varchi

tracce per la psicoanalisi

lo stato dell'assistenza

filosofie dei servizi di accoglienza

varchi13.indd 1 22-09-2015 17:18:27

SOMMARIO

3 **Editoriale**

6 **Gruppi istituzionali tra fattori evolutivi e involutivi. Appunti da un'esperienza.**
di Natale Calderaro

17 **Le Comunità terapeutiche, le loro vicessitudini e la Relazione come base sicura**
di Leopoldo Grosso

30 **Comunità, solidarietà, fraternità. Intervista a Mario Calbi**
di Paolo Chiappero

36 **Cosa sono le Comunità? Significato e connessioni «impossibili»**
di Maria Giannubilo e Laura Penco

42 **«Prendi me, prendi me» l'accoglienza nelle strutture dell'emergenza umanitaria**
di Santa Bellomia e Michele Corioni

46 **L'équipe e l'adolescente. Quale alleanza possibile?**
di Valeria Castagnola

55 **Riflessioni sul lavoro in comunità terapeutica Trattamento clinico efficace oppure superfluo?**
di Michele Gentile

60 **L'assistenza nella «Giostra della fantasia»**
di Ilaria Danti, Chiara Calcagno, Linda Monaco, Michele Calloni*

65 **Communitas: il «fare insieme» con gli altri**
di Katiuscia Del Dottore e Viviana Leveratto

74 **Racconto albanese. Una casa-famiglia di Tirana**
di Roberta Marchiò

77 **Inchiesta: Educare in comunità**
di Gabriella Paganini

varchi13.indd 2 22-09-2015 17:18:27

EDITORIALE

Michel Foucault sosteneva che se vogliamo capire il funzionamento e i valori di uno Stato è sufficiente osservare come vengono gestite le sue strutture assistenziali e di cura. E proprio l'assistenza vogliamo mettere sotto osservazione in questo numero della Rivista.

Accogliere, assistere, offrire sostegno, prendersi cioè a cuore il destino di qualcun altro è pratica abbastanza diffusa. Il compito assistenziale assunto da un privato o dal pubblico consiste sempre nell'assumere una funzione ausiliaria in modo temporaneo o permanente.

Ma da quale concezione dell'altro, della sofferenza, della responsabilità e della società originano le condotte assistenziali? E in che modo viene messa in atto la funzione ausiliaria? Con quali obiettivi?

In questo numero Varchi cerca di rispondere a queste domande, analizzando ciò che avviene sul territorio e provando a capire se quelle attività socio-psicologiche, che generalmente si fanno rientrare nel campo dell'assistenza, perseguono davvero l'obiettivo di avere a cuore il destino dell'altro.

Sempre più spesso il campo dell'assistenza è oggetto d'interesse della cronaca nera: maltrattamenti, soprusi, speculazioni economiche, malaffare.

Anche a livello istituzionale, l'assistenza sembra essere oggetto di valutazioni di carattere economico (quanto costa, come ridurne la spesa...).

Solo in situazioni di nicchia, invece, si riflette sul compito, sulle strategie e sugli obiettivi dei servizi e comunità che offrono assistenza.

La strategia e la risposta assistenziale è prevalentemente guidata da una domanda quasi segreta: «cosa mi conviene?» e non «cosa conviene?».

Politici, istituzioni pubbliche e private e operatori, o per difendersi o per trarne beneficio, misurano le loro scelte su quel che conviene loro, evidenziando una miopia, o peggio una irresponsabile incompetenza, che consente soltanto di tamponare l'emergenza di un bisogno piuttosto che investire perché quel bisogno possa trasformarsi nelle persone in un desiderio di farcela autonomamente.

Eppure si potrebbe alzare il tiro. In fondo, in Italia abbiamo vissuto un'epoca in cui il destino dell'altro ha assunto valore per il destino di tutti: la legge 180 e il dibattito psichiatrico negli anni settanta/ottanta furono di esempio per tutto il campo dell'assistenza.

Oggi, a fronte di un alto livello di specializzazione sia in campo psicologico e psichiatrico sia in quello educativo, siamo di fronte ad un vuoto culturale e politico, ad una mancanza di partecipazione sociale, di dibattito e di pensiero.

Non entreremo in analisi politiche e sociologiche relative a questo cambiamento, di cui, peraltro, abbiamo già parlato in altri numeri della Rivista. Basterà semplicemente ricordare le parole di Luigi Zoja (*La morte del prossimo,* Einaudi,

varchi13.indd 3 22-09-2015 17:18:27

2009): «Col volgere del secolo XX in secolo XXI cede in modo irrimediabile anche il secondo pilastro del comandamento: l'uomo metropolitano si sente sempre più circondato da estranei. È dunque tempo di pensare al *sequel* di Nietzsche, e dirci apertamente che è scomparso anche il prossimo».

Del resto questo è il primo pensiero che ci coglie nel seguire molte delle nostre attuali vicende: i sentimenti di rabbia e di orrore per molti fatti che ci mostrano come l'altro venga semplicemente considerato un «vicino estraneo».

Siamo tutti coinvolti nelle questioni che riguardano l'assistenza, intanto come membri della società e poi molti come operatori nel campo o come soggetti-oggetto di assistenza.

Il riconoscimento dell'esistenza del bisogno crea la risposta assistenziale, ma è dalla qualità della risposta che risaliamo al pensiero che la sostiene.

Si sa che è sempre una doppia risposta: si risponde alla società e si risponde al singolo.

Molto spesso si tratta di dare vitto e alloggio a soggetti non autonomi, ma è banale capire che il bisogno di accoglienza non può riguardare soltanto la soddisfazione dei bisogni primari.

Molto spesso si deve fare i conti con il fatto che il portatore del bisogno non è al contempo il portatore della domanda d'aiuto, anzi spesso respinge e ostacola proprio chi lo accoglie.

È molto facile che sia così per i minori che vengono allontanati o abbandonati dalle proprie famiglie, o per gli adolescenti che vengono affidati da un giudice del tribunale ad una comunità, o per i pazienti psichiatrici, incapaci di comprendere le ragioni degli altri, e spesso anche per gli anziani che si sentono costretti ad accettare una soluzione non desiderata, perché le loro condizioni familiari non ne consentono altre, ed anche per i giovani migranti costretti a soggiorni infiniti in attesa dei riconoscimenti dovuti.

È questa la situazione in cui si trovano a lavorare molti operatori, diventando gioco-forza i destinatari delle proteste, della rabbia e del rifiuto di un destino amaro.

Se questi operatori non sono formati e supportati in modo adeguato e se non vengono pagati dignitosamente, prima o dopo verranno colti da una profonda sfiducia nel sistema e nei propri strumenti, fino a demoralizzarsi e mettere in dubbio se stessi.

Il rischio quindi che si ripresenti nelle varie strutture assistenziali il tipico cinismo imperante 40 anni fa nei manicomi, che con passione e responsabilità abbiamo chiuso, è da mettere in conto, come è da mettere in conto il proporsi di nuove «sindromi istituzionali», generate da un clima a-temporale, dove la ripetizione degli atti quotidiani non si inserisce in una trama significativa di relazioni e di adeguate stimolazioni.

La condizione di isolamento in cui operano in genere le nostre comunità

varchi13.indd 4 22-09-2015 17:18:27

sembra comunque rispondere al bisogno di una società e dei suoi politici, che si nascondono dietro il pensiero rassicurante di aver delegato il compito agli esperti, giustificando così un mancato e responsabile coinvolgimento nel definire gli obiettivi.

Del resto non è senz'altro facile aiutare chi ha bisogno di assistenza a credere in una possibilità di cambiamento, a credere di poter essere accompagnati verso la trasformazione del proprio bisogno in un desiderio realizzabile.

Il processo può essere faticoso, ma senz'altro può diventare appassionante ed anche appagante e per quanto se ne dica potrebbe rivelarsi redditizio per tutti.

Oggi dobbiamo purtroppo prendere atto che i cardini usuali su cui ruota l'assistenza sono riassumibili in due pensieri costanti: «dove lo metto?», il primo e «qui non può restare» il secondo.

Espellere e allontanare perché l'altro non è più il prossimo, ma soltanto un vicino estraneo, piccolo o grande che sia, malato o sano, bianco o nero.

Per fortuna ci sono operatori che pensano e che cercano di rispondere alla fame di ascolto, al bisogno di accoglienza e di cura di molti assistiti.

Girano dovunque idee, buone pratiche, iniziative interessanti nel settore dell'assistenza e in alcune comunità. Idee e pratiche che hanno solo bisogno di essere messe a confronto tra loro e ascoltate dalle Istituzioni e dalla Politica.

Mettere in piedi gli Stati Generali dell'Assistenza sembra, a Varchi, un'occasione unica e necessaria per poter riprendere un filo interrotto di civiltà di cui il nostro Paese è storicamente alfiere e di cui oggi ha bisogno e urgenza.

varchi13.indd 5 22-09-2015 17:18:27

GRUPPI ISTITUZIONALI, TRA FATTORI EVOLUTIVI E INVOLUTIVI. APPUNTI DA UN'ESPERIENZA.

di Natale Calderaro*

«Il singolo con le sue trasformazioni offre al gruppo una narrazione poetica, epica, scientifica, pittorica o filosofica, delle sue vicissitudini interne.»

(E. Gaburri)

«Quando un gruppo non è più animato dal desiderio di conoscenza cade con tutti e due i piedi in qualche assunto di base... In definitiva perde il senso della communitas, del lavoro comune verso scopi sentiti come comuni, condivisi.»

(L. Ambrosiano)

«Avevo sempre immaginato il paradiso come una grande biblioteca.»

(J. L. Borges)

Premessa. Una storia.

Sono stato dagli anni '70 in avanti osservatore partecipe di gruppi istituzionali diversi, per storia e struttura.

C'era prima il manicomio. Poi, «Gorizia» e l'istituzione negata. Nelle esperienze che precedettero - creandone i presupposti - la Legge 180 e in quelle immediatamente successive, la messa in questione dell'istituzione si realizzava nel succedersi continuo di momenti assembleari (la riunione di reparto, quella di staff, l'assemblea generale). Era la «comunità terapeutica», mutuata da Maxwell Jones. In tanti, allora, ci siamo trovati impegnati e immersi nelle pratiche antiistituzionali. Leggevamo Laing, Fanon, Goffman, Foucault, Minkowski, Freud, Binswanger e, naturalmente, Basaglia. La rivoluzione basagliana è stata davvero un cambio di paradigma ed è molto riduttiva la lettura esclusivamente sociologica che troppo spesso ne viene data.

La critica radicale al processo di conversione della follia, come declinazione dell'esistenza, in malattia, da consegnare al dominio della Clinica, era sviluppata in quegli stessi anni, con approdi convergenti, da Foucault (vedi il Corso su «Il potere psichiatrico», tenuto al Collège de France, negli anni 1973 - 1974). Basaglia e Foucault erano a conoscenza l'uno del lavoro dell'altro ma, curiosamente, non si sono mai incontrati; è nota, invece, la regolare frequentazione intercorsa tra Basaglia e Sartre. Mettere in dialogo Basaglia e Foucault sarebbe di un certo interesse ma travalicherebbe i confini del tema che voglio trattare.

Qui mi basta rimarcare come l'aver restituito soggettività e diritti a chi ne

varchi13.indd 6 22-09-2015 17:18:27

era stato deprivato e l'aver riportato nella comunità ciò che ne era stato espulso hanno prodotto cambiamenti culturali profondi.

In riferimento poi ai mutamenti che attraversavano allora la psichiatria, già nel 1980 Fausto Petrella poteva affermare: «Antiche credenze psicopatologiche hanno inesorabilmente mostrato la loro natura di pregiudizio, la loro scarsa fondatezza e operatività… Nuovi criteri, per la verità vaghi ma comunque diversi dai precedenti, suggeriscono una pratica nuova che mette esplicitamente l'accento sulla sofferenza psichica del paziente, anziché sulla sua pericolosità sociale». Nel corso di questi mutamenti, annotava ancora Petrella, «il gruppo di discussione è rimasto l'unico elemento realmente invariante, lo strumento attraverso il quale registrare e visualizzare le trasformazioni in corso».

Tale impostazione, che vede nei gruppi di discussione la metodologia di base con cui predisporre e monitorare le pratiche terapeutiche delle nuove équipe, è stata ribadita da Petrella in una relazione tenuta recentemente al Centro Psicoanalitico di Genova.

Mentre i nuovi servizi psichiatrici si andavano configurando nelle varie realtà italiane, con tempi e modalità diversi, il confronto con le nuove espressività di sofferenza mentale e con le relative procedure assistenziali, fa entrare in contatto i gruppi istituzionali con le complesse fenomenologie gruppali che si attivano al loro interno. Questi processi incrociavano importanti cambiamenti che avvenivano intanto nell'ambito della psicoanalisi, relativamente alle possibilità di trattamento delle gravi patologie psichiche.

Veniva introdotto nel nostro paese il pensiero di Bion. Francesco Corrao, che in quel periodo era Presidente della Società Psicoanalitica Italiana, promuoveva, infatti, negli anni '70 la traduzione in italiano delle opere, a partire da una sua presentazione di «Esperienze nei gruppi». In una intervista realizzata nel 1980 dal regista Roberto Andò, pubblicata col titolo «Il maestro e i porcospini», Corrao dice di aver conosciuto Bion al Congresso di Parigi nel 1957, di averlo individuato come il nuovo, geniale teorico della psicoanalisi e di essere diventato fautore del modello bioniano sin dal 1965. Così, parallelamente alla traduzione delle opere di Bion, Corrao attivava a Roma un primo gruppo esperienziale, sul modello bioniano, cui partecipavano giovani colleghi che negli anni a venire sarebbero diventati punti di riferimento importanti nello studio dei gruppi: Claudio Neri, Antonello Correale, Cono Barnà, Carla De Toffoli, Basilio Bonfiglio, Gianni Nebbiosi e altri. Veniva fondato il Centro Ricerche Psicoanalitiche di Gruppo «Il Pollaiolo» e nasceva «Gruppo e Funzione Analitica», cui si sarebbe aggiunto anni dopo il nome «Koinos». La rivista diventerà un importante punto di riferimento per quanti si occuperanno dello studio del piccolo gruppo analitico e del funzionamento dei gruppi in generale. Si aggiungerà, come spazio riflessivo importante per i nuovi servizi, a *Psicoterapia e Scienze Umane* di Pier Francesco Galli.

varchi13.indd 7 22-09-2015 17:18:27

La discussione del caso

Nei servizi territoriali intanto il gruppo di discussione dei casi diventava un elemento sempre più caratterizzante e strettamente correlato alle vicende dei gruppi istituzionali. La ricostruzione del caso clinico in gruppo consentiva, infatti, nuove aperture e una visione comune.

All'interno di una riflessione generale concernente la particolarità dell'oggetto in questione, ad esempio il mondo psicotico con le sue caratteristiche di ontologica ambiguità, con i suoi paradossi, le diverse modalità di abitare il corpo, i meccanismi primitivi di difesa, persino la scelta estrema di vivere non esistendo, si comprendeva come stati mentali di tale complessità non potessero essere affrontati soltanto nell'ambito di relazioni duali ma richiedessero interventi diversi da integrare che solo un gruppo-équipe può consentire.

Conforto prova a definire come possiamo intendere un gruppo di lavoro in tale ambito: «un gruppo in cui alla mente dei singoli membri è consentita una relativa autonomia e quindi un possibile incrocio di punti di vista, di pensieri, non necessariamente convergenti, quindi un uso della capacità di pensare per ognuno che non sia eccessivamente disturbata, interferita, resa prigioniera, coatta, da ciò che W. Bion ha chiamato assunti di base».

Nel porre la discussione del caso in gruppo come dispositivo terapeutico specifico, specie nel lavoro coi pazienti gravi, la tesi che voglio sostenere è che l'attività di definizione e messa in opera di un progetto terapeutico presenta una correlazione con il livello di elaborazione e di integrazione che esprime un determinato gruppo istituzionale, in un preciso momento della sua storia.

Voglio cioè affermare che perché la discussione del caso nel gruppo degli operatori risulti produttiva è richiesto un minimo di funzionamento come gruppo di lavoro, perché in situazioni estreme in cui prevale forte emotività e agiti imponenti, con il gruppo di operatori inchiodato in un assunto di base stabile, la discussione del caso non solo non produce nulla di spendibile sul versante terapeutico ma può addirittura aggravare il livello di funzionamento psicotico di quel gruppo.

Farò alcune esemplificazioni riferibili a contesti istituzionali molto diversi, come li ho potuti osservare nel tempo nella mia esperienza istituzionale.

Un reparto manicomiale. Il gruppo in assunto di base

A Genova-Quarto, nell'immediato dopo-Riforma. Un reparto con 150 degenti, 60 infermieri distribuiti nei turni, 5 medici, un'assistente sociale. Pazienti molto diversi per età e patologia. Un certo numero di anziani, tanti giovani psicotici. In una situazione molto confusiva e con alti livelli di conflittualità, espressi soprattutto dalle figure infermieristiche, si discute spesso del caso di Salvatore, un giovane poco più che ventenne, con sintomatologia borderline su un lieve difetto cognitivo di base. Una situazione famigliare disastrata, la madre

varchi13.indd 8 22-09-2015 17:18:27

sostanzialmente assente, parecchi anni in istituto. Il paziente manifestava ripetutamente comportamenti improntati ad impulsività e clamorosità. Si rendeva frequentemente protagonista di incursioni notturne nel settore femminile. Le riunioni erano quotidiane, molto affollate e si discuteva spesso dello stesso caso. Nel caos imperante, gli infermieri attaccavano in particolare la figura del Primario, cui si attribuiva la principale responsabilità di quel caos. Qualche intervento di tipo interpretativo certo non migliorava i livelli di rabbia e di esplosività. La situazione era davvero poco gestibile nel gruppo e la mitologia assembleare, allora imperante, produceva solo effetti perversi. Nel momento in cui si verificò un cambiamento nella responsabilità del reparto, sembrò inevitabile sospendere per alcuni mesi ogni tipo di riunione e ripartire da relazioni tra le persone più realistiche, privilegiando e valorizzando il rapporto duale. Poi fu possibile riprendere la discussione dei casi nel gruppo. Ci furono nel tempo parecchie dimissioni.

Un avamposto in ospedale generale. Il volto dell'altro

Un giovane paziente nigeriano, molto alto e con corporatura atletica. Appena sbarcato a Genova da una nave, è ricoverato in SPDC, un reparto con otto posti-letto. Pochi infermieri ma molto motivati. Un solo medico. Gestione del reparto no restraint e open door. Il paziente presenta un grave stato di blocco psicomotorio. Non parla. Volto fisso, occhi sbarrati. La relazione si può ricercare a partire dall'incontro tra volti. È il volto dell'altro, come alterità irriducibile, che interpella e chiama in causa. Il volto nudo, scoperto, vulnerabile, come lo osserviamo nella relazione diretta faccia a faccia (Lévinas). Diventa centrale in questo senso il concetto di responsabilità, di cui parla Minkowski. «L'uomo è un rapporto, è costitutivamente un rapporto con l'altro. L'essere umano è fatto per assumere delle responsabilità».

Parthenope Bion Talamo nella presentazione di «Gruppo» si interroga su cosa avviene di non verbale o di extra verbale nella comunicazione umana, riconoscendo a Neri il merito di «tirare fuori dal sottosuolo una serie di illustrazioni della ricchezza dell'interazione umana, a prescindere dalla parola, prima di essa, dopo di essa». E aggiunge: «è soprattutto dietro il concetto di campo che si intuisce la presenza del grande problema della comunicazione extra verbale».

Ritorniamo al nostro paziente e al senso di paralisi che vive il gruppo. La paura e il terrore del paziente. La paura e il terrore degli operatori. Ne parla Antonino Ferro nell'introduzione ai «Seminari Tavistock» di Bion: «Pensare i pensieri, vivere le emozioni, vivere il terrore che possiamo provare, farci carico della sofferenza altrui, contattare e lasciar emergere la creatività in noi stessi e nei nostri pazienti». Il confronto nel gruppo degli operatori è serrato e molto teso. Posizioni estreme che si confrontano. L'atmosfera in reparto è pesante e inquietante. Non percependo un contatto con il paziente si teme una crisi pantoclastica.

varchi13.indd 9 22-09-2015 17:18:27

Dopo aver attraversato questa fase di grande difficoltà, si riesce ad avvertire che una relazione sta nascendo. Dopo alcuni giorni il paziente accetta di alimentarsi. Il clima di tensione diminuisce. Un contatto si è progressivamente realizzato. Dopo dieci giorni circa, il paziente viene dimesso, molto migliorato.

Ricordo ancora, a distanza di molti anni, le emozioni dense che sono circolate in quello spazio relazionale. Recentemente ho letto un lavoro di Neri su «La tenerezza e la capacità di relazione», letta nel 2014 a Torino in un convegno dedicato a Eugenio Gaburri. All'interno di un dialogo molto intenso tra Claudio ed Eugenio, in un passaggio Claudio dice: «La comparsa della tenerezza è un risultato. Più precisamente è il risultato che non può essere cercato, ma che si presenta spontaneamente quando si è tenuta una giusta posizione nel rapporto e si sono attraversate molte unioni diverse». Qualcosa del genere ho l'impressione che possa essere accaduto in quella scena terapeutica.

