pp. 1044-1054.
- McAllister M., Knight B.A., Withyman C. (2017). Merging contemporary learning theory with mental health promotion to produce an effective schools-based program. *Nurse Education in Practice*, 25, pp. 74-79.
- McMullen J.D., McMullen N. (2018). Evaluation of a teacher-led, life-skills intervention for secondary school students in Uganda. *Social Science & Medicine*, 217, pp. 10–17.
- Mead M. (1928). *L'adolescenza in Samoa*. Trad. it., Giunti, Firenze, 1964.
- Meili B. (2004). Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. *Suchtmagazin*, 6, 21-25.
- Merleau-Ponty M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Trad. it. Il Saggiatore, Milano, 1968.
- Mezzina R., Colucci M., Dell'Acqua P. (1998). *La comunità possibile. La comunità terapeutica*. Cortina, Milano.
- Mfidi F.H., Thupayagale-Tshweneagae G., Akpor O.A. (2018). The TEAM model for mental health promotion among school-going adolescents. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 30, 2, pp. 99-110.
- Miermont L. (2019). La fotografia della psichiatria in Francia, segnali di allarme: processi di istituzionalizzazione e deistituzionalizzazione. Disponibile al link: http://www.analisiqualitativa.com/magma/1702/articolo_05.htm (ultimo accesso: 15/01/2023).
- Mirabella F., Del Re D., Palumbo G., Cascavilla I., Gigantesco A. (2010). Manuale per la promozione della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nella scuola: valutazioni di gradimento e di utilità. *Giorn Ital Psicopat*, 16, pp. 362-369.
- Mohammadzadeh M., Awang H., Ismail S., Kadir Shahar H. (2019). Effects of Life Skills Education on emotional health and self-esteem of Malaysian adolescents in orphanages. *PloS one*, 14, 12, p. e0226333.

- Moscovici S. (1984). Il fenomeno delle rappresentazioni sociali. In S. Moscovici, R.M. Farr (a cura di), *Rappresentazioni sociali*. Trad. it. Il Mulino, Bologna, 1989.
- Mostarda M.P., Trento M., Zannini L. (2018). Contributi pedagogici per la formazione del personale all'educazione terapeutica. In AA.VV. *Educare alla salute e all'assistenza: manuale per operatori*. Bruno Mondadori, pp. 65-86.
- Morin E. (1999). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Trad. it. Cortina, Milano, 2000.
- Morin E. (2014). *Insegnare a vivere: manifesto per cambiare l'educazione*. Trad. it. Cortina, Milano, 2016.
- Morris I. (2015). *Teaching Happiness and Well-Being in Schools. Learning to Ride Elephants*. Bloomsbury Publishing PLC, London.
- Morrison R.S., Peoples L. (1999). Using focus group methodology in nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30, 2, pp. 62-65.
- Morse J.M. (2015). Data were saturated... *Qualitative health research*, 25, 5, pp. 587-588.
- Mortari L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia*. Carocci, Roma.
- Mortari L. (2017). Il metodo fenomenologico. In L. Mortari, L. Zannini L. (a cura di), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Carocci, Roma, pp. 57-87.
- Mortari L., Zannini L. (2017). Introduzione. In L. Mortari, L. Zannini L. (a cura di), *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Carocci, Roma, pp. 11-41.
- Moustakas C. (1994). *Phenomenological Research Methods*, Sage, Thousand Oaks (CA).
- Mrazek P.J., Haggerty R. (1994). *Reducing risks for Mental Disorders. Institute of Medicine*. National Academy Press, Washington, D.C.
- Natoli S. (2010). *Il buon uso del mondo. Agire nell'età del rischio*. Arnoldo Mondadori, Milano.
- Neill R.D., Lloyd K., Best P., Tully M.A. (2022). Understanding adolescent mental health and well-being: a qualitative study of school stakeholders' perspectives to inform intervention development. *SN Social Sciences*, 2, 8, p. 161.
- Orsenigo J. (2010). *Lavorare di cuore*. FrancoAngeli, Milano.
- Orsenigo J. (2013). Disagio ed esistenza. In C. Palmieri (a cura di), *Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica*. FrancoAngeli, Milano, pp. 57-74.
- Orsenigo J. (2016). Quando facciamo valutazione facciamo pedagogia. In S. Ulivieri-Stiozzi, V. Vinci (a cura di) (2016), *La valutazione per pensare il lavoro pedagogico*. FrancoAngeli, Milano, pp. 17-39.
- Palmieri C. (2000). *La cura educativa*. FrancoAngeli, Milano.