Il Centro di Salute Mentale

Le atmosfere negative dell'inizio. La conflittualità che assorbe le energie degli operatori. La mitologia dell'operatore unico. Era allora operante la fantasia che, essendosi lasciati alle spalle l'istituzione totale, il nuovo contesto assistenziale e l'impegno degli operatori nel creare ponti tra il paziente e la realtà esterna avrebbero prodotto di per sé, anche a prescindere dalle specificità professionali, buone pratiche. Era presente una generica operatività, basata su un volontarismo fatto di molte buone intenzioni (coinvolgimento delle famiglie, visite domiciliari, contatti con gli ambienti lavorativi). Si assisteva in quella fase ad un attivismo, anche generoso, che creava però spesso situazioni confusive, con forti conflittualità tra gli operatori. Era necessario acquisire anche nuove figure professionali, trovare competenze idonee per i compiti della cura. Arrivarono prima, per trasferimento, due assistenti sociali, particolarmente attrezzate per il lavoro istituzionale. Poi in successione alcuni psichiatri, psicologi, educatori e due amministrative. Le competenze diversificate ora c'erano, il mito dell'operatore unico sepolto. Bisognava solo fare nascere il gruppo. Come costruire, quindi, un gruppo di curanti che potesse esprimere un pensiero condiviso, una visione della sofferenza mentale come un qualcosa da accogliere, contenere, trasformare all'interno di contesti terapeutici in cui relazioni duali e gruppo-équipe potessero fruttuosamente interagire? Il Servizio di Salute Mentale era suddiviso in due sottogruppi, riferiti a differenti ambiti territoriali. Ogni sottogruppo teneva una riunione settimanale nella quale si discutevano insieme i casi più impegnativi. C'era poi una riunione generale di tutto il Servizio, anche questa a periodicità settimanale. In quest'ultima si mettevano a fuoco problemi organizzativi e tematiche complessive e si cercava di monitorare l'evoluzione del Servizio, la tenuta dei progetti in corso, i miglioramenti o eventuali movimenti regressivi che dovevamo insieme individuare, per le necessarie correzioni di rotta. Era diventata

varchi13.indd 10 22-09-2015 17:18:27

in particolare caratterizzante del funzionamento del Servizio una breve riunione mattutina, ad inizio lavori, in entrambi i sottogruppi, in cui ci si fornivano brevi informazioni sull'andamento dei percorsi terapeutici, come erano stati osservati nella giornata precedente, dando un particolare rilievo alla dimensione affettivo-emotiva nell'ambito della relazione. Tutti questi momenti gruppali erano fortemente investiti da parte dell'intera équipe, che sviluppava progressivamente un sentimento di appartenenza alla nostra particolare realtà istituzionale, nella quale ci si riconosceva per alcune qualità che sentivamo di stare costruendo insieme. Si era riusciti a superare la fase dei conflitti statici e paralizzanti, lo scontro tra le diverse categorie professionali, l'una contro l'altra armate. Gli infermieri, ad esempio, per una pura esigenza di nastro lavorativo, entravano prima in servizio al mattino, alle sette e trenta, mentre tutti gli altri alle otto. Superare questa contraddizione operativa, che creava solo disfunzioni e contrapposizioni corporative, non è stato facile ma alla fine si è riusciti ad attraversare costruttivamente questo passaggio, con l'ingresso per tutti alle ore otto. L'équipe poteva così entrare in azione in maniera omogenea, consentendo che il gruppo multiprofessionale potesse da subito iniziare la propria attività come collettivo. In questa nuova configurazione, la discussione del caso, come metodologia di lavoro, diventava un elemento strutturante dell'agire terapeutico.

I progetti di cura si concretizzavano nella ricostruzione delle storie personali dei pazienti, delle loro reti famigliari e sociali, per descrivere insieme a storie di malattia soprattutto storie di vita, in cui salute e malattia potessero essere colte come polarità dialettiche da integrare. La ricostruzione della storia personale del paziente, mettendo insieme i punti di vista di ogni operatore e reintegrando le parti scisse proiettate dai pazienti, consentiva una ricomposizione in cui erano presenti le visioni e le emozioni di ciascuno, con nuove aperture nella lettura del caso.

In riferimento al processo evolutivo descritto, vorrei segnalare alcuni aspetti non marginali. Ci capitava di osservare come le funzioni terapeutiche del gruppo, che ci sembrava di cogliere, si realizzavano non solo nell'ambito delle attività strutturate (relazioni duali, gruppi verbali, gruppi espressivi, attività di rete ecc.) ma anche in luoghi e momenti non definiti, quelli che Roussillon chiama «spazi interstiziali» (la pausa per un caffè, gli scambi occasionali di impressione...). Un ulteriore aspetto, osservabile in modo chiaro, specie nella fase di transizione, in presenza ancora di una certa conflittualità nell'équipe, si riferisce al naturale delinearsi di un'area del Servizio (la stanza delle amministrative) che fungeva da camera di decompressione e di diluizione delle tensioni. Per le funzioni svolte (le pratiche amministrative come tessuto connettivo per le esigenze di tutti) e anche per qualità personali, quell'area del Servizio si andava configurando come luogo protettivo e di conciliazione, in cui tutti si riconoscevano, un'area di bonifica dei cattivi umori che l'istituzione produce. Mi sentirei di definire quello spazio e

varchi13.indd 11 22-09-2015 17:18:27

quella funzione come qualcosa di avvicinabile al «Genius loci» di cui parla Neri, a proposito della capacità di rianimare l'identità del gruppo e collegare il cambiamento con la base affettiva del gruppo.

Il Centro Diurno

Una fase molto significativa nell'evoluzione del servizio, nel suo strutturarsi come équipe terapeutica, concerne il momento della nascita del Centro Diurno. Del tema specifico mi è capitato di occuparmi in passato ma mi sembra utile rivisitare alcuni passaggi.

La riflessione riguarda il momento in cui si delinea e prende forma, nella storia di un servizio, il bisogno di strutture intermedie.

Si possono presentare in proposito diversi scenari che proverò a riassumere. Una situazione, di certo non minoritaria, nella fase della loro costituzione, si riferisce a servizi con insufficiente sedimentazione e strutturazione di una storia collettiva, che non hanno ancora sviluppato un'identità di gruppo sufficientemente definita e consapevole; servizi con contrasti molto aspri al loro interno e in grande difficoltà nella propria capacità di tenuta, in rapporto alla grave patologia psichica. Si è potuto osservare spesso, in tali contesti, una particolare enfasi sulla necessità di Centri Diurni, Comunità terapeutiche ecc., l'esplicitarsi di fantasie onnipotenti nella direzione di strutture fortemente idealizzate, investite di aspettative messianiche.

Il rischio a cui si va incontro in tali frangenti è rappresentato dal fatto che la stessa progettazione di nuovi spazi terapeutici finisce per funzionare da copertura e razionalizzazione delle difficoltà e delle contraddizioni di quella fase della storia del servizio, innestando una spirale di rimandi a nuovi contenitori istituzionali che realizzano e giustificano, intanto, procedure di distanziamento o di evitamento del paziente. In questo senso, è possibile sostenere che nessuna struttura intermedia può costituire una risposta appropriata allo stato di collasso operativo, progettuale ed emotivo di un gruppo di curanti. Nessuna struttura intermedia può rappresentare - in definitiva - una risposta «forte» ai problemi di un servizio «debole». L'esigenza che si pone in questo senso concerne la capacità che ha il gruppo-équipe di saper leggere le proprie aree di insufficiente operatività. Correale postula, a questo proposito, l'esigenza di mantenere attiva una funzione autorappresentativa della totalità del gruppo e segnala che tale funzione non può essere limitata all'establishment, una figura di leader o un gruppo dirigente, ma deve essere diffusa in tutto il «campo istituzionale», spettando semmai al leader il compito di fungere da integratore di ciascun contributo, in modo che «ogni intervento, ogni modalità di partecipazione dei singoli alla vita istituzionale, possa essere vista non solo come il punto di vista di quel singolo, ma come l'espressione di una particolare sfaccettatura, di un'angolatura specifica, di una tematica o di un vissuto, di un problema di un oggetto comune».

varchi13.indd 12 22-09-2015 17:18:27

I problemi principali che si pongono in una fase di progettazione di nuove articolazioni terapeutiche sono relativi alla capacità che ha il gruppo-équipe nel suo complesso di tollerare che una parte di sé muova nella direzione di una differenziazione.

Le tematiche specifiche in gioco in questo frangente sono le angosce di separazione, i meccanismi difensivi di idealizzazione, le attese messianiche ecc.

L'équipe del servizio sente che la nuova creatura che ha generato, che comincia ad affrontare una vita propria, ha la necessità di creare le condizioni interne alla nuova realtà per poter costruire un'esperienza autentica. Accetta quindi che si costituisca quel gradiente tra gruppo-servizio e gruppo-struttura intermedia che consenta a quest'ultima di differenziarsi, di abitare quindi un luogo nuovo (per sé e per i pazienti), di strutturare un setting di gruppo sufficientemente chiaro e condiviso che permetta il realizzarsi di un'esperienza e la possibilità di una sua elaborazione. Attraverso l'elaborazione complessiva nel gruppo di questi vissuti, nella dialettica Servizio-Centro Diurno, è stato possibile conquistare una visione più realistica dei problemi e degli obiettivi che si potevano raggiungere.

La funzione dell'accoglienza

In una certa fase, era diventato centrale il dibattito sulle tecniche. C'erano i sistemici e gli psicoanalisti. Anche da noi. Ci fu chiaro, però, che pur nel rispetto degli approcci personali, di una libertà di ricerca che bisognava solo favorire, il terreno su cui ritrovarsi era l'analisi nel collettivo delle nostre pratiche reali. Un'area su cui incontrarsi e da costruire insieme fu individuata nello spazio dell'accoglienza. Quali caratteristiche doveva avere, quali fisicità (dove e come nel servizio), quali atmosfere doveva favorire, quale spazio emotivo-affettivo nell'incontro con soggetti con fenomenologia psicotica o con gravi disturbi di personalità?

La tematica dell'accoglienza è poi sempre stata ripensata, rivalutata e monitorata dal gruppo-équipe che attorno a questa si andava caratterizzando. Credo che rappresenti, al di là della nostra vicenda gruppale, un terreno su cui modalità operative, configurazioni emotive e sottofondo fantasmatico si compenetrano, determinando l'identità specifica di quel particolare gruppo di curanti. La funzione dell'accoglienza, la sua qualità e le sue modalità risultano determinanti nella configurazione che un gruppo di operatori si dà. L'atmosfera che si respira in un determinato Servizio di Salute Mentale è direttamente in rapporto con la capacità di accogliere, di modularsi in base al tipo di richiesta, di sintonizzarsi con lo stato mentale del soggetto, nel momento particolare in cui si presenta alla nostra osservazione; una certa qualità dell'accogliere, in cui entrano in gioco competenza ma anche uno stile operativo in cui sia percepibile delicatezza nell'entrare in contatto con gli stati di sofferenza mentale.

Queste caratteristiche dell'accoglienza per un gruppo di curanti non sono

varchi13.indd 13 22-09-2015 17:18:28

mai un dato a priori, ma rappresentano il risultato di una lunga costruzione del collettivo. Nella visione bioniana il gruppo istituzionale deve essere configurato come una realtà dinamica di cui favorire l'evoluzione. L'Istituzione, un Giano bifronte, come direbbe Gaburri, è per sua natura una realtà contraddittoria, perennemente in bilico tra evoluzione e involuzione, una realtà in cui si può configurare un surplus di potenzialità terapeutica ma anche l'emergenza, sempre in agguato, di potenti forze distruttive, nel corso delle quali si verificano fantasie di frammentazione, depersonalizzazione, contagio psichico.

La leadership

In tanti anni di lavoro istituzionale, ho inteso questa funzione come la competenza, o almeno la familiarità, nell'integrare diversi livelli di funzionamento. In prima istanza, il Responsabile di un gruppo di operatori deve avere una visione sufficientemente chiara, ancorchè complessa, della dimensione istituzionale e degli obiettivi da raggiungere. La scommessa principale si gioca sulla possibilità, pur nell'ambivalenza costitutiva del fatto istituzionale, di indirizzare i processi contraddittori, che normalmente si attivano, nella direzione della funzione di cura. In questo senso, mi sembra siano richieste, per un mestiere particolarmente «impossibile», capacità di vivere in alcuni momenti in solitudine il proprio ruolo, nel dialogo con le proprie moltitudini interne, formazioni consce e inconsce. Nello stesso tempo, è necessario tenere costantemente attiva una funzione recettiva verso i movimenti del gruppo e anche una vicinanza visibile e rispettosa nei confronti di ciascun operatore. Il leader, secondo Correale, deve promuovere una continua circolarità, «inducendo scambi, ascoltando proposte... limitando in parte la sua autorità e facendola poi valere nei momenti necessari... Questo aspetto circolante, di messaggero oltre che di coordinatore, implica che il leader non soltanto metta in gioco qualcosa di personale, ma che sia consapevole dell'elemento personale che mette in gioco».

Il ruolo della supervisione

Nel momento in cui il gruppo-servizio sembrava aver acquisito una prima configurazione come gruppo-équipe in grado di rapportarsi al disagio mentale, avendo conquistato una visione abbastanza condivisa del proprio oggetto, si è avvertita l'esigenza di uno spazio di supervisione clinica, con un consulente esterno con determinate caratteristiche. Un formatore che insieme al sapere disciplinare fosse portatore, per esperienza diretta o mediata dal lavoro di consulenza, di una conoscenza reale della dimensione istituzionale. È stato un passaggio importante nella crescita complessiva del gruppo-équipe.

Agli incontri di supervisione non partecipava, per scelta, il Responsabile del Servizio. Si riteneva che tale opzione potesse favorire una maggiore libertà espressiva per gli operatori.

varchi13.indd 14 22-09-2015 17:18:28

Nella prima esperienza formativa, un passaggio significativo si è verificato quando, dopo tutta una fase in cui si discuteva dei casi più impegnativi, che venivano predisposti per il giorno della supervisione, ci si trovò, in un incontro, senza un caso clinico preparato. Si rese evidente a quel punto che il gruppo degli operatori voleva porre se stesso come caso. Questo sviluppo della supervisione si protrasse per un tempo significativo e risultò allora molto utile, per una migliore comprensione delle dinamiche interne, in un gruppo che stava maturando un forte sentimento di appartenenza e una buona adesione ai progetti terapeutici.

Barnà sottolinea come nel lavoro del consulente il gruppo degli operatori debba essere immaginato «come una specie di matrice dinamica in grado di dare una configurazione del paziente. Nella supervisione di gruppo la necessità di integrare apprendimenti diversi si incontra con la logica di portare avanti una competenza di lettura dei vari piani del funzionamento del paziente e del gruppo di lavoro».

Considerazioni conclusive

Le questioni che ho cercato di evidenziare e i riferimenti posti in epigrafe hanno voluto mettere al centro del nostro discorso la relazione con l'altro e la dimensione dialogica come elementi costitutivi della cura e dell'umano in genere.

Gli scenari istituzionali descritti, frammenti di esperienze, hanno rimarcato l'importanza delle dinamiche gruppali nel lavoro psichiatrico e il rilievo che il gruppo-équipe, come costruzione processuale, assume nelle pratiche terapeutiche. In tale ambito, si è collocata la metodologia della discussione del caso in gruppo come dispositivo che attiva processi di cambiamento nei pazienti e nei curanti. Non si può non constatare, però, come da qualche tempo, nelle nostre istituzioni psichiatriche, il pendolo sia tornato a spostarsi nella direzione di concezioni prevalentemente neo-biologistiche. Ritornano in campo tecnocrazie e, sia pur in forme nuove, pratiche di distanziamento e occultamento della sofferenza mentale. Meno disponibilità, meno tempo per l'ascolto, meno spazio al lavoro di équipe. Non è una prospettiva rassicurante ed appare necessario contrastarla, ripartendo dai contesti e dalle pratiche reali e riattivando un pensiero critico negli operatori. Il dialogo tra individuo e gruppo e la fantasia borgesiana, richiamati all'inizio, vorrebbero suggerire anche una traiettoria, per i soggetti della cura, che tenga in relazione tradizione e innovazione. Al di fuori di questo legame, credo non siano nemmeno ipotizzabili «res novae»(Cacciari).

Post Scriptum

In riferimento al tema trattato, mi fa piacere ricordare che, presso il nostro Centro di Salute Mentale di Via Pisa, sono stati presentati a Genova, con la partecipazione degli Autori: «Il campo istituzionale» (1991) di Antonello Correale (con la prefazione di Cono Barnà), «Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza» (1993)

varchi13.indd 15 22-09-2015 17:18:28

di Fausto Petrella, «Gruppo» (1995) di Claudio Neri, «Emozione e Interpretazione» (1997) a cura di Eugenio Gaburri, «Ululare con i lupi» (2003) di Gaburri e Laura Ambrosiano. In tutte queste occasioni, insieme ad altri colleghi, c'è sempre stata la partecipazione di Carmelo Conforto.

Bibliografia

Ambrosiano, L., Gaburri, G. (2013), *Pensare con Freud*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Andò, R. (1994), *Il maestro e i porcospini. Conversazioni con Francesco Corrao*, Palermo, Edizioni della Battaglia.

Barnà, C. A. (1994), *Contributo in Koinos. Gruppo e funzione analitica. Ricordare Francesco Corrao* (gennaio-dicembre 1994 anno XV numeri 1-2, pp.287-295), Roma, Edizioni Borla.

Barnà, C. A., Corlito, G. a cura di (2011), *Emergenze borderline,* Milano, Franco Angeli Editore.

Basaglia, F. a cura di (1968), *L'istituzione negata,* Torino, Giulio Einaudi Editore.

Bion, W. R. (1961), *Esperienze nei gruppi,* Roma, Armando Editore, 1971.

Bion, W. R. (2005), *Seminari Tavistock*, Roma, Edizioni Borla, 2007.

Cacciari, M. (2015), *Re Lear. Padri, figli, eredi*. Caserta, Edizioni Saletta dell'Uva.

Calderaro, N. (1995), *Strutture intermedie e Servizi: alcuni aspetti del funzionamento gruppale in Koinos Quaderni. Fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni*, Roma, Edizioni Borla.

Conforto, C. (2011), *Per confrontarci con il mondo psicotico in Varchi. Tracce per la psicoanalisi* (numero 5 anno 2011), Genova, Il Ruolo Terapeutico di Genova, Grafiche Colombo.

Correale, A. (1991), *Il campo istituzionale*, Roma, Edizioni Borla.

Correale, A. (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*, Roma, Edizioni Borla.

Foucault, M. (1973-1974), *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli Editore, 2004.

Gaburri, G., Ambrosiano, L. (2003), *Ululare con i lupi*, Torino, Bollati Boringhieri Editore.

Lévinas, E. (1982), *Etica e infinito. Il volto dell'altro come alterità etica,* Roma, Città Nuova, 1984.

Minkowski, E. (1927), *La schizofrenia*, Torino, Giulio Einaudi Editore, 1998.

Neri, C. (1995), *Gruppo*, Roma, Edizioni Borla.

Neri, C. (2015), *La tenerezza e la capactà di relazione in Il Fattore T in Psicoanalisi. La tenerezza nel lavoro di Eugenio Gaburri* a cura di Granieri, A., Roma, Edizioni Borla.

Petrella, F. (1980), *Il gruppo di formazione in psichiatria e il suo oggetto specifico in Formazione e percezione psicoanalitica*, a cura di Speziale-Bagliacca R., Milano, Feltrinelli Editore.

Roussillon, R. (1988), *Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio in L'istituzione e le istituzioni*, Roma, Edizioni Borla, 1991.

***Natale Calderaro** è il Direttore del Dipartimento di Psichiatria ASL 3 Genova Ponente

varchi13.indd 16 22-09-2015 17:18:28

LE COMUNITA' TERAPEUTICHE, LE LORO VICESSITUDINI E LA RELAZIONE COME BASE SICURA

di Leopoldo Grosso*

Pensiero magico e comunità terapeutica

Per un arco di almeno 20 anni (all'incirca dalla fine degli anni '70 alla fine dei '90) le comunità terapeutiche, in particolare quelle dedicate al «recupero» delle persone tossicodipendenti, hanno fruito di un tale credito favorevole di opinione e sono state investite di aspettative così intensamente «salvifiche», che il loro ruolo non solo è stato sopravvalutato ma anche inevitabilmente condizionato. Sappiamo quanto il ricorso al «pensiero magico» sia invasivo rispetto alle malattie di cui non si ha certezza della cura e alle problematiche ritenute difficilmente risolvibili. Prima della legge «685» del '75 ma anche successivamente, fino a che, poco per volta, non furono creati e non si consolidarono i primi servizi per le persone tossicodipendenti, il destino di un consumatore di eroina per via endovenosa era il carcere o il manicomio. Fu in quel periodo che le comunità terapeutiche evidenziarono i primi risultati positivi e, dimostrando che poteva esserci una «via d'uscita», aprirono la porta alla speranza per un trattamento che si rivelava efficace. Le comunità terapeutiche vennero immediatamente identificate come l'unica cura adeguata per la dipendenza. Il loro ruolo fu ampiamente enfatizzato, e tutti gli altri strumenti terapeutici, spesso vittime di pregiudizio, vennero ridotti a una «pre-terapeutica», in funzione ancillare all'invio e all'ingresso in comunità. L'esempio più eclatante lo si è avuto rispetto al trattamento farmacologico. Il sostitutivo medico dell'eroina, il metadone, veniva rigorosamente utilizzato «a scalare», in ausilio al percorso di disassuefazione che doveva precedere e consentire l'accesso alla comunità terapeutica, rigorosamente «drug-free» e che non si avvaleva nemmeno, come tratto distintivo per tutto il percorso del trattamento, di alcun supporto di tipo psico-farmacologico. Fu il periodo in cui le comunità terapeutiche si ingrandirono e aumentarono di numero, fino a fare dell'Italia un fenomeno atipico sul piano internazionale.

Un po' di storia: le trasformazioni delle comunità

In principio, le comunità non erano ancora terapeutiche. Molto spesso, prima di diventarlo, erano comunità di base in cui gruppi di persone, per lo più aderenti al dissenso cattolico nel fermento degli anni del pontificato di Giovanni XXIII, avevano deciso di vivere insieme nel tentativo di testimoniare quotidianamente i propri valori religiosi. Le porte delle loro comunità erano aperte e l'intento era di «camminare insieme» a coloro che, fra gli «ultimi», venivano

varchi13.indd 17 22-09-2015 17:18:28

accolti e chiedevano ospitalità: persone tossicodipendenti, alcoliste, chi usciva dal carcere, »barboni», appartenenti vari al mondo dell'emarginazione. Alcune comunità hanno mantenuto questa impronta nel tempo, fino ad oggi: ad esempio, alcune Papa Giovanni XXIII o le comunità Emmaus… Altre, dedicandosi esclusivamente all'addiction, hanno fatto propria la metodologia delle esperienze nord-americane delle comunità Day-top, basate sull'auto aiuto fra le persone tossicodipendenti, organizzato in un percorso rigido e gerarchizzato per fasi, pur reinterpretandole secondo i propri principi ispiratori. L'esperienza più significativa in questa direzione è stato il Ceis, fondato da don Picchi. Altre comunità ancora hanno fatto maggiore riferimento alle esperienze di partecipazione della comunità con pazienti psichiatrici, il cui modello indiscusso è quello inglese di Maxwell Jones. Ospitalità, condivisione della quotidianità, ricerca di senso, forte investimento relazionale furono gli «ingredienti» che caratterizzarono le «esperienze di accompagnamento» e le «sperimentazioni» di quel periodo fecondo e creativo.

È in questo contesto che iniziò allora una storia collettiva, di cui il Gruppo Abele è stato parte. Si trattava di gruppi di persone che volontariamente e gratuitamente provavano a mettersi in gioco nel rapporto con gli altri. Persone che cercavano, con costanza e coerenza, di praticare nella quotidianità i valori condivisi della fratellanza e dell'impegno sociale. Non fu facile. Non fu facile la tenuta nel tempo, allorché le tensioni ideali erano messe alla prova ad ogni minuto dalla routine dei compiti più spiccioli, dall'esposizione alle relazioni a tutto tondo, dalla drastica riduzione della propria privacy. Non fu facile il lavoro con le persone accolte, i cui problemi spesso trascendevano qualsiasi disponibilità ed attenzione. Tuttavia furono molti i gruppi, sparsi qui e là per l'Italia, che si ingaggiarono e si sperimentarono, e fu un fatto importante. Si dimostrò che l'accompagnamento delle persone difficili, lo stare a fianco, accogliere, non abbandonare, andare a cercare, marcava un segno diverso e un'inversione di tendenza rispetto all'esperienza che fino a quel momento veniva riservata alle persone tossicodipendenti, e alle persone emarginate. Si riuscì a dimostrare che un percorso di recupero era possibile: si aprì la porta alla speranza. Ci si ponevano tante domande e quella fu la risorsa principale che guidò la ricerca per tentativi ed errori. Le risposte erano poche e sempre insufficienti, ma ci si accorse che dal confronto la creatività ne guadagnava. I diversi gruppi impegnati nella sfida si cercarono e discussero a lungo, si fecero molti seminari a cui partecipavano tutti: i volontari dei gruppi di base che accoglievano le persone e lavoravano in strada, i medici ed i farmacisti che presero a cuore la questione, le persone tossicodipendenti che portavano il sapere diretto della propria esperienza. Nacque così il CNCA (Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza) e l'Università della strada, lo strumento di ricerca e formazione, che cercava di sistematizzare le conoscenze accumulate e proporre una prima sistematizzazione dei saperi. Allora non esistevano

varchi13.indd 18 22-09-2015 17:18:28

ancora gli operatori professionali. Gli operatori professionali delle dipendenze vennero al seguito dell'applicazione della legge del '75, e poi col potenziamento della successiva legge del'90, la 309.

È importante tornare alle radici, all'inizio in cui si originarono i percorsi di comunità, perché un aspetto che si rivelerà parzialmente decisivo per il successo dei percorsi terapeutici in quel contesto, e che, successivamente, andrà in parte perso, si rifà proprio al coinvolgimento, alla vicinanza affettiva, alla prossimità relazionale e alla condivisione della quotidianità, che costituirono, per quel periodo, l'unico vero strumento terapeutico a disposizione. Il fidarsi e l'affidarsi all'altro, la compartecipazione attiva, il protagonismo, la forte significazione di ogni attività, la sincerità dei rapporti pur nella loro fragilità, anche perché spesso ancora privi di elementi professionali che li sorreggevano, costituivano i fattori-chiave di quello che successivamente si individuò come la risultante dei principali fattori terapeutici in comunità. Il «clima» che si riusciva a creare, inteso come serenità, senso di sicurezza e protezione, libertà di ricerca di essere se stessi e contemporanea coscienza del limite, dato dalla consapevolezza dei propri eccessi di onnipotenza e dal riconoscimento della necessità del'interdipendenza. Essere accettati per quello che si è, all'interno di un percorso di ricerca di liberazione personale e collettiva, nello sforzo di fare i conti con le proprie ombre ma anche nella rassicurazione di poter fare riferimento alla «base sicura» del gruppo di cui si è parte, fu ciò che allora funzionò, senza troppo saperlo, per alcune persone, ovviamente non per tutte, che riuscirono ad emanciparsi da una condizione di tossicodipendenza. Fu anche un lascito di conoscenza che quelle esperienze posero a patrimonio della ricerca successiva mirata a sapere ciò che è curativo in una comunità terapeutica.

Dalla fine degli anni '90 e all'inizio dei 2000 la «scena della droga « era già sostanzialmente modificata. L'affermarsi delle nuove terapie di mantenimento con farmaco sostitutivo, l'evidenza dell'innesto dell'Hiv sulle modalità di assunzione dell'eroina per via endovenosa, il maggiore appeal nei confronti delle nuove generazioni delle sostanze psicoattive «da prestazione» rispetto a quelle «da estraneazione», identificate non più come simbolo di ribellione al sistema ma come l'emblema dei «perdenti», comportò la crisi delle comunità terapeutiche che, dopo aver toccato l'apice quantitativo di 1372 nel 1996, cominciarono una lenta ma progressiva riduzione sia nel loro numero che nella capienza delle persone accolte al loro interno, essendo sempre meno oggetto di richiesta di trattamento. Come dimostrano almeno tre ricerche, tra Ser.t e comunità si verificò, allora, uno scambio di utenza. Se fino alla «decrescita» le comunità avevano avuto la possibilità di selezionare la propria utenza, scegliendo e portando avanti nel percorso le persone più idonee al trattamento, la cui prognosi era favorevole, mentre il Ser.t agiva da «scuola dell'obbligo», accogliendo tutti coloro che richiedevano una cura, a prescindere dalla loro motivazione, lavorando prevalente-

varchi13.indd 19 22-09-2015 17:18:28

mente sulle ripetute «ricadute», dopo avvenne progressivamente l'esatto contrario. Già con inizio nella seconda metà degli anni '90, i servizi ambulatoriali per le dipendenze, tramite i trattamenti con i farmaci sostitutivi (metadone prima e poi con la buprenorfina), con i trattamenti prolungati a mantenimento «arruolavano» un numero crescente di persone che rimanevano fedeli al trattamento nel corso del tempo. Tra gli utenti, coloro che possedevano un posto di lavoro o erano nelle condizioni per procurarselo, tendevano decisamente a privilegiare il programma che, da subito, e non dopo i quasi due anni che richiedeva il passaggio nella «cruna d'ago» della comunità, consentiva una maggiore «normalizzazione» della loro vita e l'assunzione di una più piena responsabilità rispetto ai propri obblighi familiari e sociali, senza doversi confrontare successivamente con un «reinserimento» lavorativo affatto scontato. In questo nuovo contesto i più «attrezzati», più dotati di risorse personali e d'ambiente, si indirizzarono verso il trattamento ambulatoriale. Viceversa, per molti di coloro che non erano in grado di rispondere alle terapie con i sostitutivi e sommavano senza costrutto l'uso di droghe di strada con i farmaci legalmente prescritti, determinando situazioni i cui margini di compatibilità si restringevano progressivamente fino a verificarsi situazioni di crisi (farmacologica, sanitaria, sociale) tale da far emergere una qualche richiesta di ricovero, l'esito era l'ingresso «protettivo» in comunità. Le comunità terapeutiche vengono oggi interpellate da questo tipo di situazioni. La disponibilità delle comunità, spesso anche stimolata dai posti vacanti e dalla necessità di raggiungere il punto di pareggio di bilancio per conservare l'occupazione dei propri dipendenti, si traduce in una pronta accoglienza della persona prima ancora di un'effettiva presa in carico e definizione di un trattamento. È «la comunità terapeutica modificata», forse ancora più complicata, da quanto ben descritto da De Leon nel 2000 . È un fare i conti con situazioni in cui l'obiettivo dell'emancipazione dalla dipendenza non ha riscontro con le risorse necessarie per conseguirlo, con la tenuta di un programma terapeutico di comunità tradizionale. Più realisticamente si sostiene l'uscita da uno stato di emarginazione e si mira alla riduzione dei danni sociali e sanitari comportati dalla situazione di dipendenza. Si tratta di migliorare la qualità della vita, ritrovare la propria dignità di persona tramite una più adeguata cura di sé, una maggiore integrazione sociale e il ristabilimento della compliance alle cure. Con un'utenza di comunità oggi invecchiata, più provata dal numero di anni di dipendenza sulle proprie spalle, più malata, con più difficoltà di tenuta psichica, più preda di uno stato di solitudine e di emarginazione, i programmi non possono essere molto richiedenti, per cui solo traguardi limitati possono essere realisticamente perseguibili.

Sostenere le motivazioni

Oggi non si tratta più di «testare» le motivazioni, per decidere l'inclusione o meno al trattamento di comunità, ma di comprendere quale sia l'alleanza di

varchi13.indd 20 22-09-2015 17:18:28

lavoro possibile, a partire dalla distanza tra la richiesta esplicita e le capacità presenti (ed elicitabili col sostegno dello staff), che consentano quantomeno un avvicinamento all'obiettivo manifesto. A fronte di una domanda confusa, ambivalente, contraddittoria o solo palesemente compiacente, si tratta pur sempre da un lato di cogliere il desiderio e la sua direzione, e dall'altro di mediare tra la sua realizzazione e il principio di realtà, là dove né le risorse personali né di servizio consentono di intraprendere pericolosi percorsi illusori il cui esito è generalmente catastrofico per tutti: per l'utente, per gli operatori che se ne fanno carico, per il rapporto tra il servizio e la persona tossicodipendente. «Rotolare, danzare con» il paziente, in base al passo che egli è in grado di proporre e mantenere rispetto all'obiettivo desiderato, è l'indicazione che ci proviene da un approccio motivazionale, che si pone agli antipodi di una posizione confrontazionale, che fissa l'asticella dell'obiettivo predeterminato e si limita a registrare successi e fallimenti, spesso affiancando al giudizio di fatto un personale giudizio di valore dell'operatore. Con un approccio motivazionale, a fronte di un utente-Don Chisciotte, dalla facile idealizzazione e poco affidabile, l'operatore-Sancho Panza deve essere in grado di frenare senza però inibire gli entusiasmi, di contenere l'illusione senza smorzare la speranza, di sostenere il paziente nell'affrontare le inevitabili delusioni di percorso, di ridefinire in continuazione gli obiettivi e gli strumenti che consentono di perseguirli, senza mollare la presa, perchè lo scudiero rimane fedele al suo cavaliere, dando l'idea della continuità e della progressione del percorso. Per un percorso di comunità, «mini» o «maxi» che sia, è necessario che la persona lo scelga giorno per giorno, ed è attraverso questo faticoso esercizio di libertà che si evidenzia e si misura il principale principio terapeutico attivo, la motivazione del soggetto, che a sua volta è una variabile complessa, non solo in balìa del richiamo della sostanza e delle reattività dell'utente, Scilla e Cariddi, tra cui l'operatore cerca di mantenere salda la rotta dell' «aggancio» e della permanenza della persona in comunità e nel suo programma. La motivazione non è sempre impermeabile alle relazioni: dal livello più superficiale dell'essere trattati con rispetto ed essere oggetto delle attenzioni di chi si prende cura, fino al livello più profondo di chi si accorge di essere importante per qualcuno per cui quel qualcuno diventa importante per lui. Un livello di relazione in cui si è oltre al «non essere e non sentirsi giudicati», in cui l'utente percepisce un interesse sincero nei propri confronti, intravede negli occhi dell'operatore la credibilità riflessa di una propria qualche qualità, sviluppa la fiducia di non essere abbandonato anche quando gli capita riproporre le parti più negative di sé. Una «base sicura» da cui tentare una ri-esplorazione di sé, nel mare periglioso della gestione dei propri rapporti interpersonali, del riuscire a stare in gruppo, nel difficile lavoro di introspezione in cui si riesaminano i propri comportamenti di rapina agiti spesso nel passato, talvolta reiterati nel presente e nella preoccupazione di non proiettarli sul futuro.

varchi13.indd 21 22-09-2015 17:18:28

Sostenere la qualità della proposta terapeutica: l'importanza del «clima» di comunità

Il lavoro di relazione dell'operatore non si esaurisce nel rapporto con l'utente e i suoi familiari, che lo assorbono solo al 50% del suo ingaggio. Il restante 50% riguarda i rapporti coi propri colleghi di lavoro, la direzione della comunità, e l'associazione o l'Ente di cui la Comunità è parte. La «filosofia» della comunità, l'elaborazione dei programmi, l'attenzione agli strumenti con cui vengono realizzati gli interventi, il livello di individualizzazione dei trattamenti, la coerenza con cui si muovono gli operatori, singolarmente e nel loro complesso, sono tutti fattori fondamentali con cui si crea e si mantiene un «clima terapeutico» senza il quale anche gli sforzi migliori del più bravo degli operatori sarebbero destinati a naufragare. Il clima terapeutico, tranquillo e fiducioso, in cui si mantiene viva la tensione verso gli obiettivi senza caricarla di indebita drammaticità e in cui la prevalenza della giocosità gioca un importante ruolo rasserenante, non è mai un fatto casuale. È la risultante di una consapevolezza e di un costante lavoro di «manutenzione» da parte degli operatori e della dirigenza, dell'investimento sulla formazione e aggiornamento dello staff, del lavoro di co-visione e supervisione che accompagna tutto il fare comunità. Il buon clima dipende dall'appropriatezza dell'individualizzazione dei programmi, dall'attenzione all'organizzazione della quotidianità che incrocia in sapiente dosaggio attività ludiche e lavorative, dall'intreccio tra i momenti di riflessione sulle dinamiche di gruppo e di introspezione personale, dal protagonismo esercitato dagli utenti nella valorizzazione delle loro potenzialità e dall'«umiltà» dell'interpretazione del ruolo dell'équipe, in grado di fare un passo indietro rispetto all'affermazione della propria funzione nel condurre la comunità. Al contrario, un clima dominato dai conflitti e dalle tensioni permanenti, in cui fa da «figura» la drammaticità delle situazioni, in cui viene continuamente rappresentata la pesantezza della posta in gioco in virtù della scelta compiuta, in cui si viene confrontati con un monitoraggio ossessivo rispetto all'adeguatezza dei comportamenti tenuti, in cui il tono prevalente della relazione è caratterizzato dal controllo, dall'esplicitazione del giudizio e dalla minaccia o dal ricorso alla sanzione, non può che generare una cultura della diffidenza e del sospetto. Vengono così stimolati atteggiamenti difensivi o di simulazione, si incentivano le comunicazioni sotterranee, creando le condizioni perché si costituisca di fatto una contro-comunità che non fa che esasperare il conflitto, rendendo assai più complicata e difficile la gestione della struttura. Non diversamente, non contribuisce a creare un clima utile al lavoro terapeutico una modalità di conduzione in cui staff e ospiti si «siedono» su un patto implicito di «quieto vivere»: tutto è apparentemente sereno, gli episodi deprecabili non ricorrono con frequenza, non ci sono lamentele. In questa situazione il rischio è che subentri, da parte sia degli operatori che degli utenti, un atteggiamento accondiscendente e lassista, poco richiedente, in cui entrambi si «parcheggiano in comunità». Gli

varchi13.indd 22 22-09-2015 17:18:28

operatori si fanno meno carico del faticoso compito di aprire e sostenere il conflitto quando è necessario, gli utenti fanno attenzione a conservare le apparenze d'ordine e di quieto vivere. Il «clima», falsificato con queste modalità, in realtà nasconde e nutre conflitti destinati ad esplodere come fulmine a ciel sereno, come il risultato di una mancanza di ingaggio nel lavoro terapeutico e di cambiamento che, al di là del suo esercizio rituale, è di fatto un involucro vuoto. Non diversamente da quanto avviene in una classe di scuola, l'atmosfera che si respira di serenità e di agio pur nell'impegno richiesto, che evita drammaticità e paura, né facilita comodità e fannullaggine, fa la differenza nel creare le condizioni per lo sviluppo di una motivazione adeguata, nello stimolare il livello di ambizione e nel conseguire maggiori risultati. Il «clima» che si respira in comunità, anche se difficile da misurare, viene oggi generalmente considerato, proprio per il suo valore di sintesi, sia un importante indicatore del buon funzionamento di una struttura residenziale che uno dei principali fattori terapeutici.

Il «lavoro di relazione» è molto richiedente

Vivere insieme in tanti (il gruppo degli «ospiti» residenti più la presenza continua degli operatori pur nella loro rotazione) può comportare cortocircuiti comunicativi, per cui, pur al netto delle «proiezioni» di ciascuno, che costituiscono importante materia di lavoro, capire, farsi capire e capirsi richiedono molta attenzione da parte dell'operatore. Egli deve porre molta cura nella chiarezza comunicativa e nella «pulizia» relazionale. Per capire, farsi capire e capirsi fungono da imprescindibile punto di partenza l'ascolto e l'osservazione. L'ascolto in comunità è sia specifico, proprio degli incontri più riservati o degli incontri di gruppo, che aspecifico e diffuso, in quanto si origina da incontri spontanei, occasionali e imprevisti,in cui si raccoglie la necessità di una confidenza, un momento di sfogo, l'improvvisa apertura a seguito di un sentirsi a proprio agio in una determinata situazione. Il colloquio strutturato ha l'obiettivo di focalizzare su parti di sé che sono oggetto di lavoro nel programma individualizzato e sollecitano lo sforzo introspettivo. L'ascolto spontaneo si colloca nell'informale, nei tanti momenti più destrutturati di cui la vita in comune dispone: raccoglie «il qui ed ora» delle reazioni emotive, oppure fruisce del «momento magico» in cui lo star bene con se stessi in una determinata situazione allenta le difese personali e apre al «non- detto». Si badi bene: il «magic moment» è casuale solo all'apparenza, per il momento e il contesto in cui avviene;in realtà è il risultato di un'onda lunga, costituita dal buon lavoro di relazione condotto e dal clima di sicurezza fornito dalla comunità.