- Palmieri (2008). La prospettiva della cura educativa. In G. Prada, C. Palmieri, Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo. Mimesis, Milano, pp. 19-96.
- Palmieri C. (2013a). Dal disagio al disagio educativo. Prospettive di ricerca per uno sguardo pedagogico. In C. Palmieri (a cura di), *Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica*. FrancoAngeli, Milano, pp. 15-51.
- Palmieri C. (2013b). Disagio e patto intergenerazionale. In C. Palmieri (a cura di), *Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica*. FrancoAngeli, Milano, pp. 75-99.
- Palmieri C. (2013c). Disagio e quotidianità. In C. Palmieri (a cura di), *Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica*. FrancoAngeli, Milano, pp. 153-179.
- Palmieri (2013d). Ripartire dall'esperienza educativa. In C. Palmieri (a cura di), *Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica*. FrancoAngeli, Milano, pp. 187-213.
- Palmieri C. (2019). Pedagogia e salute mentale. In C. Palmieri, B. Gambacorti-Passerini, *Il lavoro educativo in salute mentale*. Guerini, Milano, pp. 75-123.
- Palmieri C. (2020). Rappresentazioni sociali, pregiudizi e stereotipi. La costruzione simbolica e sociale delle pratiche di esclusione e inclusione. In A. Ferrante, M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *L'educazione e i margini. Temi, esperienze e prospettive per una pedagogia dell'inclusione sociale*, FrancoAngeli, Milano, pp. 31-48.
- Palmieri C. (2021a). Il disagio come oggetto dello sguardo pedagogico. In M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *Disagio e lavoro educativo. Prospettive pedagogiche nell'esperienza della contemporaneità*. FrancoAngeli, Milano, pp. 21-45.
- Palmieri C. (2021b). Il disagio nel lavoro educativo. In M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *Disagio e lavoro educativo. Prospettive pedagogiche nell'esperienza della contemporaneità*. FrancoAngeli, Milano, pp. 46-85.
- Palmonari A. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna, (edizione 2011).
- Patton G., Bond L., Carlin J., Thomas L., Butler H., Glover S., Catalano R., Bowes G. (2006) Promoting social inclusion in schools: A group-randomized trial on student health risk behavior and well-being. *American Journal of Public Health*, 96, 9, pp. 1582-1587.
- Pellizzari G. (2010). *La seconda nascita. Fenomenologia dell'adolescenza*. FrancoAngeli, Milano.
- Pellai A, (2001). Linee guida per l'Educazione alla salute nella scuola media inferiore. A. Pellai, P. Marzorati (a cura di), *Educazione alla salute*. FrancoAngeli, Milano, pp. 72-97.

- Perla L. (2016). Si può valutare l'agire educativo? Fra controllo e riprogettazione. In S. Ulivieri-Stiozzi, V. Vinci (a cura di) (2016), *La valutazione per pensare il lavoro pedagogico*. FrancoAngeli, Milano, pp. 40-68.
- Pietropolli-Charmet G. (2008). *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*. Laterza, Roma-Bari.
- Pietropolli-Charmet G. (2013). *Cosa farò da grande? Il futuro come lo vedono i nostri figli*. Laterza, Roma-Bari.
- Pietropolli-Charmet G. (2016). Adulti e adolescenti dove incontrarsi? *Animazione sociale*, 299, 3, pp. 3-10.
- Pietropolli-Charmet G., Savuto, G. (2001). *Padre quotidiano. La cultura affettiva in un percorso terapeutico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Pirella A., Casagrande D. (1997). John Conolly, dalla filantropia alla psichiatria sociale. In F. Basaglia (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?* Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- Prada G. (2021). Disagio e relazione. In M.B. Gambacorti-Passerini, C. Palmieri (a cura di), *Disagio e lavoro educativo. Prospettive pedagogiche nell'esperienza della contemporaneità*. FrancoAngeli, Milano, pp. 145-154.
- Racine N., McArthur B.A., Cooke J.E., Eirich R., Zhu J., Madigan S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175, 11, pp. 1142-1150.
- Recalcanti M. (2013). *Il complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre*. Feltrinelli, Milano.
- Reinke W.M., Stormont M., Herman K.C., Puri, R., Goel N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26, 1, p. 1.
- Regoliosi L. (1992). *La prevenzione possibile. Modelli, orientamenti, esperienze per l'operatore di territorio sulla prevenzione della devianza giovanile e della tossicodipendenza*. Guerini, Milano.
- Regoliosi, L. (2010). *La prevenzione del disagio giovanile*. Nuova Edizione, Carocci, Roma.
- Richards L., Morse J.M. (2007). *Fare ricerca qualitativa*. Trad. it. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Rutter M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanism. In J. Rolf (a cura di), *Risk and protective factors in the Development of Psychopathology*. Cambridge University Press, New York, pp. 181-214.