Non si ascolta solo con le orecchie, ma anche con gli occhi. L'osservazione, e la capacità di osservare sono, con alcune persone in particolare, ancora più importanti della parola, perché ne costituiscono un atto preliminare. L'osservazione ha come «focus» i comportamenti: quello che le persone fanno, non fanno,

varchi13.indd 23 22-09-2015 17:18:28

e come lo fanno; chi cercano e chi evitano. Non si osserva per controllare; in comunità non ci sono postazioni pan-ottiche; l'osservazione è al servizio della comprensione e all'operatore viene richiesto, se ci riesce, di assumere lo sguardo dell'antropologo. L'osservazione è partecipante, senza il condizionamento di filtri interpretativi aprioristici. La curiosità di conoscere e di sapere deve riuscire a mettere in disparte la necessità che lo staff ha pur sempre di gestire e di intervenire. Riuscire a tenere separati i momenti delle diverse funzioni e non cortocircuitarle, invertendo il «dopo» (l'ansia di intervenire) con il «prima»(la necessità di conoscere), significa aver fatto un lavoro sui propri condizionamenti, in modo che un'osservazione pregiudiziale non possa creare errate connessioni di pensiero.

L'ascolto e l'osservazione sono al servizio dello stimolo alla partecipazione e della facilitazione al coinvolgimento. Lavorare con le risorse dell'utente richiede riuscire a identificarle. Raramente brillano di luce propria, offuscate dai condizionamenti degli anni della dipendenza. A volte scarseggiano. Più spesso sono usate malamente e hanno bisogno di essere ri-orientate. Si lavora sui punti di forza della persona; quelli di debolezza sono già manifesti e spesso anche «certificati». È sempre utile partire dai desideri, dalle motivazioni che alimentano possibili progetti e dalla individuazione delle capacità di realizzarli. Non raramente, soprattutto tra gli «old users», emerge l'esigenza di un orizzonte di «normalità». Tanto era stato intenso il desiderio di eccezionalità e di alterazione nella loro storia passata, tanto si rivela più vivo e urgente il bisogno di un ritorno alla normalità, pur nell'ambivalenza tipica della persona dipendente, che consegna all'operatore la sua esigenza di cambiamento e contemporaneamente gli agisce contro la propria resistenza. Il bisogno di normalità che sopravviene si materializza nell'obiettivo di «un lavoro, una casa e possibilmente un affetto». È all'interno di quest'orizzonte che si finalizza l'attivazione delle risorse della persona: predisposizioni, abilità, mestieri consolidati, potenzialità, a volte anche talenti, più spesso capacità «residuali». Si apre un lavoro di valorizzazione che è altrettanto importante quanto l'ingaggio, più tradizionalmente terapeutico, sulle fragilità conclamate. Si tratta di individuare e spesso creare contesti in cui le abilità possano emergere ed essere riconosciute, cercando, quando è possibile, di farne la base per un'attività in qualche modo retribuita. Si comincia dai microprogetti, su cui innescare limitate esperienze di successo. Da parte dell'operatore si mette in campo un'opportunità di aiuto concreto affiancata dalla relazione di supporto. Tra contesto pragmatico e relazione, come nell'intreccio delle stringhe di una scarpa, si ottiene un rinforzo reciproco. Se ci fosse il solo aiuto concreto, senza un appoggio e una guida relazionale, la risorsa materiale a disposizione rischierebbe di essere utilizzata male e dispersa. Viceversa, la sola relazione, che non si «appoggia» su esigenze e risposte pragmatiche, rischierebbe di cadere nel vuoto, senza riuscire a rispondere ai bisogni materiali e contingenti delle perso-

varchi13.indd 24 22-09-2015 17:18:28

ne. Gli obiettivi propri dei microprogetti «evolutivi», che si costruiscono con le persone, devono obbedire al criterio della sostenibilità: essere alla portata delle capacità valutate, così come le inevitabili frustrazioni necessarie per conseguirli vengono rese più tollerabili con l'accompagnamento e il sostegno dell'operatore. È importante riuscire a definire la «soglia di frustrazione ottimale»: individuare gli ostacoli di percorso da superare la cui asticella sia commisurata alle difficoltà della persona. Quando il micro-progetto riesce, il successo comporta una doppia remunerazione: non solo il raggiungimento dell'obiettivo, il riconoscimento e la gratificazione che ne consegue, ma, soprattutto, l'interiorizzazione di una nuova consapevolezza e coscienza di sé. Con la determinazione, l'applicazione e la costanza, ci si rende conto che alcuni obiettivi possono essere conseguiti: in questo modo si genera o incrementa il senso di autoefficacia.

Contenere le crisi, gli agiti, le tante e diverse modalità con cui gli utenti reagiscono alle difficoltà e nello stesso tempo mettono alla prova l'operatore, costituisce una delle difficoltà maggiori per l'intera comunità. La crisi può assumere forme svariate: la forte contrapposizione a un membro dello staff, uno sfogo emotivo prorompente durante la partecipazione a un gruppo o un'attività, un'aggressione a un altro residente, una chiusura in se stessi nell'alienazione dagli altri. Il compito «prestazionale» richiesto all'operatore consisterebbe nell'attraversare la criticità e trasformarla in occasione terapeutica. Le crisi, come il conflitto aperto dalle persone dipendenti, non possono essere né difensivamente evitate attraverso manovre elusive con cui ci si sottrae, ma neanche assunte con atteggiamenti di contrapposizione che porterebbero ad una inevitabile escalation simmetrica in una contrapposizione prima sterile e poi controproducente, il cui esito non può che essere la fuoriuscita dal trattamento, con tutti i rischi ormai abbondantemente documentati insiti in tale «soluzione». Non resta che vivere il conflitto, senza esserne intimoriti e tenendo ben presente la necessità di disinnescarlo, conoscendo quali sono le trappole personali di ciascuno che possono invece alimentarlo. Se si percepisce dentro di sé un'aggressività che sale nel momento in cui si è scelti come bersaglio, essa va considerata una risorsa: ci consente la forza di non abdicare e, resistendo alle tentazioni di contrattaccare e vincere sul campo, la si trasforma in assertività e fermezza, accompagnata da un atteggiamento di rispetto e considerazione, nonostante le modalità spiacevoli e «sconsiderate» di chi ha perso il controllo (si danno ovviamente per scontate le minimali misure di sicurezza e di protezione per l'operatore e per il servizio). Solo attraversando la crisi e il conflitto si profila la possibilità di un passo avanti nel trattamento, con il saldarsi o rinsaldarsi di un'alleanza di lavoro che è riuscita a «scavallare» un momento topico del percorso di cura e costituisce, inevitabilmente, la «prova del fuoco» della tenuta relazionale reciproca tra operatore e utente, da cui ne viene ridefinito il rapporto umano a seguire, che gioca un ruolo assai significativo nel prosieguo dell'accompagnamento.

varchi13.indd 25 22-09-2015 17:18:28

Nel complesso mix di elementi che concorrono nel rendere efficace la cura della comunità terapeutica, la gestione della relazione assume una rilevanza strategica. Se nelle psicoterapie analitiche è progressivamente emerso, a partire dal dibattito aperto da Franz Alexander nel secondo dopoguerra del secolo scorso, come accanto alla funzione dell'«insight» abbia assunto un rilievo sempre maggiore il significato della relazione tra chi è curato e chi si prende cura, per via della sua costanza, della sua modulazione nel tempo e delle sue modalità, ciò risulta altrettanto vero nel contesto della comunità terapeutica. In comunità l'intensità delle relazioni investe l'intero periodo di vita che trascorre con la permanenza in struttura (24 ore su 24 per mediamente 18 mesi consecutivi). Le relazioni di attaccamento che si sviluppano, nella loro riedizione in base alle matrici proprie di ciascuno, in un setting molto particolare come quello della comunità, se ben trattate, possono modificare alcuni schemi disfunzionali e svolgere una funzione «affettiva correttiva». Come sottolinea Luigi Cancrini, in particolare per i pazienti borderline e antisociali, che costituiscono un target sempre molto significativo per le situazioni di tossicodipendenza, il lungo trattamento di comunità, quando è attrezzato per reggere la sfida alla relazione portata da alcuni disturbi di personalità, risulta il più idoneo e adeguato.

Il lavoro col «gruppo»

Nelle comunità terapeutiche tradizionali, in particolare quelle che erano strutturate prevalentemente sull'auto aiuto gerarchico suddiviso per fasi di percorso, il gruppo, il grande gruppo degli utenti e di coloro che, finito il percorso o più avanti nel trattamento, si caricavano di maggiore responsabilità verso i nuovi compagni di viaggio, costituiva il vero «motore» della comunità. All'inizio il condizionamento che il gruppo determinava sui singoli, il modellamento dei comportamenti esercitato dalla sua pressione, l'adeguamento alle sue regole per conseguire gli obiettivi riabilitativi, costituivano gli aspetti decisivi per determinare il cambiamento di chi era in grado di «reggere» la durezza del percorso. Contro il «nemico» della tossicodipendenza da sconfiggere dentro di sé, la «militarizzazione» del gruppo e le sue dinamiche ferree ne erano lo strumento principale. Questo approccio gruppale si configura come molto diverso da quello che invece caratterizzava le iniziative con i pazienti psichiatrici ispirate da Maxwell Jones, in cui il «grande gruppo» di operatori e ospiti costituiva l'istanza partecipativa fondamentale nel coinvolgimento della discussione e nel processo di «decision making» in comune. La differenza fondamentale era costituita dall'approccio verso la regola: imperativa, preformata, a cui si era costretti ad adeguarsi nel primo modello; da ricercare e condividere insieme in un percorso di confronto e discussione, segno distintivo dello statuto democratico della vita in comunità nel secondo modello. Con la «comunità terapeutica modificata», successiva al radicale cambiamento della presa in carico di un'utenza aggravata,

varchi13.indd 26 22-09-2015 17:18:28

si è successivamente cercato una via di mezzo tra i due approcci. L'inevitabile «demilitarizzazione» delle comunità terapeutiche, a cui ha anche significativamente contribuito l'applicazione degli Atti di Intesa Stato Regioni, definendone gli standard strutturali e professionali, ha comportato un ulteriore indebolimento del «codice fraterno» che costituiva l'anima della dinamica del gruppo, a sua volta motore della comunità. Oggi le comunità e le strutture residenziali, «nel bene e nel male», conservano poco del modello comportamentista delle origini. Quel riferimento principale sembra aver esaurito in buona parte il suo compito, sia per i motivi citati della progressiva «destrutturazione» dell'utenza che per la crescente sostituzione degli operatori «esperti per esperienza» con le figure professionali, ma anche per l'aumentata consapevolezza dei rischi di deriva autoritaria che il modello dell'auto aiuto gerarchico recava con sé. Oggi il gruppo in comunità è meno protagonista del proprio percorso terapeutico e molto più oggetto-soggetto di lavoro con il decisivo apporto degli operatori professionali. Il gruppo degli utenti non si configura più come la locomotiva del fare comunità, il protagonista centrale, ma è uno tra gli strumenti di lavoro di cui dispone la struttura terapeutica, importante ma non decisivo. Il gruppo non è più animato e percorso dalla sua funzione salvifica, ma è condotto dagli operatori che spesso ne devono ribadire il senso e sottolineare l'utilità, in cui l'aspetto confrontazionale non solo è liberato dai suoi «accanimenti», ma è reso molto più mite, nella ricerca di un continuo compromesso tra l'evidenziare il dato di realtà e renderne tollerabile la frustrazione che ne deriva. Il compito del lavoro «col» gruppo, pur partendo sempre dall'hic et nunc degli spunti offerti dalle situazioni di quotidianità, diventa molto più faticosamente rielaborativo, teso a produrre maggiore consapevolezza e maturazione. È molto meno un lavoro «del gruppo», che rileva senza sconti l'inadeguatezza dei comportamenti richiesti e ne chiede l'immediata correzione, nella dura logica selettiva del «dentro» o «fuori», e con l'applicazione del meccanismo regolativo premi-punizioni elevato ad alta esemplarità simbolica sia per la persona più direttamente coinvolta che per l'intero gruppo.

Il ruolo della spiritualità

Col venir meno della comunità tradizionale, si è assistito anche all'indebolimento di un altro fattore terapeutico che contribuiva a tenere alto e vivo l'obiettivo e l'ideale del cambiamento: la «spiritualità». Pur nelle sue diverse espressioni la dimensione spirituale in molte comunità accompagnava e sosteneva l'intero percorso di «conversione», di recupero di un diverso stile di vita, orientato da valori antitetici a quelli spesso sperimentati con la tossicodipendenza di strada. La comunità terapeutica modificata ha comportato una maggiore laicizzazione della comunità. In parte per la prevalenza degli apporti professionali e degli statuti scientifici alla base della loro operatività, in parte per la diminuita carica simbolica attribuita al percorso e all'affievolirsi dei riferimenti etici che sostan-

varchi13.indd 27 22-09-2015 17:18:28

ziano un comportamento di fraternità. Il concetto di spiritualità, come ricerca di un senso trascendente e come riferimento etico ideale di regolazione delle scelte e dei comportamenti, è oggetto di dibattito scientifico. Soprattutto se lo si ritiene un possibile fattore terapeutico correlato al successo dei percorsi di cambiamento, le discipline più «dure» obiettano che sia di difficile osservazione e misurazione. Comunque la ricerca non è sorda nel tentare di valutare il ruolo della spiritualità (dimensione da non confondere con la sola religiosità che è una delle possibili vie di accesso alla spiritualità), nella connessione col trattamento delle dipendenze. Anche perché essa è stata presente fin dagli esordi, esplicitata dal modello di cura degli alcolisti anonimi, allorché hanno insistito nel riconoscimento e nell'accettazione, anche come atto di umiltà, della propria malattia. Il percorso di recovery non richiede solo l'accettazione dei propri limiti e la necessità di scavare con onestà intellettuale dentro di sé, ma la capacità di trovare la spinta etica per il superamento delle difficoltà, per praticare un diverso stile di vita, nella scoperta di un nuovo senso e significato da attribuire alla propria esistenza. In molte comunità, non solo di ispirazione religiosa ma anche laiche, è stato tenuta alta la dimensione evangelica e testimoniati i valori dell'accoglienza incondizionata, del non giudizio, del rispetto totale della persona. Altre comunità, seguendo altri orientamenti, hanno praticato la meditazione e indotto lo «spirito» di ricerca di un diverso rapporto con se stessi e con gli altri. L'affievolirsi oggi di questa dimensione, l'indebolimento dei riferimenti regolativi esterni a sé, lascia ai singoli operatori, alla loro formazione umana oltreché professionale, l'incarico e il «carico» personale di riuscire a trasmettere la speranza e la capacità di affrontare la vita con modalità fiduciose, e di aiutare a trovare un diverso senso di sé al di là della problematica della dipendenza. Il che richiede una forte consapevolezza, da parte dell'intera équipe di lavoro, di come commisurare tutta la tematica esistenziale alla dimensione «clinica» della comunità, in modo da non rischiare un eccesso di tecnicizzazione, col risultato di subordinare agli orientamenti e suggerimenti che emergono dal prevalente sapere medico-psichiatrico e psicologico, alcune istanze che ad esso sono irriducibili.

Accompagnare

La cura delle persone tossicodipendenti è un impegno di lungo periodo. Non è raro che un operatore invecchi insieme ai suoi utenti. Mediamente, in Europa, il trattamento di una persona dipendente implica un ingaggio di 12 anni: qualche anno per alcune persone, qualche decennio per alcune altre, pur nell' andirivieni dei vari percorsi. La solidità del servizio deve riuscire pertanto ad integrare le singole e diverse solidità degli operatori nella «tenuta» di una relazione di lunga durata. La capacità di relazione di un'équipe, che sa porsi come punto di riferimento nel tempo, è espressione di una consapevolezza del valore della rapportualità nel trattamento, che a sua volta è frutto di una sedimentata cultura

varchi13.indd 28 22-09-2015 17:18:28

di servizio che alla relazione dedica un'attenzione anche organizzativa. Nell'accompagnare le persone nelle loro vicissitudini terapeutiche ed esistenziali, con lo sviluppo del rapporto e della conoscenza da parte di entrambi, l'esercizio della professionalità dell'operatore si apre a una progressiva confidenzialità all'interno di sentimenti di reciprocità maturati nel corso degli anni. L'amicalità che ne consegue, nel clima di relativa vicinanza che si determina, non condiziona negativamente le prestazioni tecnico-professionali che invece si impregnano di un rapporto sempre più personale. Sta all'esperienza dell'operatore non rischiare di deragliare verso una relazione che non può essere per definizione paritaria e sta alla sua capacità gestirne le insidie là dove saltano i paletti difensivi del contesto di cura tradizionale, che già di per sé non si rivela come il più idoneo nella cura delle persone tossicodipendenti. Il vantaggio di una relazione personalizzata, intrisa di inevitabili risonanze affettive, che rimangono ben controllate all'interno dei confini ben chiari del setting mentale dell'operatore, è indubbio: un aggancio al servizio che si traduce in ritenzione nel trattamento e in maggiore compliance alla cura. L'operatore scopre che, oltre ai propri strumenti professionali, sta mettendo in gioco la sua persona. Ha abbandonato le protezioni difensive ma allo stesso tempo tiene a bada i rischi delle tentazioni trasgressive. Le variabili in gioco diventano la personalità dell'operatore, la propria individuale interpretazione della deontologia professionale, le diverse sollecitazioni contestuali con cui si è confrontati. Non c'è più residuo di asetticità della relazione, né si è formata alcuna «callosità». Le emozioni e i sentimenti degli operatori devono, pur liberati, trovare le nuove briglie in cui essere convogliati per essere utilizzati nella direzione più opportuna alla cura e al prendersi cura del paziente. Nel coinvolgimento dell'operatore ne viene sollecitata tutta la sua ambivalenza, che può rivelarsi speculare o complementare a quella della persona di cui continua a interessarsi, e che svolge la funzione di mantenerlo vivo e vitale nel rapporto. Essa costituisce una formidabile risorsa, pur rappresentando un alto potenziale di rischio, per sé e per il paziente.

Bibliografia

Quaderni di documentazione, Giovani e droga, Direzione centrale per la documentazione e la statistica. Ufficio I, Documentazione generale, Roma, giugno 2009.
De Leon G., *The Therapeutic Community, Theory, Model and Method*, Springer Publshing Company, NewYork, 2000.
Alexander F., *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*, Sansoni, Firenze, 1963.
Cancrini G., *L'oceano borderline*, Raffaello Cortina, 2006.
Emcdda: *Statistical Archive*, Lisbona.

***Leopoldo Grosso** è psicologo, psicoterapeuta, presidente onorario del Gruppo Abele.

varchi13.indd 29 22-09-2015 17:18:28

COMUNITÀ, SOLIDARIETÀ, FRATERNITÀ. INTERVISTA A MARIO CALBI*

di Paolo Chiappero

D.: Quando ho pensato di intervistarti avevo nella mente il ricordo forte e nitido di una stagione di intensa sensibilità e propositività per quanto riguarda i Servizi Sociali a Genova.

Ricordo la Giunta Comunale con Sindaco Fulvio Cerofolini, che rimarrà in carica dieci anni (dal 1975 al 1985), e il tuo impegno in particolare in qualità di Assessore ai Servizi Sociali di questa Giunta «finalmente rossa», dopo 15 anni di Sindaci della Democrazia Cristiana.

In particolare ho vissuto nel biennio 1979-1980 la nascita delle prime Cooperative Sociali: per servizi ai disabili, ai minori, agli anziani. La Cooperativa nella quale lavoravo all'epoca era la CSTA che, grazie ad una tua idea/proposta, si era costituita proprio per creare un servizio di trasporto e accompagnamento individualizzato per disabili. Come ricorderai si trattava di un servizio all'avanguardia e unico in Italia, perché prevedeva un accompagnamento da casa a scuola (o posto di lavoro) attraverso un trasporto individualizzato: cioè su auto e non su pulmino. Oltre agli ovvi vantaggi per il trasportato, come un maggior rispetto degli orari di entrata ed uscita, il rapporto uno a uno creava una relazione estremamente significativa tra l'operatore, l'utente e la famiglia di quest'ultimo. Le parole chiave erano: servizio individuale, collaborazione con la famiglia e la scuola, relazione con l'utente, attenzione alla qualità del servizio erogato malgrado i costi molto maggiori rispetto ad un trasporto «di massa» come quello effettuato con un pulmino tradizionale. L'operatore diventava così un membro della rete di assistenza e sostegno al disabile. E il «trasporto» si qualificava come accompagnamento ed attenzione alla relazione.

Che cosa ricordi di quegli anni?

R.: La cosa più importante è che eravamo in tanti ad avere una visione della città, poi da lì si arrivava anche al mondo, si voleva rimediare a ingiustizie, cose che non andavano e che avevamo vissuto da giovani; si voleva costruire qualcosa di nuovo.

Cercare di prendere il meglio dal '68: Marcuse, la scuola di Francoforte, la Psicoanalisi aperta al sociale come nel pensiero di Fromm e tutto lo spirito di Comunità rifacendoci a Basaglia. Inoltre, c'erano il movimento studentesco e quello delle scuole dell'infanzia e ancora quello dei consigli di fabbrica, degli ambientalisti, del femminismo. Un calderone d'idee nuove che pensavamo di mettere a disposizione della città, insieme a quest'amministrazione che rinnovava sul piano urbanistico, su quello di nuovi comportamenti con i dipendenti pubblici,

varchi13.indd 30 22-09-2015 17:18:29

ma soprattutto con l'idea del comune come consumatore collettivo. Un Comune, soprattutto di sinistra, dovrebbe partire da un'idea regolatoria, soprattutto per quanto gestisce direttamente: i trasporti, le mense scolastiche, ecc…

Tutto attraverso il decentramento amministrativo e culturale, le politiche scolastiche, tra cui l'inserimento, appunto, dei disabili, anche attraverso il rapporto tra scuola, équipe medico-psicopedagogiche e consultori e la gestione sociale dei servizi, attraverso la partecipazione. Bisognava decentrare e diffondere il potere in modo che nel corpo della società queste cose risolvessero problemi nascenti come la caduta della solidarietà, legata anche all'industrializzazione, all'immigrazione, al problema degli anziani sempre meno gestibili in famiglia.

C'era questo cambiamento nella città, e si prendeva dalle scienze sociali, da Gramsci, dal concetto di contropotere, dal dare potere a chi ne aveva meno. Erano idee molto condivise sia dalla cultura marxista sia da quella cattolica conciliare. Pensa a Don Gallo, a Padre Zerbinati e, dentro la Curia, Don Tubino e altri.

Genova era una città che aveva una forte rappresentanza politica e sindacale del movimento operaio. L'alleanza tra classe operaia, partito e sindacati era trainante insieme a ceti medio-borghesi che avevano partecipato al Sessantotto.

All'epoca la classe operaia produceva un pensiero anche sulla città in generale. Difesa del lavoro, dell'industria, ma anche il piano regolatore, le abitazioni, la salute sul lavoro, i servizi, l'ambiente. Le nostre idee venivano anche da altre scuole di pensiero e non era facile accettarle, ma la sinistra istituzionale le aveva in parte accolte. Basti l'esempio del mio essere Assessore, consentendomi di fare quello che volevo, io che venivo da un pensiero sartriano, psicoanalitico sociale e gramsciano non ortodosso. Non mi hanno mai condizionato. Avevamo perfino fatto un'alleanza con la parte più progressista della Curia (Don Tubino) ad es. per quanto riguarda l'infanzia e l'assistenza ai minori. C'erano sessanta Istituti per bambini. Tranne Villa Perla, che era di sinistra, e il San Giovanni Battista (IPAB), erano tutti gestiti da preti. Don Tubino aveva accettato che fosse il Consultorio a occuparsi della destinazione di questi bambini, con compiti di filtro, perché dicesse se andare in struttura o trovare alternative come le comunità, l'affidamento, i centri diurni anche con il risultato che alcuni Istituti dovettero chiudere o trasformarsi e il personale religioso dovette riciclarsi in altre funzioni.

I Consultori, ad esempio, erano ben visti dalle donne del PCI e un po' meno dalle femministe radicali che li vedevano come un appannamento delle istanze che vi stavano all'origine. C'erano dei comitati di partecipazione dei Consultori formati da abitanti del quartiere in rappresentanza degli utenti. La Chiesa, attraverso le parrocchie, partecipò fortemente a questa Istituzione temendo che altrimenti sarebbe andata in mano alla sola sinistra e sarebbe stato stravolto il modo di pensare cattolico sulla famiglia.

Un altro esempio è quello dei cappellani nelle colonie del Comune a cui avevo detto che non ce li volevo in quella veste: potevano fare gli educatori come

varchi13.indd 31 22-09-2015 17:18:29

tutti gli altri e la domenica dire Messa per chi vi voleva partecipare. O ancora: l'assistenza domiciliare agli anziani dove c'era una commissione di gestione che decideva a chi dare il servizio. C'erano rappresentanti del Comitato di quartiere e fra le associazioni, come lo SPI c'era anche l'Associazione Cattolica San Vincenzo. Io non facevo clientelismo, avevo consenso perché c'era condivisione delle idee e dei comportamenti assolutamente in trasparenza. Nessuno diffidava di me perché io non avevo fatto una mia fazione contro altri. Non era stato capito né dalla DC né dal PSI, che temevano una fidelizzazione da parte mia.

Fino al '90/'95 abbiamo resistito. Poi in quegli anni c'è stata una sconfitta culturale e politica generale, che corrispondeva a una fase storica diversa. Prima era una fase fordista, con la centralità della fabbrica. Ora la società faceva prevalere il mercato, la concorrenza, lo spirito d'impresa, l'individualismo: la globalizzazione.

D.: Solidarietà, sussidiarietà, reti informali e terzo settore, qual è a tuo parere lo stato dell'arte oggi?

R.: Le reti, la solidarietà si continuano a manifestare nei modi più singolari. Succede questa cosa: dove il Pubblico si ritira, a volte lascia spazi vuoti di disperazione e a volte si ricreano micro-reti solidaristiche di quartiere, di vicinato, che ad es. gli ATS continuano ad attivare. C'è una solidarietà residuale che deriva da un ritiro di una solidarietà pubblica e organizzata, che aveva il dovere istituzionale di esserci.

D.: Quindi una solidarietà spontaneistica, meno organizzata e per questo a macchia di leopardo?

R.: Sì, più vitale per certi aspetti, molto più fragile per altri...

D.: Possiamo chiederci se il sentimento di solidarietà esiste ancora?

R.: Certo, non sarebbe possibile altrimenti, esiste sì. In forme che non sono più legate ad esempio alla solidarietà operaia. Così come da tempo non erano più legate al rapporto di parentela e di vicinanza. Sono legate ancora alla famiglia, perché alla fine sulla famiglia si scarica tutto, e qualche volta sono legate al volontariato di quartiere, così come sono ancora alimentate da quello che rimane delle strutture pubbliche e c'è una rete di volontariato associativo, ricchissima per le più svariate occasioni. Che con un po' di fortuna e molto lavoro si può mobilitare...

D.: Vuoi dire raggruppamenti formali che vanno oltre i loro obiettivi originari?

R.: Sì, magari si prestano ad aiutare un gruppo di migranti, o intervenire in un caso specifico. È di nuovo un terreno legato a quello dell'intervento degli

varchi13.indd 32 22-09-2015 17:18:29

ATS, così come dove ci sono ancora comunità come quelle di paese dove troviamo iniziative attive. Bisognerebbe fare i conti in Italia di tutte le forme di solidarietà sostitutiva associata, anche le Pubbliche Assistenze!

D.: Invece purtroppo sono misconosciute, quando potrebbero essere anche modelli di riferimento…

R.: Certo, perché non le vedi, non ne sai niente. Potrebbero essere esempi molto formativi. Le collette alimentari, gente che raccoglie viveri. A Molassana queste persone andavano, con volontari e in rapporto con l'ATS, presso aziende artigiane che producevano pasta fresca, presso pollerie e andavano a distribuire queste cose in parte a persone che conoscevano loro, e in parte a persone che venivano segnalate da altre Associazioni che in qualche maniera rientravano nella rete. Lo stanno ancora facendo.

Anche i GAS (*Gruppi di Acquisto Solidale)* che a volte si contaminano con gli ATS. Lo «Zenzero» per esempio ai tempi dell'alluvione dava da mangiare ai volontari che spalavano il fango dai negozi. Oppure dare da mangiare alle persone anziane rimaste in condizioni di difficoltà e isolate.

D.: Ci stai parlando di comunità nell'altra accezione del termine, rispetto a questo numero della Rivista, che indica la comunità di individui, un «organismo vivente».

R.: Sì, è così. A livello locale, salvo ambienti veramente degradati e invivibili, in qualche maniera delle comunità più o meno estese di solidarietà, vicinanza e conoscenza si riformano continuamente.

Questo è il lavoro di Giuliano Carlini, il sociologo genovese, che ha studiato molto in questi anni il fenomeno. Vi sono due elementi che rendono diverso questo fenomeno dal passato. Il primo è la lontananza dall'Istituzione. Mentre una volta in qualche modo queste comunità trovavano nell'Istituzione un punto di riferimento, ora vivono in un modo più frammentato. Il secondo è che sono venuti a mancare partiti e sindacati, come corpi intermedi decisivi. Mi riferisco al fatto che il partito era quello che recepiva malumori e proposte che venivano da una comunità locale, in cui le sezioni di partito erano più o meno radicate. Così per i sindacati con il mondo del lavoro. Anche la stessa Chiesa cattolica, che una volta era organizzata in parrocchie ora è in difficoltà, ci sono sempre meno preti. Le comunità allora ci sono, si riformano, nascono e muoiono, si ricreano perché è una necessità fondamentale, ma non trovano più questi canali di mediazione. Questa sarebbe la grande partita di oggi di una Pubblica Amministrazione, quella di usare le forze che ha, che lavorano sui legami, quindi gli ATS, i Distretti sanitari, la Scuola con le sue autonomie, per fare da attivatore di legami di comunità un po' più equi, più orientati dal lavoro istituzionale e poi soprattutto di ricreare connessioni con le Istituzioni.

varchi13.indd 33 22-09-2015 17:18:29

D.: Non pensi che, contemporaneamente a una graduale dissoluzione di questa idea di comunità, siano sorte pratiche sociali («le» comunità, appunto) che paiono rilanciare proprio quegli aspetti di progettualità, costruzione di identità, attenzione al soggetto che oggi vivono un periodo recessivo. Potremmo pensarle come esempio di risposta, una sorta di «contromicropotere», parafrasando Foucault?

R.: Sì, ma il pericolo di queste comunità educative è che sono sempre a rischio di soffocamento. E sono a rischio di snaturamento perché la loro tendenza è quella di lavorare sulla qualità del rapporto. Quest'ultima, però, è fatta di rapporti vivibili tra educatori, quindi assistenti, e assistiti, quindi deve essere umanamente sostenibile e necessita di supporti che siano dati a questi operatori perché siano in grado di fare bene il loro lavoro.

E poi da un gran lavoro fatto intorno perchè le persone che ricevono questo tipo di aiuto rientrino in altri tipi di comunità, di lavoro, abitative. Il peso sui lavoratori «di contatto» è altissimo. Sono bravi complessivamente perché episodi clamorosi di «distruzione» dell'utente non ne ho conosciuti. Per quello che so io la maggior parte di questi educatori mantengono la qualità del rapporto umano nella relazione, si fanno coinvolgere.

D.: Anche il singolo operatore rischia di essere in una situazione marginale e di bisogno di sostegno, come il proprio utente, deve «giocare da solo» in questa esposizione continua al disagio. Quanto si può resistere?

R.: C'è una grande usura per queste ragazze e ragazzi, eppure sono bravi, è' proprio una questione di resistenza come si dice in guerra: «Quelli hanno resistito al fronte cinque giorni all'attacco nemico, poi quelli là, stranissimo, hanno resistito un mese!» Questi stanno resistendo…

Molti se ne vanno, c'è un grande turn over. Quello che blocca il turn over è che anche dalle altre parti c'è la stessa situazione, ma quelli che possono vanno. Sono situazioni, quelle dell'isolamento/disagio degli educatori, che fanno scattare forme di solidarietà forti con l'utente, ma anche pericolose perché si rischia di annullare quel giusto distacco che ti permette di intervenire bene quando le situazioni diventano esplosive.

Sono argomenti di cui faccio fatica a parlare perché sono una storia triste, di resistenza… Anche se le relazioni e i rapporti affettivi ricambiano di questo.

D.: Con il rischio che si trasformi solo in una questione di gratificazioni relazionali?

R.: Sì, è un peccato, perché se questi affetti venissero accolti dalla vita sociale la arricchirebbero e quindi saremmo tutti più affettivi e fraterni.

Ci sono questi bellissimi ideali della nostra società moderna: libertà, uguaglianza e fraternità. Il sistema dei Servizi lavora sulla fraternità, però il sistema

varchi13.indd 34 22-09-2015 17:18:29

dei Servizi Pubblici, per mandato costituzionale, non lavora sulla fraternità individuale o di coppia, ma su quella del qui e ora della società contemporanea, quindi il suo mandato è di arricchire il tessuto sociale attraverso una «fraternità» che alimenti e umanizzi gli ideali di libertà ed uguaglianza che presi da soli portano a volte a dimensioni orripilanti. L'uguaglianza fine a se stessa porta alle aberrazioni dei sistemi comunisti e la libertà fine a se stessa porta all'individualismo più spietato, alla sopraffazione, magari anche all'uguaglianza formale e al diritto ma…

Indubbiamente un sistema di servizi sociali fraterno, cioè un sistema che attiva più una dimensione fraterna che genitoriale-filiale, arricchisce molto la dimensione libertaria e ugualitaria delle democrazie moderne, le umanizza. Infatti, il giudizio da dare sull'utilità di strumenti come le comunità e il valore di questi sistemi è legato a questa domanda: «Facendo questo servizio sono riuscito nella comunità in cui agisco/lavoro a rendere più libere le persone che aiuto, a renderle più uguali e fraterne?».

D.: Parli della fraternità come moderatrice di libertà e uguaglianza, per ridurre le derive negative di queste?

R.: Assolutamente. Preferisco dire fraternità che solidarietà. Perché è vero che in termini moderni, come contenuto a chiare lettere nella Costituzione, solidarietà è una parola che ci piace di più, usiamo di più, ha una tradizione operaia. Poi c'è anche la parola carità, che però ha una connotazione più religiosa. Però fraternità è bella, mentre solidarietà ti da sempre l'idea dell'aiuto a chi ha più bisogno.

D.: Vuoi dire che ha un accento verticale mentre fraternità è più paritaria come espressione?

R.: La fraternità è affetto, la solidarietà è aiuto, a chi ne ha bisogno. Io vedo l'ideale di fraternità come il sentimento dell'umanità piena. La fraternità è emotivamente colorata, è come l'amore.

Anche se qualcuno mi diceva sempre che il primo omicidio nella storia, per lo meno biblica, è avvenuto tra fratelli!

*__Mario Calbi,__ nato nel 1942, assistente sociale dal 1970 è stato Assessore ai Servizi Sociali a Genova dal '76 all"85. Ha insegnato Organizzazione dei Servizi Sociali alla Scuola e poi al Corso di Laurea per gli assistenti sociali a Genova. Fa parte del Circolo *Oltre il Giardino* che si occupa delle politiche di welfare.

varchi13.indd 35 22-09-2015 17:18:29

COSA SONO LE COMUNITA'? SIGNIFICATO E CONNESSIONI «IMPOSSIBILI»

di Maria Giannubilo e Laura Penco*

I diversi contenuti che sottendono alla definizione di «comunità» hanno rappresentazioni e punti di riferimento differenti, coinvolgono servizi diversi: sanitari, sociali, pubblici, privati e terzo settore, con stili di lavoro non confrontabili e strumenti specifici elaborati sulle tipologie di utenti. Il trattamento residenziale attiva un processo di riabilitazione di funzioni «perdute» utilizzando l'ambiente e il gruppo, propone una socializzazione che «rompe» l'isolamento. Il compito delle comunità è di arginare un disagio che non trova soluzioni nel solo trattamento medico e ambulatoriale o dei servizi sociali.

I presupposti teorici e le metodologie sono in continua evoluzione e da una cultura debole, che faticava ad affermarsi, oggi c'è una diffusione di esperienze e un mandato più chiaro dal sistema sanitario e dalle istituzioni sociali. La legislazione nazionale e regionale ha previsto un sistema di riordino della residenzialità e semiresidenzialità con cambiamenti significativi nell'organizzazione dei servizi, nell'individuazione dei parametri per il personale, nella definizione della spesa e la relativa competenza.

L'intervento residenziale è rivolto ad anziani, disabili, minori, adolescenti, persone con patologia psichiatrica e dipendenze. Ci sono diverse tipologie: residenzialità terapeutica, semiresidenzialità, centro diurno, ricovero di sollievo, strutture socio riabilitative.

La costruzione di una mappa potrebbe risultare un'impresa impossibile. Ma ci proviamo, semplificando al massimo, al fine di restituire l'idea della complessità del settore.

Anziani

I servizi sono strutturati sui diversi livelli di autonomia della persona, sulle patologie e sulla povertà e emarginazione: la riduzione delle risorse ai Comuni e la contrazione dei finanziamenti al sistema sanitario rendono difficoltosa la risposta ai bisogni con lunghe liste d'attesa per gli inserimenti nelle strutture.

I servizi del Comune iniziano a orientarsi sulla diffusione nei territori di alloggi assistiti in cui gruppi di anziani provano una vita di comunità con un sostegno di operatori non continuativo.

Troviamo nell'area anziani le seguenti strutture:

RSA (residenze sanitaria assistenziale): per i cittadini ultra sessantacinquenni con disabilità gravi, gli inserimenti possono essere definitivi (mantenimento delle condizioni) temporanei (riabilitativi). Sono possibili anche ricoveri

varchi13.indd 36 22-09-2015 17:18:29

di sollievo (per brevi periodi) all'interno delle strutture accreditate. Sono definite anche le professioni interessate all'assistenza: medici, infermieri, operatori socio-sanitari, operatori socio-assistenziali, operatori tecnici.

Residenza protetta: per autosufficienti o con disabilità limitate.

Comunità alloggio e alloggi protetti: per anziani autosufficienti con sostegno alberghiero; l'assistenza sanitaria è equivalente a quella domiciliare del medico di base o del Distretto Sanitario e Distretto Sociale.

Centri diurni: per pazienti autosufficienti e per pazienti gravi.

Disabili

La legislazione su questo settore è ampia; facciamo riferimento alla delibera quadro del sistema integrato socio sanitario per la disabilità (Delibera N° 446 del 27/3/2015) che intende mettere in atto azioni strategiche in una logica di filiera al fine di ricomporre i livelli istituzionali, i flussi finanziari e i processi decisionali, i percorsi di presa in carico. La delibera fa riferimento alle tipologie di **servizi residenziali e semiresidenziali a media intensità di cura.** Essi erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e socio-riabilitative, rispondono al bisogno di mantenimento delle abilità acquisite e/o recuperate in pazienti stabilizzati e di riabilitazione occupazionale.

Servizi residenziali e semiresidenziali a bassa intensità: volti a acquisire e recuperare abilità e con un maggior orientamento all'integrazione sociale e lavorativa.

Comunità alloggio e Alloggi protetti: rispondono a un'esigenza di autonomia rispetto alla famiglia d'origine; la persona con disabilità può usufruire di questo servizio gestito dal Comune e da reti territoriali di volontariato.

Questa impostazione, anche se al momento è solo teorica, risulta innovativa perché tende a modificare il sistema, affronta la frammentazione e cerca di tenere insieme la persona e i diversi bisogni, tende a modificare l'impianto dei servizi in un'ottica di integrazione.

La residenzialità si inserisce in un progetto di vita in modo dinamico, persegue obiettivi di mantenimento, acquisizione e recupero di abilità per un percorso di socializzazione e reinserimento lavorativo.

Salute mentale

Le comunità terapeutiche gestite dal privato sociale svolgono un ruolo predominante nel sistema del Dipartimento Salute Mentale. Sono previste diverse forme di residenzialità: **la comunità terapeutica, la residenza socio-assistenziale (RSA) e la comunità alloggio e strutture semiresidenziali (Centri Diurni).**

Il progetto residenziale è personalizzato e deve perseguire interventi di sostegno e accompagnamento a un graduale reinserimento nel territorio. Le strutture vanno intese come parte del servizio psichiatrico sulle quali esercitare un

varchi13.indd 37 22-09-2015 17:18:29

governo con il pieno utilizzo di tutte le risorse anche semiresidenziali e strutture «leggere» (comunità-alloggio, case autonome), quindi una risposta di cura flessibile e collegata ai bisogni delle persone.

Comunità terapeutica residenziale psichiatrica: offre trattamenti a carattere intensivo ed accoglie pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa da attuare con programmi diversificati che comprendono gli esordi psicotici, le fasi post acuzie, le frequenti ricadute e gravi difficoltà nella vita socio-lavorativa e famigliare.

I programmi prevedono attività clinica intensa e prevalenza di attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di socializzazione.

Caup (Comunità Assistenziale per Utenza psichiatrica): accolgono pazienti per i quali si ritengono necessari trattamenti a media intensità riabilitativa finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali, una minima autonomia nelle aree della cura di sé, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

Centro Diurno: accoglie pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata, per i quali si ritengono necessari trattamenti terapeutici riabilitativi finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali. Le condizioni familiari e di contesto sono tali da consentire e favorire il programma semiresidenziale. La tipologia di offerta comprende programmi che prevedono attività di risocializzazione rispetto a quelle riabilitative.

Dipendenze patologiche

Il Sistema dei servizi delle Dipendenze Patologiche, intese non solo come dipendenze da sostanze illegali e legali ma anche come dipendenze da comportamenti, deve affrontare complesse situazioni patologiche e devianti che necessiterebbero di prestazioni specialistiche. La normativa prevede diverse tipologie di funzioni organizzate per moduli, ciascuna delle quali viene definita con parametri di personale e di tempo-prestazione diversificate. Le Comunità possono organizzare all'interno della stessa sede più moduli:

Comunità terapeutica di prima accoglienza: per persone tossicodipendenti in fase attiva. Accoglienza non selezionata, finalizzata soprattutto alla tutela della salute fisica. La permanenza prevista è di 90 giorni, prorogabile al massimo per ulteriori 30 gg.