- Rutter M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 2, pp. 335-344.
- Salomone R. Arnone (2009). La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin. *Giorn Ital Psicopat*, 15, 1, 75-88.
- Savage J. (2007). *L'invenzione dei giovani*. Trad. it. Feltrinelli, Milano, 2012.
- Savian F., Aluffi G. (2022). L'Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce lo IESA come buona pratica nelle linee guida per i Servizi di Salute Mentale. *Evidence-based Psychiatric Care*, 8, 1 Suppl 1, pp. 45-55.
- Scaparro F., Pietropolli-Charmet G. (1993). *Belletà. Adolescenza temuta, adolescenza sognata*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Shelemy L., Harvey K., Waite P. (2019). Supporting students' mental health in schools: what do teachers want and need? *Emotional and behavioural difficulties*, 24, 1, pp. 100-116.
- Schianchi M. (2019). *Il debito simbolico. Una storia sociale della disabilità in Italia tra Otto e Novecento*. Carocci, Roma.
- Schwager S., Berger U., Glaeser A., Strauss B., Wick K. (2019). Evaluation of "healthy learning. together", an easily applicable mental health promotion tool for students aged 9 to 18 years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3, p. 487.
- Seven Ü.S., Stoll M., Dubbert D., Kohls C., Werner P., Kalbe E. (2021). Perception, attitudes, and experiences regarding mental health problems and web based mental health information amongst young people with and without migration background in Germany. A qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 18, 1, p. 81.
- Simmons R., Smyth J. (2016). Crisis of youth or youth in crisis? Education, employment and legitimization crisis. *International Journal of Lifelong Education*, 35, 2, pp. 136-152.
- Smith J.A., Flowers P., Larkin M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE, London.
- Srikala B., Kishore K.K. (2010). Empowering adolescents with life skills education in schools – School mental health program: Does it work? *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 4, pp. 344-349.
- Tramma S. (2009). *Che cos'è l'educazione informale*. Carocci, Roma.
- Tramma S. (2019). *L'educazione sociale*. Laterza, Roma-Bari.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2021a). *Nella mia mente: promuovere, tutelare e sostenere la salute mentale dei bambini e dei giovani*. Comitato Italiano per l'UNICEF.

- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2021b). *On my mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health*. United Nations Children's Fund, New York.
- Vaismoradi M., Turunen H., Bondas T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing Health Sciences*, 15, 3, pp. 398-405.
- Van Manen M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Althouse, London.
- Van Manen M. (2016). *Pedagogical Tact. Knowing what to do when you don't know what to do*. Routledge, New York.
- Vella S.A., Swann C., Batterham M., Boydell K.M., Eckermann S., Fogarty A., Hurley D., Liddle S.K., Lonsdale C., Miller A., Noetel M., Okely A.D., Sanders T., Telenta J., Deane F.P. (2018). Ahead of the game protocol: a multi-component, community sport-based program targeting prevention, promotion and early intervention for mental health among adolescent males. *BMC Public Health*, 18, 1, p. 390.
- Veltro F., Ialenti V., Iannone C., Bonanni E., Morales García M.A. (2015). Promoting the psychological well-being of Italian youth: A pilot study of a high school mental health program. *Health Promotion Practice*, 16, 2, pp. 169-175.
- Veltro F., Ialenti V., García M., Iannone C., Bonanni E., Gigantesco, A. (2015). Evaluation of the impact of the new version of a handbook to promote psychological wellbeing and emotional intelligence in the schools (students aged 12-15). *Rivista di Psichiatria*, 50, 2, pp. 71-79.
- Visentin M. (2011). *Il lavoro sociale e la sfida della riflessività*. Libreriauniversitaria, Padova.
- Wasserman C., Postuvan V., Herta D., Iosue M., Värnik P., Carli V. (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PloS one*, 13, 2, p. e0191843.
- Weare K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3, 1, pp. 5-17.
- Weare K., Markham W. (2005). *What do we know about promoting mental health through schools?* *Promotion & Education*, 12, 3-4, pp. 118-122.
- 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, pp. 56-70.

- Widnall E., Adams E.A., Plackett R., Winstone L., Haworth C.M., Mars B., Kidger J. (2022). Adolescent experiences of the COVID-19 pandemic and school closures and implications for mental health, peer relationships and learning: A qualitative study in South-West England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 12, p. 7163.
- Winnicott D.W. (2017). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Giunti, Firenze, 1958.
- World Health Organization (WHO) (1948). World health organization constitution. *Basic documents*, 1, 22.
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding, New Hope*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Promoting Mental Health: Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2010). *L'empowerment dell'utente nella salute mentale. Una dichiarazione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S.* World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2014a). *Adolescence: A period needing special attention. Health for the World's adolescents*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2014b). *Social determinants of mental health*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2015). *What are the social determinants of health?* World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2019). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2020). *Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000-2019*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2022). *Mental health: strengthening our response*. World Health Organization, Geneva.

- Xie R., Sen B., Foster E.M. (2014). Vulnerable Youth and Transitions to Adulthood. *New Dir Adult Cont Educ*, 2014, 143, pp. 29-38.
- Yeager D.S., Dahl R.E. (2017). Why interventions to influence adolescent behavior often fail but could succeed. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 1, pp. 101-122.
- Zammuner, V.L. (2003). *I focus group*. Il Mulino, Bologna.
- Zannini L. (2001), *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. FrancoAngeli, Milano.
- Zannini L. (2015). *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*. Pensa MultiMedia, Lecce.
- Zuccardi-Merli U. (2012). Il disagio di una generazione al tempo della precarietà, In M. Giorgetti-Fumel, F. Chicchi (a cura di). *Il tempo della precarietà. Sofferenza soggettiva e disagio della postmodernità*. Mimesis, Milano.

Allegati

- **Tabella supplementare 1: Caratteristiche dei 19 studi inclusi nella scoping review**

Continente	Scopo(i)	Disegno di studio	Strumento(i) di valutazione	Settore della rivista
Europa (n=8; 42%) (Bannink et al., 2014; Bohleber et al., 2016; Bjørnsen et al., 2018; Kotic, 2018; Schwager et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b; Wasserman et al., 2018).	Valutare l'efficacia dell'intervento (Bannink et al. 2014; Bharath and Kishore Kumar, 2010; Bohleber et al. 2016; Bjørnsen et al., 2018; Lubman et al., 2016; 2018; McMullen and McMullen, 2018; McMullen, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Schwager et al., 2019; Vella et al., 2018; Veltro et al., 2015b).	Pre-post RCT/controllo (n=9; 47%) (Bannink et al., 2014; Bharath and Kishore, 2010; Bohleber et al. 2016; Lubman et al., 2016; McMullen and Mohammadzadeh et al., 2019; Schwager et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).	Questionari e scale già esistenti e validati (n=3; 15%) (Bjørnsen et al., 2018; Frazier et al., 2015; Mohammadzadeh et al., 2019).	Medico (n=6; 32%) (Balaji et al., 2011; Lindow et al., 2020; Lubman et al., 2016; Mfidi et al., 2018; Vella et al., 2018; Veltro et al., 2015a).
Australia (n=3; 16%) (Lubman et al., 2016; McAllister et al., 2018; Vella et al., 2018).	Descrivere l'intervento (n=2; 11%) (McAllister et al., 2017; Mfidi et al., 2018).	Pre-post non-controllato (n=3; 16%) (Frazier et al., 2015; Lindow et al., 2020; McAllister et al., 2018).	Questionari e scale già esistenti e validati, interviste, report (n=2; 11%) (Bohleber et al., 2016).	Sociale e sanitario (n=4; 21%) (Bjørnsen et al., 2018; Frazier et al., 2015; McMullen and McMullen, 2018; Schwager et al., 2019).
Asia (n=3; 16%) (Balaji et al., 2011; Bharath and Kishore Kumar, 2010; Mohammadzadeh et al., 2019).	Valutare la potenzialità e l'efficacia dell'intervento (n=1; 5%) (Lindow et al., 2020).	Descrittivo e/o osservazionale e/o di fattibilità (n=2; 11%) (Bjørnsen et al., 2018; Mfidi et al., 2018).	Questionari già esistenti e validati, questionari già esistenti (validazione non chiaramente riportata) (n=2; 11%) (Lindow et al., 2020; Veltro et al., 2015a).	Psichiatrico (n=3; 16%) (Bharath and Kishore, 2010; Mfidi et al., 2018; Veltro et al., 2015b).
Nord America (n=2; 11%) (Frazier et al., 2015; Lindow et al., 2020).	Indagare la potenzialità dell'intervento (n=1; 5%) (Kotic, 2018).	Caso-controllo (n=1; 5%) (Vella et al., 2018).	Questionari e scale già esistenti (validazione non chiaramente riportata), focus groups, interviste (n=2; 11%) (Balaji et al., 2011; Vella et al., 2018).	Infermieristico (n=2; 11%) (McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).

Tabella supplementare 1. (1/3)

Africa (n=2; 11%) (McMullen and McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018).	Riportare la percezione circa l'intervento (n=1; 5%) (Wasserman et al., 2018).	Esplorativo (n=1; 5%) (Balaji et al., 2011).	Questionari e scale già esistenti (validazione non chiaramente riportata) (n=2; 11%) (Bannink et al., 2014; Bharath and Kumar, 2010).	ICT and medico (n=2; 11%) (Bannink et al., 2014; Bohleber et al., 2016).
	Descrivere l'intervento e valutarne l'efficacia (n=1; 5%) (Veltro et al., 2015a).	Pilota (n=1; 5%) (Kosic, 2018).	Interviste (n=2; 11%) (Mfidi et al., 2018; Wasserman et al. 2018).	Interdisciplinare (n=2; 11%) (Wasserman et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).
	Descrivere l'intervento e valutarne la fattibilità (n=1; 5%) (Frazier et al., 2015).	Multicentrico (n=1; 5%) (Wasserman et al., 2018).	Questionari e scale già esistenti e validati, interviste, report (n=1; 5%) (Schwager et al., 2019).	Pedagogico (n=1; 5%) (Kosic, 2018).
	Valutare l'accettabilità, la fattibilità e l'efficacia dell'intervento (n=1; 5%) (Balaji et al., 2011).	Protocollo (n=1; 5%) (McAllister et al., 2017).	Questionari e scale già esistenti e validati, questionari ad hoc validati (n=1; 5%) (Veltro et al., 2015b).	
			Questionari e scale già esistenti e validati, questionari (validazione e preesistenza non chiaramente riportate) (n=1; 5%) (McAllister et al., 2018).	
			Questionari e scale già esistenti (validazione non chiaramente riportata), questionari e scale (validazione e preesistenza non chiaramente riportate) (n=1; 5%) (Lubman et al.2016).	