Comunità terapeutica riabilitativa: offre prestazioni di carattere psicologico e psicoeducativo.

Comunità a indirizzo pedagogico: per persone che necessitano di un supporto più pedagogico e riabilitativo che psicologico o psichiatrico. In realtà le Comunità ad indirizzo pedagogico sono praticamente assenti, almeno nella no-

varchi13.indd 38 22-09-2015 17:18:29

stra esperienza, forse a causa della differente sostenibilità economica rispetto a quelle terapeutiche che prevedono un riconoscimento di retta ASL pari quasi al doppio.

Comunità per alcoldipendenti

Comunità terapeutiche per le situazioni di Comorbilità: accolgono persone in condizioni di dipendenza associata ad altri disturbi psichiatrici. Offrono prestazioni diagnostiche, terapeutiche, educative e socio rabilitative. L'accesso, la gestione, la definizione dei programmi terapeutici e le dimissioni di questi pazienti pongono problematiche che richiederebbero di superare le criticità derivanti da questioni burocratiche e budgettarie dei singoli servizi. I disturbi da uso di sostanze con comorbilità psichiatrica sono di difficile trattamento; questi pazienti presentano compromissioni in molteplici settori del funzionamento psicologico e sociale e sono soggetti a frequenti ricadute, maggiori ospedalizzazioni e frequenti carcerazioni. I tentativi di trattamento parallelo (Ser.T e CSM) creano spesso frammentazioni e difficoltà di adesione al programma.

Per quanto riguarda queste tipologie di Comunità, è previsto l'inserimento di minorenni e questo crea notevoli problemi di adeguatezza di trattamento.

Un altro elemento importante riguarda la provenienza delle persone inserite: negli ultimi anni gli ospiti di queste comunità sono sempre più persone sottoposte a misure restrittive della libertà e questo obbliga la comunità ad un duplice mandato: quello di controllo in relazione all'esecuzione della pena e quello terapeutico socio-riabilitativo.

Persone affette da aids e sindromi correlate

Comunità alloggio: Accolgono persone affette da aids in fase conclamata non acuta, bisognose di assistenza sanitaria non ospedaliera. Vengono erogate prestazioni di carattere sanitario di cura e riabilitazione. Negli ultimi anni, grazie ai progressi fatti nella cura di tali patologie, gli ospiti accedono in misura crescente a successivi percorsi di reinserimento sociale e lavorativo.

Alloggio protetto: Accoglie persone stabilizzate dal punto di vista psicofisico. Viene assicurata, senza parametri definiti, l'assistenza alberghiera e l'assistenza sanitaria di base all'interno di un ospitalità comunitaria di base.

L'accesso a queste strutture avviene su segnalazione del Reparto ospedaliero di Malattie Infettive o dello specialista infettivologo dei Ser.T.

Minori

L'intervento sui minori e sugli adolescenti (l'adolescenza ormai è una fascia di età che si situa tra i 14 e i 24 anni) mette inevitabilmente in crisi i modelli attuali dell'organizzazione dei servizi. L'assistenza psichiatrica, ad esempio vede l'area consultoriale, la neuropsichiatria Infantile e i Dipartimenti di Salute

varchi13.indd 39 22-09-2015 17:18:29

Mentale e Dipendenze non collocati all'interno di un processo integrato, ma scisso «per categorie» e per età, quando sarebbe indispensabile tener conto della possibile evoluzione. Le patologie psichiatriche in età evolutiva, in aumento, assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica in età adulta, ma il sistema dei servizi è oggi fortemente burocratizzato e centrato su aspetti autorizzativi e di budget che limitano fortemente le connessioni e la continuità assistenziale, senza peraltro rispondere efficacemente ad esigenze di controllo della spesa.

Comunità educative assistenziali (C.E.A.): fanno riferimento ai Servizi Sociali. Accolgono minori sottoposti a provvedimenti di tutela in quanto privi di idonee cure famigliari, compresi i minori stranieri non accompagnati o minori per i quali l'autorità giudiziaria ha predisposto un provvedimento penale che prevede il collocamento in Comunità. La normativa prevede comunità ad Alta e Media Intensità a seconda della gravità e natura delle problematiche e di Pronta Accoglienza. Sono piccoli nuclei comunitari di una decina di posti letto.

C.E.A. ad Alta Intensità: possono accogliere nella misura non superiore al 20%, minori con gravi disturbi comportamentali all'interno di un progetto condiviso tra servizi sociali e sanitari e con il supporto di interventi di personale ASL (Consultorio). Per le altre tipologie di C.E.A. non è previsto alcun intervento o competenza dei Servizi Sanitari. Rileviamo criticità nella gestione di situazioni particolarmente gravose e la mancanza di sufficiente supporto per situazioni non ancora o non sufficientemente diagnosticate dal punto di vista psichiatrico o delle Dipendenze. La dimissione al 18 anno, età nella quale oggi difficilmente si è raggiunta un'autonomia, ha reso necessaria la progettazione di risorse di supporto quali gli Alloggi per Adulti, ma il problema rimane.

Case Famiglia: sono comunità all'interno di abitazioni civili e possono essere organizzate intorno ad un nucleo famigliare precostituito o essere organizzate su base professionale con operatori qualificati.

Comunità Genitore–Bambino: sono strutture, per madri con figli minori nelle quali vengono valutate, sostenute e rinforzate le capacità genitoriali.

Comunità Terapeutiche Residenziali e Semiresidenziali: Accolgono minori ed adolescenti da 14 a 18 anni di età, con esordi di malattia o disturbi psichiatrici in fase clinica attiva, ivi compresi i disturbi alimentari.

La Comunità può ospitare anche minori di età inferiore a 14 anni che manifestino analoghe patologie qualora disponga di spazi idonei (camere da letto dedicate) ed il ricovero sia valutato dal neuropsichiatra infantile e compatibile con gli altri minori ospiti della struttura.

Il trattamento, qualora il minore sia già inserito in struttura, può essere esteso al massimo al ventunesimo anno di età.

L'inserimento può essere richiesto dal Servizio Sanitario (Consultorio) a seguito di valutazione e diagnosi clinica che potrà, nei casi complessi, avvalersi

varchi13.indd 40 22-09-2015 17:18:29

della UVM nel Distretto socio Sanitario. Queste Comunità accolgono frequentemente minori con trattamenti residenziali falliti nelle CEA.

Comunità Terapeutica Riabilitativa Residenziale per minori che si trovano in condizione di Dipendenza: i minori dai 14 ai 18 anni possono essere inseriti in apposite aree all'interno delle Comunità per adulti, con progetti assistenziali personalizzati.

Comunità Terapeutica Riabilitativa per Madri in situazioni di Dipendenza con figli minori: In questo caso il progetto e l'accesso è obbligatoriamente concordato dal Ser.T e dal Servizio Sociale dell'ATS. Sono situazioni solitamente sottoposte a prescrizione del Tribunale per i Minori. La retta del minore è a carico del Comune, quella della madre del Ser.T.

Conclusioni

Definire una mappa dei diversi interventi nelle strutture residenziali non è stato semplice, sono presenti delle semplificazioni, ma la materia è complessa. Valutare questi trattamenti è altrettanto difficile in quanto manca un impianto di valutazione stabile dell'intervento ma in un periodo storico in cui le risorse economiche continueranno a scarseggiare in maniera crescente questi interventi rappresentano per le persone luoghi di protezione, di scoperta delle proprie abilità e di relazione.

Rimangono alcune criticità che hanno a che fare con la «ricomposizione dei bisogni della persona»; spesso la discussione tra servizi è centrata sulla definizione delle competenze e sulla spesa (sociale o sanitaria). Ogni servizio, fedele al «senso di appartenenza», esprime la propria valutazione rafforzata anche da problemi di gestione del proprio bilancio.

***Maria Giannubilo e Laura Penco** sono Assistenti Sociali del Ser.T di Genova.

varchi13.indd 41 22-09-2015 17:18:29

«PRENDI ME, PRENDI ME» L'ACCOGLIENZA NELLE STRUTTURE DELL'EMERGENZA UMANITARIA

di Santa Bellomìa, Michele Corioni*

Partiamo da un catalogo: 720 € un degente in ospedale; 250 € un detenuto in carcere; 35 € un migrante in strutture di accoglienza; 27 € un senza dimora in dormitorio… È soltanto una serie decrescente di cifre. Forse rappresentano realisticamente il costo giornaliero dell'accoglienza per le categorie di persone indicate o forse no. Forse fanno parte del balletto di cifre caratteristico dell'opinione pubblica e destinato a sostanziare i dibattiti e le chiacchiere. Il costo è uno dei fattori che costituiscono l'azione complessa dell'accoglienza. Sebbene non sia l'unico, ha il potere di assorbire l'attenzione e di diventare determinante.

Eppure nel significato depositato al fondo del termine «accoglienza» non c'è traccia di sforzo economico o di investimento. La parola deriva dal latino *colligere*, che significa «raccogliere presso di sé». Fa venire in mente piuttosto la situazione per cui l'altro si avvicina a me, entra nelle mie vicinanze e mi interpella ed io rispondo in maniera non respingente. Nel nostro intervento ci chiediamo, quindi, se le strutture di accoglienza nelle quali lavoriamo, strutture destinate all'accoglienza delle persone richiedenti asilo, si realizzi in qualche modo la dinamica che sta al fondo dell'accogliere o se, viceversa, le nostre comunità o centri non siano piuttosto strutture *dell'*accoglienza: metodi tecnici per organizzare i movimenti di masse senza nome. La distinzione è netta: nel primo caso si realizza una vicinanza, quale risposta all'avvicinamento dell'altro; nel secondo la vicinanza non è un requisito essenziale. Si può organizzare l'accoglienza senza vicinanza, rimarcando i confini in modo da sterilizzare qualsiasi movimento di avvicinamento.

Il Primo Atto è un'immagine al telegiornale. Volti, coperte, corpi senza nome, massa, persone in divisa militare o medica. I movimenti di avvicinamento sono prendere, tendere la mano, portare in braccio, mettersi in fila, talvolta sorridere in una miscela composta tra chi attende sui moli e chi scende da un'imbarcazione. Il tutto sta in una notizia: non è un fatto che passi inosservato, coinvolge molte persone. Sono molti gli occhi che guardano la telecamera e si moltiplicano nei mezzi di ricezione. In questo ci sono implicazioni che non possono ancora essere enucleate. Restano sospese sulle nostre teste e chi si ferma alla notizia non ne riceve che un'impressione complessa e non analizzata: l'impressione che le nostre coste (e, di conseguenza, le nostre case) siano prese d'assalto[1]. L'ultima

1 «Nel 20014 l'Italia ha accolto [*received*] oltre 170.000 arrivi al sorprendente ritmo di 14.200 arrivi al mese o di 460 arrivi al giorno. La maggior parte è stata salvata [*rescued*] dall'operazione italiana Mare Nostrum». (www.unhcr.it/risorse/statistiche/sea-arrivals-to-italy)

varchi13.indd 42 22-09-2015 17:18:29

scena del primo atto consiste nella richiesta di asilo politico, unico diritto esigibile sul suolo italiano da persone straniere che vi giungono senza documenti, garantito dalla Costituzione (art. 10) e dalla Convenzione di Ginevra. Ma tutte queste persone ne sono consapevoli? Immaginiamo noi, realisticamente, che ognuno di questi uomini, donne, bambini scenda dalla nave e dica: «Voglio la protezione di questo Paese?». In realtà la richiesta di protezione è diventata il *nostro* unico modello di giustificazione per l'arrivo di così tante persone nel nostro Paese. Ma il loro arrivo non è già giustificato dalle condizioni dei paesi di appartenenza e partenza?

Atto Secondo, scena prima: i migranti, ormai richiedenti protezione, sono suddivisi in quote di accoglienza su tutto il territorio nazionale. Responsabili per loro diventano le Prefetture di ogni capoluogo. A Genova giungevano fino a pochi giorni fa al Palasport presso la Fiera del Mare. Le Cooperative/Associazioni che si occupano dell'assistenza vengono allertate dalla Prefettura e gli operatori si portano presso l'anfiteatro alle ore più disparate. Lì aspettano i pullman provenienti per lo più dalla Sicilia insieme a personale medico e polizia. Deve avvenire una prima identificazione e un'ispezione sanitaria. Le tracce dello sbarco in Italia sono sui polsi: un piccolo braccialetto di plastica con un numero ed una destinazione, Genova. Nomi, date di nascita, Paesi di provenienza sono raccolti con una inevitabile confusione di pronunce aliene, grafie incerte. Frequente l'attribuzione di una data: 01/01/19... segno inconfondibile di un incontro di civiltà profondamente differenti: l'una ossessionata dalla misurazione, l'altra no. Per quanto riguarda le provenienze: Mali, Senegal, Gambia, Ghana, Guinea, Sierra Leone, Liberia, Burkina Faso, Nigeria, Somalia, Eritrea, Sudan, Bangladesh, Pakistan, Afganistan, Siria, Curdi di varia nazionalità. Quasi tutto il resto del mondo, tranne quello occidentale.

Scena seconda: ogni operatore può scegliere nel mucchio due, tre, cinque, dieci persone a seconda di quanti posti mette in quel momento a disposizione la sua organizzazione. La scelta avviene secondo vari criteri: uomini, donne, minori, famiglie, anglofoni, francofoni, africani, mediorientali. Esiste la possibilità che le strutture di accoglienza non abbiano posti disponibili. In questo caso i migranti stazionano alla Fiera del Mare per più giorni e all'arrivo degli operatori è frequente l'invocazione «Prendi me. Prendi me». Qualcuno verrà preso, qualcuno lasciato: non esiste ancora un criterio di individuazione che permetta di entrare in relazione con persone singole. Esistono solo lingue, nazioni, età. Qualcosa che inizia ad assomigliare a questo criterio viene alla luce nel trasferimento alla struttura di accoglienza. Vale per loro e vale per noi. Li rassicuriamo, perché niente nella loro storia poteva preludere all'incontro con noi: chi siamo? Perché *devono* venire con noi? Perché la loro libertà di movimento ha subìto questa limitazione? Diamo informazioni di base su dove si trovano e dove stanno andando. Spesso non sanno di essere in una determinata regione: «Siamo ancora in Sicilia?». Oc-

varchi13.indd 43 22-09-2015 17:18:29

chi sgranati e incapaci di fermarsi ci accompagnano nel breve tragitto. Sembra che ci sia ancora tanto mare lì dentro, identico a quello che continueranno a vedere davanti alla città.

La terza scena si chiama «Ingresso». Le persone entrano in una delle strutture di accoglienza. A Genova, fra le altre, quelle situate a Quarto (Ex Manicomio), Via delle Fontane, Madonna del Monte, Vico Croce Bianca, Vico Stoppieri. Qui avviene l'incontro con gli ospiti già residenti e forse è il primo momento di autentica informazione e incontro per i nuovi arrivati. Gli abbracci e le strette di mano vengono presto interrotti, perché ci sono incombenze organizzative da ottemperare: viene letto un regolamento, spiegato il funzionamento della struttura, viene consegnato un kit igienico e di vestiario, un contributo economico per contattare telefonicamente i parenti, un pasto. A seguire gli obiettivi dell'Emergenza Prefettura sono quelli di accompagnare i richiedenti asilo presso la Questura per iniziare le pratiche di riconoscimento dello status di rifugiato (Modello C3), di dotare la persona straniera di codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) per usufruire dei servizi sanitari e di iscriverla ai corsi di alfabetizzazione alla lingua italiana.

Qui comincia il Terzo Atto, il più lungo. Il suo titolo è «L'attesa». La legge prevede che debbano trascorrere non più di 30 giorni dalla formalizzazione della domanda di protezione internazionale (Modello C3) all'audizione del richiedente da parte della Commissione Territoriale, deputata a valutare la fondatezza di tale richiesta. Nei fatti possono trascorrere parecchi mesi. Ed è durante questo tempo che si colloca la domanda: dove sono loro, dove siamo noi in questo processo? L'attesa della Commissione si declina in tante attese diverse, forse più concrete e drammatiche: attesa di un documento, attesa di un lavoro[2], attesa di notizie di amici o parenti. Attese disilluse, attese snervanti. Il ritardo nel rinnovo di un permesso di soggiorno provoca, per esempio, crisi e proteste. Attesa di un esame medico. L'attesa che provoca malessere fisico e psichico. Le persone sono racchiuse per mesi (anche 18-24) in una bolla trasparente, eppure invalicabile. Vivono in mezzo a noi, prendono l'autobus, percorrono le strade della città, alcuni si ingegnano in traffici di fortuna, altri chiedono l'elemosina. L'attesa prolungata al di là di ogni spiegazione è il tempo in cui noi e loro ci confrontiamo costantemente.

Esiste certamente un Ultimo Atto in questa tragedia, nel quale alcuni (pochi) saranno riconosciuti rifugiati e altri (molti) saranno, nei fatti, lasciati a loro stessi, in una imprevidente costruzione di quello che sarà il nostro mondo di domani. Ma a noi interessa il terzo atto, perché è quello che occupa la gran parte del nostro lavoro e nel quale si chiarisce un poco quanto vi sia di incontro e quanto di scontro in questo *affaire* dell'accoglienza.

In questo atto si definisce dove sono loro e dove siamo noi. In altri termini:

2 Nei primi sei mesi di permanenza i richiedenti asilo non possono lavorare.

varchi13.indd 44 22-09-2015 17:18:29

chi sono loro e chi siamo noi (noi operatori sociali ed educatori)? Interessanti sono i termini che ci definiscono nelle loro lingue. Siamo *ami/amie*, *friend*; siamo *patron* o *boss*. Siamo persone alle quali chiedere: «Perché non mi porti a casa tua?» o alle quali dire: «*Quel dommage que tu es marié!*». Siamo soggetti d'amore o persone che li osteggiano. Abbiamo il potere: quello di dar loro da mangiare e da dormire, quello di dar loro un lavoro (forse una borsa lavoro o, addirittura, una forma di volontariato), di dar loro un documento. Siamo i depositari di poteri che, in realtà, non abbiamo. Siamo molto di più, ai loro occhi, che operatori sociali o educatori. Del resto, perché dovrebbero sentire il bisogno di incontrare qualcosa come un educatore? Le nostre denominazioni professionali non hanno significato nella situazione esistenziale di queste persone. Il sospetto fondato è che loro non si riconoscano utenti di un sistema di assistenza, mentre la maggior parte di noi proviene da professioni che hanno a che fare con persone definite attraverso i bisogni e il disagio. Quindi il primo campo in cui decidere se l'accoglienza che stiamo operando sia un incontro di individui o la gestione tecnica di uno scontro di civiltà è la pelle degli operatori e degli ospiti. Il meccanismo dell'accoglienza (la gestione tecnica) è un modo per gestire la forza urtante del contatto: «Tutte le distanze che gli uomini hanno creato intorno a sé, sono dettate dal timore di essere toccati»[3]. Del resto è proprio attraverso la pelle che passano le esperienze, dai suoi stimoli costruiamo le immagini del mondo personali e collettive. Non stupisce, quindi, che le porte del contatto siano attentamente controllate. Ma accoglienza è un'altra cosa. Non è una tecnica di controllo e, forse, la sua complessità è tale da sfuggire ai requisiti di qualsiasi tecnica. Accogliere è abbracciare, oppure ritrovarsi seduti a parlare e conoscersi. In ogni caso è una situazione per cui in un luogo dove prima eravamo soli, poi ci troviamo in due. In questa primaria condivisione dello spazio, in questa rinuncia di fondo al «mio» si sviluppa l'organismo dell'accoglienza (la scoperta e l'incontro).

«Prendi me» è la richiesta di una presa in carico globale, non frazionata nella serie definita dei disagi della nostra società. L'accoglienza di questa invocazione è qualcosa di più vasto del nostro lavoro. È qualcosa di diretto alla nostra umanità.

*__Santa Bellomìa__, operatrice sociale e counselor, ha collaborato con Progetti di lotta al trafficking ed alla tratta di esseri umani. Si dedica attualmente all'accoglienza di persone richiedenti asilo. È impegnata nella realizzazione dello sportello d'ascolto gratuito La Bottega dell'Anima.

*__Michele Corioni__, laureato in Filosofia. Si occupa di linguaggio e ontologia. Attualmente lavora a Genova come operatore sociale all'interno di un progetto Sprar dedicato all'accoglienza di richiedenti protezione internazionale. È impegnato nella realizzazione dello sportello d'ascolto gratuito La Bottega dell'Anima.

3 Canetti, E., *Massa e potere*, Adelphi, Milano 2006, p. 17.

varchi13.indd 45 22-09-2015 17:18:29

L'ÉQUIPE E L'ADOLESCENTE QUALE ALLEANZA POSSIBILE?

di Valeria Castagnola*

Di fronte alla richiesta di scrivere un articolo sulla mia esperienza in Comunità Terapeutica per adolescenti minori, ho incontrato non poche difficoltà, causate forse anche dal pensiero di dover sintetizzare un argomento così vasto e complesso.