Tabella supplementare 1. (2/3)

			Questionari e scale già esistenti (validazione non chiaramente riportata), report (n=1; 5%) (McMullen and McMullen, 2018). Report (n=1; 5%) (Kosic, 2018).	
--	--	--	---	--

Tabella supplementare 1. (3/3)

- **Tabella supplementare 2:** Descrizione delle unità, raggruppate in categorie, e delle attività/strumenti di intervento degli studi inclusi nella scoping review

Categorie (obiettivi degli interventi)	Unità (obiettivi specifici degli interventi)		Attività/Strumenti (per raggiungere gli obiettivi degli interventi)
<p>1) Promuovere l'alfabetizzazione sulla salute e salute mentale</p>	<p>Destinati a promuovere fattori protettivi</p> <p>1.1) Promuovere l'alfabetizzazione/aumentare la consapevolezza sulla salute mentale (Balaji et al., 2011; Bannink et al., 2014; Lindow et al., 2020; Vella et al., 2018; Wasserman et al., 2018).</p> <p>1.2) Fornire informazioni sulle risorse di aiuto per la salute mentale (Lindow et al., 2020; Lubman et al., 2016; Wasserman et al., 2018).</p> <p>1.3) Approfondire il tema del (cyber)bullismo (Kosic, 2018).</p>	<p>Destinati a prevenire fattori di rischio</p> <p>1.4) Promuovere l'alfabetizzazione/aumentare la consapevolezza sui comportamenti a rischio (uso di alcol e droghe, fumo, sesso non protetto) (Bannink et al., 2014; Lubman et al., 2016).</p>	<p>a. Lezioni/workshop (Balaji et al., 2011; Bannink et al., 2014; Lindow et al., 2020; Vella et al., 2018; Wasserman et al., 2018).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Balaji et al., 2011; Kosic, 2018; Lubman et al., 2016).</p> <p>c. Role plays (Kosic, 2018; Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>d. Attività art-based (media, film, spettacoli in strada...) (Balaji et al., 2011; Kosic, 2018).</p> <p>e. Poster/opuscoli informativi (Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>f. Discussioni di gruppo (Kosic, 2018).</p> <p>g. Attività informative via web (Bannink et al., 2014).</p> <p>h. Lezioni/workshop via web (Vella et al., 2018).</p>
<p>2) Imparare a chiedere/dare aiuto</p>	<p>2.1) Promuovere l'attitudine a chiedere/dare aiuto sulla salute mentale (Bohleber et al., 2016; Lindow et al., 2020; Lubman et al., 2016; Vella et al., 2018; Wasserman et al., 2018).</p>	<p>2.4) Promuovere l'attitudine a chiedere/dare aiuto sui problemi di salute mentale (Lubman et al., 2016).</p>	<p>a. Lezioni/workshop (Balaji et al., 2011; Lindow et al., 2020; Vella et al., 2018; McMullen and McMullen, 2018; Wasserman et al., 2018).</p> <p>i. Discussioni di gruppo via web/App (Bohleber et al., 2016; Vella et al., 2018).</p>

Tabella supplementare 2. (1/6)

<p>3) Promuovere benessere psicofisico</p>	<p>2.2) Sviluppare comportamenti di supporto sociale (Balaji et al., 2011; McMullen and McMullen, 2018; Vella et al., 2018).</p> <p>2.3) Ottenere consigli di auto-aiuto (Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p>		<p>c. Role plays (Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>d. Attività art-based (fotografia) (Bohleber et al., 2016).</p> <p>f. Discussioni di gruppo (McMullen and McMullen, 2018).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Lubman et al., 2016).</p> <p>g. Attività informative via web (Bohleber et al., 2016).</p> <p>h. Lezioni/workshop via web (Vella et al., 2018).</p>
<p>3) Promuovere benessere psicofisico</p>	<p>3.1) Aumentare la resilienza (Bharath and Kishore, 2010; Frazier et al., 2015; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018; McMullen and McMullen, 2018; Vella et al., 2018).</p> <p>3.2) Migliorare le abilità di vita (McMullen and McMullen, 2018; Schwager et al., 2019).</p> <p>3.3) Sviluppare tecniche di rilassamento (Bjørnsen et al., 2018).</p> <p>3.4) Promuovere benessere (McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>3.5) Promuovere il benessere del sonno (Bjørnsen et al., 2018).</p>		<p>f. Discussioni di gruppo (Bjørnsen et al., 2018; McMullen and McMullen, 2018; Schwager et al., 2019).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Frazier et al., 2015; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>d. Attività art-based (movie; songs; storytelling) (McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>a. Lezioni/workshop (McMullen and McMullen, 2018; Vella et al., 2018).</p> <p>e. Poster/opuscoli informativi (Schwager et al., 2019).</p> <p>h. Lezioni/workshop via web (Vella et al., 2018).</p> <p>c. Role plays (Vella et al., 2018).</p>

Tabella supplementare 2. (2/6)

<p>4) Sviluppare la consapevolezza di se stessi e degli altri</p>	<p>4.1) Aumentare la consapevolezza di sé (Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>4.2) Aumentare l'autostima (Bharath and Kishore, 2010; Bjørnsen et al., 2018; Schwager et al., 2019).</p> <p>4.3) Sviluppare le proprie forze (Kosic, 2018; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>4.4) Promuovere la consapevolezza della propria immagine corporea (Bjørnsen et al., 2018).</p> <p>4.5) Aumentare la consapevolezza dei propri limiti (Bjørnsen et al., 2018).</p> <p>4.6) Aumentare la consapevolezza delle proprie debolezze (Kosic, 2018).</p>		<p>f. Discussioni di gruppo (Bjørnsen et al., 2018; Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Schwager et al., 2019).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Kosic, 2018; McAllister et al., 2018; Mfidi et al., 2018; McAllister et al., 2017; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>d. Attività art-based (recitazione teatrale, disegno, media; film; canzoni; narrativa) (Kosic, 2018; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>c. Role plays (Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>e. Poster/opuscoli informativi (Schwager et al., 2019).</p> <p>a. Lezioni/workshop (Mfidi et al., 2018).</p>
<p>5) Comprendere l'importanza delle relazioni con gli altri</p>	<p>5.1) Lavorare per soddisfare il bisogno di appartenenza (Mfidi et al., 2018).</p> <p>5.2) Aumentare la consapevolezza sociale (Mfidi et al., 2018).</p> <p>5.3) Promuovere l'integrazione sociale e la tolleranza (Schwager et al., 2019).</p>		<p>f. Discussioni di gruppo (Mfidi et al., 2018; Schwager et al., 2019).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Mfidi et al., 2018).</p> <p>c. Poster/opuscoli informativi (Schwager et al., 2019).</p> <p>a. Lezioni/workshop (Mfidi et al., 2018).</p>
<p>6) Sviluppare le capacità sociali e interpersonali</p>	<p>6.1) Migliorare le capacità di comunicazione (Kosic, 2018; Frazier et al., 2015; McMullen and McMullen, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p>	<p>6.9) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire i conflitti (Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018).</p>	<p>a. Lezioni/workshop (Balaji et al., 2011; Lindow et al., 2020; McMullen and McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b; Wasserman et al., 2018).</p>

Tabella supplementare 2. (3/6)

	<p>6.2) Costruire le relazioni sociali (Kosic, 2018; McMullen et al., 2017; McAllister et al., 2018; Mfidi et al., 2018).</p> <p>6.3) Lavorare sull'assertività (Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>6.4) Lavorare sulle relazioni intra e interpersonali (Balaji et al., 2011; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>6.5) Implementare il supporto peer-to-peer (Bohleber et al., 2016; Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>6.6) Sviluppare strategie prosociali (McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>6.7) Migliorare le capacità di cooperazione (Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>6.8) Migliorare le capacità di negoziazione (Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p>		<p>f. Discussioni di gruppo (Kosic, 2018; McMullen and McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018; Mfidi et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>c. Role plays (Kosic, 2018; Lindow et al., 2020; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b; Wasserman et al., 2018).</p> <p>d. Attività art-based (recitazione teatrale, disegno, media; film; immagini; canzoni; narrativa) (Bohleber et al., 2016; Kosic, 2018; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>e. Poster/opuscoli informativi (Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>i. Discussioni di gruppo via web/App (Bohleber et al., 2016).</p> <p>g. Attività informative via web (Bohleber et al., 2016).</p>
<p>7) Migliorare le capacità cognitive</p>	<p>7.1) Sviluppare la capacità di risoluzione dei problemi (Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; McMullen and McMullen, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>7.2) Sviluppare la capacità di prendere decisioni responsabili (Bjornsen et al., 2018; Kosic, 2018; McMullen and McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018).</p>	<p>7.8) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire situazioni di crisi (Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p>	<p>f. Discussioni di gruppo (Bjornsen et al., 2018; Kosic, 2018; McMullen and McMullen, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p>

Tabella supplementare 2. (4/6)