Ho deciso pertanto di offrire al lettore una sorta di «Mostra Fotografica» in cui ho «immortalato» alcuni dei tantissimi ragazzi che ho incontrato in quattro anni di lavoro. Il mio intento è di stimolare la curiosità e lasciare la riflessione clinica e umana in chi leggerà.

Gerard è un ragazzo rumeno mandato in Comunità apparentemente più per un bisogno di trovargli una collocazione che per reali motivi terapeutici.

Il suo ingresso non è accompagnato, infatti, da nessuna terapia farmacologica e le motivazioni psicopatologiche dei Servizi territoriali sembravano abbastanza pretestuose.

Comunque è stato accolto. Una serie di azioni e di atteggiamenti non lo distinguono molto da un gruppetto di ragazzi presenti in Comunità definibili «devianti» per i tipi di comportamenti.

Con loro ha cominciato fin da subito a fare comunella, per questo e anche grazie all'immagine di lui trasmessaci dai Servizi invianti, ben presto presso l'intero gruppo della struttura, ospiti ed operatori, si afferma l'idea di avere a che fare con un piccolo delinquente. Per giunta, veniamo a sapere che la sua identità e forse perfino la sua età siano presumibilmente false, il che si sposa perfettamente con la sua tendenza alla menzogna, che trova espressione non solo con gli operatori ma anche con i pari. Con gli uni e con gli altri oscilla tra comportamenti servili e prepotenti, a seconda dei momenti e delle convenienze.

Continua a rifiutare le proposte di una terapia farmacologica, in verità molto blande e poco insistenti, mentre, con crescente insolenza, avanza continue pretese e richieste di permessi e autonomie, chiedendo anche ingenti somme di denaro, che peraltro non possiede. Diviene col tempo una sorta di paziente a «statuto speciale». Tra le sue dichiarate pretese, vi è anche quella di essere dimesso: sostiene infatti di «non entrarci nulla con la Comunità Terapeutica» e vorrebbe tornare nella precedente struttura socio-educativa dove il regime era molto meno severo e dove, in buona sostanza, poteva fare quello che voleva.

Alla fine accettiamo la sua richiesta e la inoltriamo a più riprese ai Servizi competenti, ma ogni volta ci viene risposto che non vi sono posti liberi.

Ci diamo così da fare per spiegare a Gerard come la disponibilità ad acco-

varchi13.indd 46 22-09-2015 17:18:29

gliere la sua domanda si scontri con la contestuale difficoltà di reperire un posto alternativo dove collocarlo. Il ragazzo ogni volta prende atto di ciò e lì per lì sembra rassegnarsi, salvo tornare alla carica poco dopo.

Sembra che a lui tutto sia dovuto e, al contempo, non mostra legami genuini e autentici con nessuno.

Anche se si cerca di non lasciare nulla di intentato sul piano progettuale, nell'équipe si fa sempre più strada il desolante pensiero che Gerard stia nella nostra comunità esclusivamente per approfittare del vitto e dell'alloggio, senza la benché minima volontà di riconoscere e mettere in discussione quelle caratteristiche personologiche che lo mettono in difficoltà con gli altri e con la vita.

Sembra però evidente un aspetto caratteriale fortemente persecutorio, ma le ipotesi diagnostiche relative ad un disturbo psicotico vengono soppiantate dalla tesi secondo la quale i vissuti persecutori sarebbero una peculiarità delle personalità criminali.

Prevale quindi l'idea che il suo vedere ovunque nemici, che il suo non fidarsi di nessuno, il suo temere sempre di essere sospettato di qualcosa, origini dalla sua antisocialità. Dopo diversi atti di prepotenza e sopraffazione nei confronti dei compagni più deboli, Gerard giunge così a commettere la prima grave aggressione su una ragazza, e senza alcun apparente motivo.

Ma la necessità di un ricovero non viene neppure contemplata dal Direttore Sanitario: si preferisce, invece, intensificare la pressione sui Servizi affinché gli trovino un'altra collocazione, tema ormai abbandonato da Gerard, ma fatto proprio dall'équipe.

L'episodio dell'aggressione alla ragazza gli procura una diffusa inimicizia nel gruppo dei ragazzi ospiti, e anche quelli che gli erano stati più vicini cominciano a lamentarsi della sua falsità, del suo opportunismo, egoismo e tendenza a sfruttare gli altri per i suoi scopi.

I Servizi latitano e rimandano, le nostre assidue pressioni cadono nel vuoto. Gerard, ormai escluso da tutti, ospiti e operatori, aggredisce seriamente un'altra ragazza, e anche questa volta senza motivazioni apparenti.

Questa ragazza, a differenza della precedente, gode di una buona popolarità nel gruppo dei pazienti che, molto arrabbiati, il giorno stesso cercano di farsi giustizia da soli. In una situazione di estrema urgenza, in un caos totale, uno di questi ragazzi viene addirittura ricoverato in regime T.S.O., poiché dichiarava in modo eclatante di voler accoltellare il «nemico».

Per Gerard invece niente ricovero, neanche questa volta.

Viene però prelevato dalle Forze dell'Ordine, intervenute a seguito di una denuncia effettuata dai ragazzi stessi che lo accusavano di introdurre sostanze stupefacenti in struttura. Prelevato e accompagnato in caserma, viene però ricondotto in Comunità poche ore dopo.

Finalmente i Servizi si decidono ad agire con urgenza e al giovane, rientrato

varchi13.indd 47 22-09-2015 17:18:30

in struttura da qualche ora, rimane solo il tempo necessario per fare la valigia ed essere immediatamente trasferito altrove, cosa che avviene tra il sollievo, l'esaltazione e la soddisfazione degli altri ospiti, e… dell'équipe.

Bianca arriva in comunità all'età di 14 anni.

Di origine nomade, è orfana da molti anni del padre, morto per overdose; la madre ha partorito undici figli, ad oggi sparsi tra comunità, carceri, famiglie adottive ed uno è deceduto.

Quando arriva in Comunità è visibilmente sovrappeso, trascurata nell'igiene personale, violenta fisicamente e verbalmente.

Esprime la sua aggressività principalmente attraverso il canale sessuale: la sua scarsa autostima e la rabbia che tiene in serbo vengono espulse attraverso un'affannosa ricerca di vicinanza sessuale, offrendo in maniera spasmodica rapporti orali e sessuali completi a vari ospiti di sesso maschile.

Gli ospiti prescelti vivono con angoscia ed impotenza queste sue continue richieste, al punto tale che, disarmati e sconcertati, confidano agli operatori tale situazione. Bianca fa fatica a crescere, rifiuta ogni tentativo di stimolo verso l'emancipazione, tra cui la scuola e persino eventuali uscite in autonomia: sembra che le basti stare chiusa tra le mura comunitarie che, unica fra gli ospiti, chiama casa. Sebbene i Servizi invianti siano presenti e collaborativi, essi hanno un legame con la ragazza che, seppur affettivo, è in realtà privo di investimento per il suo futuro o per una qualsivoglia evoluzione migliorativa, quasi come se Bianca dovesse trascorrere tutta la sua vita all'interno di questa struttura.

Estremamente fragile e volubile da un punto di vista emotivo e deficitaria sul piano intellettivo, col passare del tempo gli ospiti sembrano riconoscerle una funzione di leadership. Le sue capacità seduttive e manipolatorie, oltre ad una certa pretenziosità che spesso sfocia in prepotenza vera e propria, sono riversate non solo nella relazione con gli ospiti ma anche in quella con gli operatori.

I periodi in cui diviene più oppositiva sono anche quelli in cui il suo disagio psichico si acuisce: arrabbiata ed estremamente agitata, emotivamente labile ed autodistruttiva, intollerante ad ogni minima frustrazione e disperata riesce a condizionare il clima della quotidianità. Così tutto il gruppo degli ospiti inizia ad esternare irrequietezza, aggressività, comportamenti trasgressivi e malessere.

E via via che tutto ciò si intensifica, l'équipe attribuisce a Bianca la causa di tale fermento; Bianca appare come colpevole del caos emotivo presente nel gruppo degli ospiti e nell'equipe e la difficoltà di tollerarla aumenta in tutti.

L'ipotesi di un suo allontanamento definitivo inizia a prendere campo.

Sebbene tale ipotesi non sembri da subito totalmente condivisibile, talvolta viene quasi sussurrata in maniera fugace da qualche membro dell'équipe; iniziano comunque ad aver luogo una serie di ricoveri in Psichiatria, ma nonostante ciò le difficoltà della struttura a gestire Bianca restano piuttosto celate.

varchi13.indd 48 22-09-2015 17:18:30

Pablo ha 16 anni e proviene da un'altra Struttura Terapeutica per minori che opera nel territorio genovese: nei mesi precedenti al trasferimento nella comunità in cui lavoravo, era stato ricoverato in Psichiatria per aver attuato brevi e frequenti fughe oltre che essere stato responsabile di episodi di aggressioni a danno di altri ospiti.

Pablo è un ragazzo brasiliano, adottato da una famiglia italiana all'età di quattro anni: fino a quel momento aveva vissuto in un Istituto dove aveva sperimentato situazioni che non esito a definire raccapriccianti.

Sembra che abbia dormito accanto a un altro orfano, ormai deceduto per tre giorni.

Fin da subito appare molto diverso dalla maggior parte dei ragazzi a cui siamo abituati: timido, schivo, piuttosto impacciato, è solito rapportarsi molto educatamente con gli operatori, predilige interessi quali la scrittura, la lettura, la musica. In breve tempo si attacca in modo adesivo a coloro che rivestono per lui il ruolo di operatori di riferimento. Con ciascuno di loro adopera un canale argomentativo personalizzato: con il medico parla solamente di sintomi e farmaci oppure per richiedere eventuali ricoveri, un operatore è scelto come il «confidente», un altro operatore è riconosciuto come il mediatore con la famiglia.

In poco tempo svela nel comportamento come in realtà il suo scopo sia, sempre e comunque, quello di riuscire ad avere un momento privilegiato di ascolto, di attenzione, di compagnia.

Nei primi mesi mette in atto nuovamente brevi fughe, improvvise e totalmente imprevedibili, durante le quali sembra confuso e addirittura dissociato, e ogni volta sembra cercare di ottenere un ricovero in psichiatria.

L'équipe sceglie la strategia di interrompere questo circolo vizioso «fuga-ricovero» a cui Pablo sembrava aggrapparsi.

Pablo attraversa anche periodi prolungati in cui appare cupo, angosciato, assente e più ritirato del solito: comincia a confidare, prima ai referenti e via via a tutti gli operatori, che i suoi comportamenti sono ordinati da una voce, che sente da anni, a cui ha dato il nome di Tobia.

Paradossalmente tale dichiarazione suscita una diffusa incredulità nell'équipe, anche se qualcuno timidamente formula l'ipotesi possa essere vero, tanto più che spesso lo si vede girare con delle grosse cuffie e talora è stato sorpreso in atteggiamenti piuttosto bizzarri.

La maggioranza, comunque, sembra però disponibile ad accettare che al massimo possa esserci qualche sporadico fenomeno dispercettivo, enfatizzato dal ragazzo forse allo scopo di ottenere l'agognato ricovero.

Insomma Pablo non riesce ad essere creduto, e il gruppo degli operatori diviso e incerto.

L'equipe chiede così di poter avere una supervisione con un esperto, per vederci più chiaro.

varchi13.indd 49 22-09-2015 17:18:30

Ma intanto si verifica la necessità di un ricovero d'urgenza: Pablo a notte fonda si è inoltrato nella stanza di un altro ospite e lo ha aggredito con l'intento di soffocarlo nel sonno con un cuscino, così come la voce di «Tobia» gli stava ordinando.

E soverchiato com'era dalle allucinazioni uditive, a discapito delle sue innumerevoli richieste di ricovero, questa volta c'è voluto un bel po' di tempo e di fatica per convincerlo ad accettare il ricovero.

Nonostante questo, soltanto nella discussione con il supervisore l'equipe all'unisono si concederà di rinunciare al resistente velo che gli copriva gli occhi.

La rivelazione della malattia di Pablo giunge incredibilmente come un colpo di fronte al quale, seppur dolorosamente, l'équipe al completo deve evidentemente arrendersi: quel ragazzino che, a dispetto dei suoi atti, non incute timore e al contrario ispira simpatia e una profonda compassione, è affetto da schizofrenia.

Karim giunge nella nostra Comunità a 15 anni, con una triste storia di abbandoni alle spalle: ancora bambino, la famiglia d'origine nordafricana lo spedisce letteralmente dagli zii che vivono a Milano. Costoro, non essendo in grado di tenerlo, lo affidano da subito alle strutture educative del Comune, dove ha vissuto per sei anni.

Quando arriva in Comunità è grande e grosso, un po' sgraziato, dotato di una forza fisica veramente notevole e fa temere di poter esplodere in qualsiasi momento come un fulmine a ciel sereno, cosa che in effetti accadrà spesso.

Le sue capacità di realizzare un legame di attaccamento e provare genuino affetto sono in parte oscurate dalla sua predominante tendenza ad un cupo ritiro, da una costante irritazione e ritrosia a parlare di sé e dei sentimenti che lo agitano.

Karim appare agli occhi di tutti un ragazzino schivo, ma soprattutto imprevedibilmente pericoloso. Un crescendo di gravi atti di violenza per frustrazioni minime lo porta nei primi mesi ad alcuni ricoveri psichiatrici, avvenuti talvolta con sequenze drammatiche.

Curiosamente tali ricoveri cementificano un iniziale legame tra Karim e gli operatori, tra cui me stessa, che avevano partecipato all'attuazione degli stessi.

Dopodiché si costruisce un lento e graduale miglioramento: diventa più aperto, disponibile a parlare del suo passato, dei momenti di disagio, delle speranze e, oltre a migliorare nella relazione con i pari, si riduce anche la frequenza delle sue crisi pantoclastiche.

Per il suo futuro si presenta la possibilità di essere affidato ad un ex-educatore di una delle strutture in cui aveva vissuto in precedenza.

L'operatore, figura con cui si è instaurato un rapporto di reciproco affetto, si dichiara disponibile ad accogliere il ragazzo a casa sua.

varchi13.indd 50 22-09-2015 17:18:30

Le azioni violente non scompaiono del tutto, ma qualcosa nei suoi comportamenti verso gli altri si modifica: diventa più protettivo e più capace di contenere i suoi impulsi.

Comincia anche a tollerare i rimproveri, quando sono espressi da quel sottogruppo di operatori con i quali si è instaurato un rapporto saldo e buono.

Rimane invece molto oppositivo nei confronti di tutti gli altri operatori, che restano così intrappolati in grosse paure verso di lui.

In tale clima il gruppo si spacca: durante lunghe ed accese riunioni d'équipe i «sostenitori» di Karin si imbarcano in arringhe in difesa del ragazzo, che sembrano andare al di là delle ragioni cliniche e lo spazio delle riunioni d'equipe diviene un campo di battaglia verbale costituito da accuse e controaccuse tra i due fronti contrapposti.

A poco a poco il vuoto viene fatto attorno a coloro che si battevano per l'allontanamento del paziente, e il lavoro di recupero e cura di Karin continuerà con importanti risultati.

Roberto ha 17 anni, simpatico, intelligente, con un grande carisma naturale, tanto che in poco tempo diventa il leader del gruppo.

Il suo percorso comunitario è stato tutto sommato abbastanza breve e, fatta eccezione per qualche episodio sporadico in cui è stato aggressivo nei confronti di alcuni operatori, ciò che più l'ha distinto è stato proprio l'aver assunto una leadership negativa, irruente ed invasiva, sempre contro.

Il ragazzo proviene da un contesto familiare burrascoso e connotato da stili di vita devianti.

In Comunità Roberto diventa in poco tempo istigatore, organizzatore e coautore di scorribande notturne in dispensa, irruzioni in ufficio, piccole rivolte contro gli operatori.

Organizza persino tra gli ospiti una raccolta firme contro un'operatrice, nella speranza di ottenere il suo licenziamento o indurla ad abbandonare il lavoro.

In sostanza nella quotidianità aveva organizzato intorno a sé una specie di feudo: alcuni ragazzi sembravano essere diventati i suoi vassalli, idolatrandolo e imitandolo in tutto, una ragazza si ammantava di essere «la donna del Capo» e il quindicenne Giovanni il suo giullare.

In realtà Giovanni era la prima vittima dei comportamenti bulleschi di Roberto.

Gli operatori si ritrovano a dover intervenire continuamente per sottrarre il più piccolo alle torture del più grande e non solo, perché ormai anche i seguaci del leader avevano preso l'abitudine di sottoporre Giovanni ad ogni tipo di angheria, soprusi e violenza fisica e verbale.

Nell'équipe, al solito, si accende un'intensa discussione, il caso Roberto occupa interamente diverse riunioni.

varchi13.indd 51 22-09-2015 17:18:30

Per alcuni Roberto non è altro che un criminale in erba, fortunato di essere finito in Comunità e non in carcere; per gli altri egli è un soggetto a cui dover dare una possibilità di cura, addossando a Giovanni, antipatico a tutti per i suoi modi lagnosi e provocatori, molte responsabilità del comportamento di Roberto. Alla fine sarà Roberto stesso a porre fine alla diatriba.

Grazie ad una rocambolesca fuga si allontana dalla Comunità ed in seguito veniamo a sapere che poco dopo è riuscito a raggiungere il padre in Brasile, lasciando così un ricordo stupefatto ed ammirato in quella Comunità che in fondo era stata la sua «corte».

Alberto è un ragazzo a cui sono personalmente legata.

È il più giovane, e forse anche il più sensibile, di tre fratelli, cresciuto in una famiglia meridionale che sembrerebbe aver funzionato non troppo male fino a quando il ragazzo all'età di otto anni scopre una relazione extraconiugale del padre.

A quel punto tra i genitori avviene una separazione fortemente conflittuale. E lui ad aver svelato alla madre l'adulterio, e per ciò stesso viene colpito violentemente nelle parti intime da un calcio sferrato dal padre.

La violenza è molto grave, Alberto sarà operato d'urgenza e ne consegue la perdita di un testicolo.

Il padre, militare di mestiere, espatria, e i tre figli continuano a vivere con la madre in un quartiere popolare. Quando Alberto diventa adolescente inizia a frequentare «cattive compagnie», usa sostanze, alcol e droghe, e dà sfogo alla propria rabbia in colluttazioni in strada, che gli comportano anche diverse denunce penali.

A seguito di tali condotte dapprima trascorre un periodo in una struttura socio-educativa della sua regione, dove compie un'aggressione piuttosto rilevante (sferza con forza un piccone in testa ad un ragazzo, fortunatamente guarito con le dovute cure), motivo per cui viene richiesto per Alberto l'inserimento in una Comunità Terapeutica.

Arriva così, quasi sedicenne, in una struttura molto simile alla nostra.

Lì instaura immediatamente dinamiche presumibilmente identiche a quelle del suo periodo «di strada»: mostra una spiccatissima propensione ad accompagnarsi ai ragazzi più devianti.

Si pone come «il braccio violento» di ciò che gli altri ideano, mostra una marcata tendenza all'impulsività accompagnata da problematiche psicopatologiche.

Il suo comportamento violento in più occasioni viene fermato con ricoveri d'urgenza in psichiatria, ogni volta drammaticamente, talora anche tramite T.S.O.

La comunità sta attraversando un periodo difficile e Alberto diventa l'ele-

varchi13.indd 52 22-09-2015 17:18:30

mento da dimettere quanto prima nella speranza di recuperare un clima più vivibile.

In virtù del fatto che il medico psichiatra referente lavora anche presso la nostra struttura, ed essendo forse l'unico sostenitore di una possibile presa in carico del ragazzo, viene trasferito da noi allo scopo di fargli continuare un percorso terapeutico.

Nel primo lungo periodo, anche nella nostra Comunità, si instaura il clima di terrore che era presente nell'altra struttura.

La maggior parte degli operatori lo teme, forse anche complice la nomea con cui è giunto da noi.

Fortunatamente, le condizioni della nostra struttura in quel periodo erano più favorevoli di quelle della precedente collocazione e i Servizi, a loro volta, si mostrano collaborativi e presenti.

Tra Alberto e la sua mini-équipe di riferimento, composta all'epoca da me, da un mio collega psicologo e dallo psichiatra, si instaura un rapporto di profondo rispetto ed affetto reciproci, tali da permettere una vera presa in carico, ed un contenimento che nel tempo darà i suoi frutti.

Per il primo periodo, lungo e burrascoso, i tre operatori referenti sono praticamente i soli, attraverso argomentazioni cliniche, a sostenere una posizione interventista volta a scardinare quell'etichetta di ragazzo irrecuperabilmente pericoloso, al fine di costruire un'immagine di sé più sana.

Con il tempo si è drasticamente ridotto, fino quasi a scomparire, il costante sottofondo di impulsività, così come l'uso della violenza che tanto lo caratterizzava agli inizi.