<p>8) Lavorare/gestire le emozioni (proprie e altrui)</p>	<p>7.3) Sviluppare la capacità di affrontare le sfide (McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>7.4) Sviluppare strategie di coping (Bharath and Kishore, 2010; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>7.5) Sviluppare la capacità di pensiero creativo (Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>7.6) Sviluppare la capacità di pensiero critico (Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>7.7) Promuovere la capacità di fissare obiettivi realistici e stimolanti (Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p>	<p>7.3) Sviluppare la capacità di affrontare le sfide (McAllister et al., 2017; McAllister et al., 2018).</p> <p>7.4) Sviluppare strategie di coping (Bharath and Kishore, 2010; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>7.5) Sviluppare la capacità di pensiero creativo (Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>7.6) Sviluppare la capacità di pensiero critico (Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>7.7) Promuovere la capacità di fissare obiettivi realistici e stimolanti (Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p>	<p>a. Lezioni/workshop (McMullen and McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>c. Role plays (Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>d. Attività art-based (recitazione teatrale, disegno, media; film; canzoni; narrativa) (Kosic, 2018; McAllister et al., 2017; Mohammadzadeh et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p>
<p>8.4) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire lo stress (Bjørnsen et al., 2018; Bohleber et al., 2016; Kosic, 2018; Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>8.5) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire la depressione (Lindow et al., 2020; Schwager et al., 2019; Wasserman et al., 2018).</p> <p>8.6) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire la rabbia e il comportamento aggressivo (Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p>	<p>8.1) Lavorare sulle emozioni (Bjørnsen et al., 2018; Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; Schwager et al., 2019).</p> <p>8.2) Lavorare sull'autoregolamentazione (Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>8.3) Lavorare sull'empatia (Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p>	<p>8.4) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire lo stress (Bjørnsen et al., 2018; Bohleber et al., 2016; Kosic, 2018; Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>8.5) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire la depressione (Lindow et al., 2020; Schwager et al., 2019; Wasserman et al., 2018).</p> <p>8.6) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire la rabbia e il comportamento aggressivo (Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p>	<p>f. Discussioni di gruppo (Bjørnsen et al., 2018; Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018; McMullen and McMullen, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019; Schwager et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b).</p> <p>c. Role plays (Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; Lindow et al., 2020; Mohammadzadeh et al., 2019; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b; Wasserman et al., 2018).</p> <p>a. Lezioni/workshop (Lindow et al., 2020; McMullen and McMullen, 2018; Mfidi et al., 2018; Veltro et al., 2015a; Veltro et al., 2015b; Wasserman et al., 2018).</p>

Tabella supplementare 2. (5/6)

		<p>8.7) Sviluppare la capacità di gestire pensieri suicidi (Lindow et al., 2020; Wasserman et al., 2018).</p> <p>8.8) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire l'ansia (Schwager et al., 2019).</p> <p>8.9) Sviluppare la capacità di affrontare/gestire le emozioni negative (McMullen and McMullen, 2018).</p>	<p>b. Attività di gruppo/ricreative/sportive (Frazier et al., 2015; Kosic, 2018; Mfidi et al., 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>d. Attività art-based (recitazione teatrale, disegno, media; film; immagini) (Bohleber et al., 2016; Kosic, 2018; Mohammadzadeh et al., 2019).</p> <p>e. Poster/opuscoli informativi (Lindow et al., 2020; Schwager et al., 2019; Wasserman et al., 2018).</p> <p>i. Discussioni di gruppo via web/App (Bohleber et al., 2016).</p> <p>g. Information activities via web (Bohleber et al., 2016).</p> <p>h. Attività informative via web (Vella et al., 2018).</p>
--	--	---	---

Tabella supplementare 2. (6/6)

- **Box supplementare 1:** Griglia intervista dello studio: “Interventi educativi per la prevenzione del disagio e la promozione della salute mentale negli adolescenti e nei giovani adulti: un’indagine esplorativa”

Introduzione al tema della ricerca.
1. Rispetto al rapporto che può intercorrere tra giovani e salute mentale, vuole dirmi la Sua opinione?
2. Nel contesto scolastico odierno, pensando alla Sua esperienza, c’è un problema di salute mentale o di disagio? Che cosa intende per questo?
3. Ci sono dei fattori scolastici che secondo Lei proteggono i ragazzi dall’insorgenza di problemi di salute mentale/di disagio o altri che li mettono a rischio? Quali?
4. Che cosa significa quindi per Lei promuovere salute mentale e prevenire il disagio in questi contesti scolastici?
5. Se pensa ai ragazzi con cui lavora/ha lavorato, crede che ci sia la possibilità di interventi educativi (formali, informali, strutturati, non strutturati...) in ambito scolastico per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio?
6. Nel suo contesto di lavoro sono mai stati implementati interventi educativi ad hoc (formali, informali, strutturati, non strutturati...) per promuovere la salute mentale e prevenire il disagio? Se sì, vuole raccontarmi come erano costruiti e proposti?
6.1 Quali sono, generalmente, gli obiettivi di queste pratiche/interventi che vengono attuati nelle scuole? Quali, invece, dovrebbero essere?
6.2 Quali sono, generalmente, gli approcci, le strategie, i metodi e gli strumenti di queste pratiche/interventi che vengono attuati nelle scuole? Quali, invece, dovrebbero essere?
6.3a Chi, generalmente, è coinvolto in prima persona nell’applicazione di queste pratiche/interventi? Chi, secondo Lei, dovrebbe essere coinvolto?
6.3b Quale pensa possa o dovrebbe essere il ruolo di insegnanti/educatori nel promuovere il benessere mentale e prevenire il disagio nei ragazzi nel contesto in cui lavora?
6.4 Quali sono “i luoghi”/gli spazi di queste pratiche/interventi? Quali, invece, dovrebbero essere “i luoghi”/gli spazi o ulteriori luoghi/spazi?
6.5 Di solito questi interventi vengono valutati? Come? Come potrebbero/dovrebbero essere valutati?
7. Che cosa ha determinato/può determinare l’ulteriore sviluppo e crescita di alcuni programmi per la promozione del benessere degli studenti e della salute mentale nella Sua scuola? Può farmi un esempio?
8. Quali, invece, sono i fattori che hanno ostacolato/che possono ostacolare la riuscita di programmi per promuovere il benessere degli studenti e la salute mentale nella Sua scuola? Può farmi un esempio?
9. Che consiglio darebbe alle altre scuole su come mantenere, sostenere e far crescere i programmi per promuovere il benessere degli studenti e la salute mentale?
10. A conclusione della nostra intervista, mi piacerebbe chiederle se è cambiata la Sua percezione/opinione circa l’importanza della promozione della salute mentale negli adolescenti e giovani adulti dopo l’avvento della pandemia Covid-19. Se sì, in che modo?
NOTA: Dalla 6.1 alla 6.5 si fa riferimento a domande sonda, non dovessero emergere questi aspetti dalla domanda 6.

Box supplementare 1.

- **Box supplementare 2:** *Questioning route* focus group per lo studio: “Interventi educativi per la prevenzione del disagio e la promozione del benessere mentale negli adolescenti e nei giovani adulti: un’indagine esplorativa”

Introduzione al tema della ricerca
1. Chiederei a ciascuno di voi di presentarsi agli altri, anche dicendo soltanto il vostro nome (potete anche decidere di usare un nickname) e, se possibile, aggiungendo qualche cosa su di voi (ad esempio le vostre passioni oppure la serie preferita, lo sport preferito, la materia preferita).
2.a Che cos’è per voi il benessere mentale? Potete farmi degli esempi?
2.b E invece che cos’è per voi il disagio? Potete farmi degli esempi anche pensando alla vostra esperienza scolastica?
2.c In che rapporto stanno secondo voi benessere mentale e disagio?
3. Secondo voi, si può promuovere il benessere mentale? Come?
4. Che cosa nella scuola può far sorgere disagio (solo se disagio e benessere mentale vengono collegati altrimenti aggiungere anche “...può far sorgere problemi di benessere mentale”)? E al contrario, quali sono le cose che secondo voi la scuola può fare per prevenire il disagio (“...per promuovere il benessere mentale”)? (Se le risposte sono solo collegate al Covid-19, chiedere di fare riferimento all’esperienza scolastica anche prima del Covid-19).
5. Vi ricordate di interventi/progetti/attività fatti nella vostra scuola/classe che avevano la finalità di promuovere il benessere mentale (o che avevano altre finalità ma che di fatto hanno promosso il benessere mentale)? Raccontatemi... (Obiettivi, metodi, persone coinvolte, setting, luoghi, tempi, valutazione).
6. Che cosa vi è piaciuto di questi interventi/progetti/attività? E, al contrario, che cosa non vi è piaciuto di questi/progetti/attività?
7. Se fosse affidato a voi l’incarico di promuovere il benessere mentale a scuola, che cosa fareste?
8. Anche senza fare nomi, avete in mente un insegnante che secondo voi promuove il benessere mentale? E come mai/che cosa fa questo insegnante per promuovere il benessere mentale?
9. Parlando ipoteticamente, che consiglio daresti alle altre scuole per promuovere il benessere mentale?
10. A conclusione della nostra intervista, mi piacerebbe chiedervi se è cambiata in voi o nei vostri compagni la percezione/opinione circa l’importanza del benessere mentale dopo l’avvento della pandemia Covid-19. Se sì, in che modo?
11. C’è qualcos’altro che volete aggiungere?
12. C’è un messaggio chiave che volete dare sulla promozione del benessere mentale a scuola?
13. E, invece, c’è un messaggio chiave che volete dare sul modo per cercare ridurre il disagio a scuola?

Box supplementare 2.