Alberto ha imparato a non reagire impulsivamente alle frustrazioni, ha letteralmente imparato a riconoscere le proprie emozioni ed elaborarle parlandone, ha riallacciato un rapporto col padre e recuperato parzialmente quello con la madre. Ha ottenuto la licenza media dopo anni in cui aveva interrotto il percorso scolastico, ha iniziato a praticare sport e di conseguenza a ritornare in buona forma fisica.

A tali importanti risultati, dopo tre anni, è seguito un permesso protetto in cui è rientrato a casa per una settimana, accompagnato dalla sottoscritta e dall'altro psicologo referente.

Abbiamo vissuto con lui e la madre per una settimana intera, e tutto è andato bene.

La maggior parte dell'équipe, comunque, ha quasi negato talvolta il successo terapeutico di Alberto, come se negli educatori potesse albergare l'immagine di un Alberto deviante e pericoloso.

Raggiunta la maggior età Alberto è tornato a casa, e ricerca ancora adesso, telefonicamente, il supporto di quegli operatori a cui ha fatto genuinamente riferimento.

varchi13.indd 53 22-09-2015 17:18:30

David è alla sua prima esperienza comunitaria, ed ha solo sedici anni.

Preso in carico dai Servizi territoriali di un'altra regione, viene presentato come un antisociale, per nulla empatico, per certi versi alessitimico.

Ha a suo carico due denunce, una penale per molestie e una civile per dichiarazione di falsa identità, per cui è stato determinato dal Giudice un periodo di messa alla prova di 14 mesi da svolgere in struttura.

Questo ragazzo, alto e imponente, ha due occhi grandi e glaciali, apparentemente imperturbabili.

Lui non parla, rappa continuamente, dal mattino alla sera: il suo tono della voce sempre molto alto e la violenza delle frasi, in gergo «barre», che pronuncia in ogni momento e in ogni luogo, infastidiscono sia i ragazzi, anche se in qualche modo sono affascinati dal suo talento artistico, sia gli operatori. Gli unici contatti che in qualche modo ricerca sono al di fuori degli spazi canonici predisposti all'incontro clinico e ai colloqui: si avvicina solo in giardino, in corridoio, presso il cancello, nelle scale poste all'ingresso principale della struttura.

In questi luoghi originano le relazioni che piano piano sono divenute significative per lui.

David fa fatica ad accettare i setting terapeutici, sono così gli operatori referenti ad avvicinarsi al suo di mondo, per certi versi noto ma al contempo sconosciuto: il rap.

Attraverso la scrittura di testi a quattro mani con me è andata a delinearsi una cornice, uno spazio entro cui far emergere e dar voce a quel mondo emotivo che rigidamente e a fatica ha sempre fatto in modo di non scoperchiare.

Vi erano momenti di crisi in cui era più conveniente fumare una sigaretta insieme in giardino o fare una passeggiata, piuttosto che effettuare un colloquio psicologico nella stanza predisposta, che per lui inizialmente rappresentava uno spazio ostile, opprimente, invadente, troppo intimistico.

A volte è forse lo psicologo ad averne più bisogno per sentirsi protetto e riconosciuto. Con David siamo riusciti ad affidarci al setting mentale che ci ha permesso di avviare un lavoro terapeutico nei contesti più disparati.

Preso contatto con quel mondo emotivo che tanto lo terrorizzava, ha iniziato in un secondo momento un percorso psicoterapeutico più profondo e intenso, con colloqui programmati e che si svolgevano nel luogo che entrambi, ragazzo e curante, sentivano proprio e sicuro, sviluppando un'alleanza terapeutica così inossidabile da essere tuttora presente, anche dopo che i suoi operatori referenti hanno smesso di lavorare in quella struttura.

***Valeria Castagnola**, psicologa, psicoterapeuta, Genova.

varchi13.indd 54 22-09-2015 17:18:30

RIFLESSIONI SUL LAVORO IN COMUNITA' TERAPEUTICA TRATTAMENTO CLINICO EFFICACE OPPURE SUPERFLUO?

di Michele Gentile*

Con questo articolo desidero raccontare la mia esperienza di lavoro in comunità terapeutica per pazienti psichiatrici, soffermandomi più attentamente su alcuni concetti, e con l'aiuto di alcuni supporti teorici «sottolineare» l'efficacia del trattamento comunitario, ormai da tempo dimostrata.

Lavoro a Villa Santa Maria come psicologo da diversi anni.

Villa Santa Maria è una CTRP (Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica) definita ad alta intensità in quanto prevede un consistente numero di ore per operatori «Psy» (psichiatri, psicologi, educatori psichiatrici ed infermieri psichiatrici) necessarie per fornire un adeguato trattamento degli ospiti inseriti, affetti da gravi patologie psichiatriche.

L'ammontare delle ore di presenza degli operatori è definito da leggi regionali che prevedono un determinato «minutaggio» di servizio di ogni figura professionale a favore di ogni ospite.

Gli ospiti inseriti sono quaranta (due moduli da venti) di ambo i sessi, con un'età che oscilla dai diciotto fino ai sessantacinque anni. Attualmente l'età media si aggira intorno ai quarant'anni.

La comunità è convenzionata con ASL 3 Genovese, tutti i quaranta posti sono occupati da pazienti del territorio.

Una legge non proprio recente prevede che i pazienti inseriti in comunità con tali requisiti possano usufruire del servizio per un massimo di ventiquattro mesi più eventuali dodici mesi, al termine dei quali devono essere dimessi per altre destinazioni: RSA psichiatrica, Caup, alloggio privato, ecc.

Questo ha determinato un cambiamento «epocale» per Villa Santa Maria in quanto da sempre «abitata» da ospiti lungodegenti con tutte le peculiarità del caso. Il rischio di cronicizzazione (già molto elevato nei pazienti psicotici) tendeva, infatti, ad esasperarsi. Nell'arco di poco più di due anni il numero degli ospiti inseriti da molto tempo definiti «over 36 mesi» si è ridotto a meno della metà.

L'équipe, quindi, si è trovata a «rimettersi in gioco» accettando nuove «sfide terapeutiche», nuovi pazienti e nuovi disturbi.

Sono aumentate le richieste di inserimento di pazienti con disturbi di personalità e diminuiti quelle di pazienti con disturbi schizofrenici.

varchi13.indd 55 22-09-2015 17:18:30

Il gruppo degli operatori ha espresso l'esigenza di una formazione più appropriata alle nuove esigenze terapeutiche e si è così dotata del dispositivo della supervisione.

Si tratta di un momento in cui il gruppo degli operatori si riunisce e discute della situazione clinica e ambientale di un dato paziente. Il nostro supervisore è da tempo il professor G. Foresti, che ci ha supportati e orientati nella crescita formativa e professionale.

Va detto che A Villa Santa Maria ogni ospite è preso in carico da una «mini-équipe» composta da psichiatra, psicologo, educatore e infermiere.

Ed è la mini-équipe che, a distanza di qualche settimana dall'inserimento del paziente in comunità, avvalendosi degli strumenti multi-professionali, fa una valutazione diagnostica e prognostica dell'ospite e stende il PTR (progetto terapeutico riabilitativo).

Progetto che verrà poi monitorato e rinnovato a distanza di un anno.

Io seguo come psicologo/psicoterapeuta venti pazienti con i quali faccio dei colloqui strutturati.

Con alcuni ospiti il setting ha una struttura molto simile a quello che si può ottenere nel proprio studio privato, con altri invece, a causa del loro elevato grado di patologia, il setting è decisamente fuori da canoni più ortodossi.

Per fare alcuni esempi, un paziente affetto da schizofrenia paranoide, molto grave, attende con puntualità il colloquio settimanale che viene fatto dalla collega psichiatra e da me, ma nella sua stanza e non nella stanza dei colloqui: è infatti una persona molto ritirata e diffidente e non accetterebbe di recarsi negli studi della comunità.

Altri pazienti non riescono a sostenere la regolarità dei colloqui e li richiedono nei momenti di maggiore difficoltà.

Devo dire comunque che in comunità lo psicologo è in relazione con i pazienti non solo durante i colloqui, ma anche per il resto del tempo in cui è in servizio: nei corridoi spostandosi da uno studio all'altro, durante l'assemblea generale, nei gruppi riabilitativi condotti dagli psicologi ed è presente spesso anche nei turni serali, con la conduzione di gruppi, così come nei momenti di festa, ove sono presenti anche i parenti.

Forse può essere utile per comprendere meglio la descrizione fin qui fatta il breve racconto di un momento di supervisione.

Una volta al mese di venerdì mattina ci riuniamo appunto per la supervisione, condotta dal prof. Foresti.

Precedentemente nella riunione di équipe decidiamo quale paziente portare in discussione di volta in volta in supervisione. Un operatore della mini-équipe prepara così una relazione in cui viene descritta l'anamnesi e la storia attuale del paziente scelto. Il lavoro di gruppo nella supervisione inizia quindi con la lettura di tale relazione e prosegue con gli interventi dei singoli componenti.

varchi13.indd 56 22-09-2015 17:18:30

Il caso clinico che mi accingo a narrare riguarda una donna che chiamerò con un nome di fantasia: Flavia.

Flavia vive da sempre con la madre. I suoi genitori non sono mai stati una coppia. Flavia è stata riconosciuta dal padre, che in modo sommario l'ha seguita negli anni. Flavia, ogni tanto, andava a stare dal padre.

Dai racconti clinici pregressi Flavia viene descritta come una giovane donna molto turbolenta, di difficile gestione, con disturbo borderline e disturbi alimentari. Tanto che quando ci viene presentato il caso prima dell'inserimento in comunità, seguire Flavia ci appare come una grande sfida!

A fine lettura della relazione introduttiva il prof. Foresti ci chiede di iniziare a parlare liberamente di Flavia, delle nostre impressioni, dei nostri sentimenti nei suoi confronti e delle ragioni per cui abbiamo deciso di portarla in supervisione.

Gli operatori che fanno parte dell'équipe di riferimento iniziano a parlare di Flavia in tono affettivo e preoccupato, descrivendola come una giovane donna, carina, fragile, facilmente manipolabile da parte degli altri ospiti, criticata dai genitori che spostano l'attenzione dai problemi psichici al sopravvenuto sovrappeso della figlia.

Un'altra parte di operatori non riesce a spiegarsi tutto ciò in quanto sembrerebbe rappresentare un cambiamento radicale rispetto alla presentazione del caso da parte degli invianti, tanto che ci si aspettava di dovere affrontare una gestione molto più difficile di quanto appariva attualmente.

Il gruppo cerca quindi di comprendere le cause del cambiamento: si fanno ipotesi su un deterioramento cognitivo, sul cambiamento sostanziale della terapia, ecc.

Ma il medico di riferimento riferisce che la terapia farmacologica non è cambiata e che è la stessa di quella che Flavia aveva all'ingresso. Prevale, perciò, l'ipotesi di un possibile deterioramento.

Ma non tutti sono d'accordo.

In particolare un operatore parla di Flavia in termini piuttosto diversi rispetto ai colleghi, dice infatti di vederla non così tanto fragile, ma al contrario piuttosto astuta, manipolativa, e ricorda a tutti alcuni episodi relativi alle interazioni di Flavia con un ospite uomo, vittima delle sue seduzioni e dal quale si faceva comprare del cibo al bar o al supermercato.

Era questo un paziente che andava spesso in crisi acute, e continuava a chiedere soldi alla sua équipe di riferimento accampando scuse varie rispetto ai suoi bisogni di denaro, ed aveva ricevuto il divieto assoluto di acquistare cibo per Flavia, la quale doveva osservare una dieta importante.

L'operatore ricorda ancora che Flavia, prima di questo paziente, ne aveva manipolato altri, riuscendo ad ottenere anche da loro, sebbene apparentemente meno disponibili, dei regali in generi alimentari.

varchi13.indd 57 22-09-2015 17:18:30

Flavia era stata inoltre protagonista di una piccola fuga insieme ad un'altra paziente, anche se la cosa si era presto risolta con il rientro delle due donne, persuase dagli operatori in turno.

Il prof. Foresti evidenzia questa divergenza di opinioni all'interno dell'équipe e fa alcune ipotesi: Flavia è in «luna di miele» con la comunità, i problemi potrebbero venire fuori più tardi e Flavia potrebbe mostrarsi per quello che è sempre stata; Flavia avendo attualmente trentasei anni potrebbe andare in una fase dell'età in cui certi impulsi all'agito diminuiscono «fisiologicamente»; Flavia si trova bene in questa comunità e non vuole rovinare i rapporti per non rischiare un nuovo allontanamento come le è accaduto da parte della madre, che a causa della difficoltà a gestirla a casa ha dovuto chiedere l'appoggio dei servizi di salute mentale, che infine hanno optato per tale soluzione.

Di fatto il prof. Foresti ci ha aiutato a far circolare il pensiero, ad integrarlo, a ricompattarne la frammentazione, a ridurre la scissione dell'équipe, che spesso è frutto del disturbo di cui è affetto il paziente.

Immagino che dalla descrizione, vista poi dall'esterno, possa sembrare una cosa semplice, ma non è così; le emozioni e i sentimenti degli operatori sono tali da interferire con le capacità di mentalizzazione e di ragionamento e la presenza del supervisore è di per sé un ottimo dispositivo di chiarificazione.

Spero di essere riuscito a dare un'idea di quanto il lavoro in comunità sia molto stimolante e allo stesso tempo complesso.

Vi sono una molteplicità di interventi terapeutici, vi sono pazienti eterogenei nella patologia e nel mandato terapeutico (i pazienti possono essere volontari oppure «autori di reato» e quindi più vincolati nella scelta comunitaria), vi sono diversi approcci formativi degli operatori e non ultimo i continui cambiamenti politico-economici che si ripercuotono inevitabilmente sulla struttura del lavoro.

Il lavoro di équipe rappresenta una grande risorsa per rispondere alle esigenze dell'utenza spesso difficile da trattare; a volte però l'equipe è vissuta dal singolo come limitante rispetto alla possibilità di esprimere e attuare il proprio pensiero.

Ma tutti gli sforzi vengono alla fine ricompensati quando i pazienti, con i loro tempi a volte più brevi, altre volte più lunghi, iniziano a fidarsi, si rasserenano, evolvono, segno che vi è alleanza terapeutica che, come abbiamo visto, insieme ad altri elementi, porterà all'auspicato cambiamento.

Vorrei terminare citando Antonello Correale a proposito del *clima terapeutico* come fattore aspecifico del trattamento comunitario, durante l'intervento ad una conferenza organizzata dalla Comunità Il Porto: «Chi ha esperienza di lavoro nelle comunità sa bene quale sia l'importanza del clima, quanto questo influisca sul benessere degli ospiti e sulla serenità di chi ci lavora. I momenti in cui in comunità *si respira un buon clima* sono estremamente importanti, sia dal punto

varchi13.indd 58 22-09-2015 17:18:30

di vista pratico che sotto il profilo simbolico: un buon clima facilita i rapporti e fa sì che la vita di comunità possa svolgersi con maggiore spontaneità e naturalezza. Permette anche di alleviare lo stato di tensione, di far riposare l'anima, così da poter affrontare con maggiore ottimismo e lucidità i momenti critici. Ma il buon clima ha anche un profondo significato simbolico: nella testa degli operatori e dei residenti rappresenta anche il fatto che *si è lavorato e si sta lavorando bene*, proprio perché un buon clima, in una comunità che ospita persone profondamente disturbate e sofferenti, non si crea e si mantiene spontaneamente, ma è il risultato di un grande investimento in termini di risorse umane, professionali, culturali e naturalmente anche economiche. Per i residenti, com'è noto, una buona atmosfera complessiva è ancora più importante perché può gradualmente e lentamente alimentare in loro un sentimento di fiducia verso i rapporti umani e la convivenza.

Credo che anche questo aspetto della Comunità terapeutica, la buona qualità dell'atmosfera che la caratterizza, dipenda a sua volta da un ingrediente fondamentale che dovrebbe far parte integrante della cultura che sostiene un'istituzione di questo tipo: il coraggio. Mi riferisco al coraggio e alla convinzione di investire fortemente su aspetti della vita e della terapia di comunità che permettono alla Comunità terapeutica di differenziarsi in modo significativo da una generica istituzione di cura, come l'ospedale o la clinica» (Bileci, 2001, p.2).

Bibliografia

Bileci F., *Atmosfera e governance della casa: una comunità italiana sul modello inglese.* In «psicoterapia di comunità». Rivista ufficiale online della comunità terapeutica IL PORTO Onlus, 2011.

Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M., *Le comunità terapeutiche, psicotici, borderline, adolescenti, minori,* Milano, Raffaello Cortina Editore, 2012.

Maone A., *I fattori terapeutici dal punto di vista degli utenti.* Intervento alla giornata di studio «Perché la comunità è terapeutica? Fattori specifici e aspecifici nel lavoro delle comunità», Roma, 2 dicembre 2012.

Van der Linden P. (1988), *Il grande gruppo informale.* In Corulli, M. (a cura di), *Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche?,* Torino, Bollati Boringhieri, 1997.

Yalom,Y.D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo.* Tr. it., Torino, Bollati Boringhieri, 1995.

***Michele Gentile**, psicologo, psicoterapeuta, Genova.

varchi13.indd 59 22-09-2015 17:18:30

L'ASSISTENZA NELLA «GIOSTRA DELLA FANTASIA»

di Ilaria Danti, Chiara Calcagno, Linda Monaco, Michele Calloni*

La Giostra della Fantasia è il nome di una cooperativa sociale onlus, che dal 2003 opera in ambito socio educativo nel ponente genovese. Nelle nostre varie attività incontriamo persone con problematiche diverse, dai disabili giovani adulti ad anziani malati di demenza, a bambini che entrano per la prima volta in un servizio educativo accompagnati da tutti i leciti timori e preoccupazioni di mamma e papà. Potremmo dire che la caratteristica principale della Giostra è data dalla condivisione spontanea tra tutti noi di operare con gioia.

Abbiamo appurato nell'esperienza l'ascolto e la disponibilità a mettersi a fianco della persona e porsi con tutta la nostra competenza e soprattutto con tutta la nostra umana esistenza per fare un pezzo di strada insieme a chi ci chiede aiuto. Senza fretta e con il sincero intento di far bene, una parte importante del nostro lavoro è dedicata al confronto sull'esperienza, alla verifica dei progetti e degli obiettivi che siamo pronti a cambiare ogni volta che non funzionano.

L'incontro con Elisabetta

Elisabetta aveva 11 anni quando la vidi per la prima volta, la sua magrezza nascondeva bene la sua età e la sua voce da bambina mi ricordava continuamente il suo desiderio di giocare. La incontro per il servizio di tutoraggio sui disturbi d'apprendimento, la diagnosi parla di una disortografia, leggera. Forse la sua fatica scolastica non si chiama solo così. Il primo colloquio con la madre fu molto intenso, passammo circa due ore insieme e lei mi raccontò una vita difficile, accanto ad un uomo che la faceva soffrire e che spesso era assente, fisicamente e non. Mi parlava di un figlio più grande e premuroso quanto un padre verso Elisabetta, dolce e rassicurante quanto un compagno fedele per lei.

Terminammo il colloquio e lei mi fece presente come fosse stato importante questo momento per lei, diceva che non sarebbe riuscita a raccontare di lei così a lungo se non si fosse sentita accolta. Nasceva così il nostro rapporto, da una fiducia accordatami, messa alla prova, discussa e poi chiarita, una fiducia che si rifletteva identicamente sul mio rapporto con Elisabetta.

Elisabetta faticava a concentrarsi, faticava ad entrare nel mondo dei grandi, faticava a pensare. Viveva in simbiosi dichiarata con la madre ed il fratello, in una situazione familiare complessa, dove i ruoli erano confusi, l'amore un magma «appiccicoso» che teneva tutto stretto. Elisabetta faticava a stare alle regole, più volte le ho chiesto di arrivare con materie programmate, ma lei lo dimenticava, e arrivava sempre con le materie che preferiva fare con me. Per un anno intero, gli ultimi dieci minuti del nostro incontro erano dedicati al «gioco libero»: prendeva il Didò, le bambole, i puzzle e seduta sul banchetto giocava.

varchi13.indd 60 22-09-2015 17:18:30

Per me era chiaro che il momento del gioco non poteva mancare durante la nostra ora, sentivo che ne aveva bisogno, così ho concordato quale momento dedicargli all'interno dei nostri incontri.

Elisabetta entrava nella stanza in punta di piedi, con la sua vocina stridula e mi chiedeva: «indovina cosa ho portato oggi?...» Dopo aver indovinato le chiedevo di fare la linea del tempo, ovvero un segmento il cui inizio coincideva con l'ora d'arrivo e la conclusione con l'ora di fine seduta.

In genere nel mezzo i ragazzi segnano il tempo secondo loro necessario per la realizzazione dei compiti, della pausa e di altro che desiderino inserire nella loro ora a disposizione. Per me questo è un modo per insegnare ai bambini a gestire il tempo ed organizzarsi.

Elisabetta compilava la sua linea del tempo, calcolava il tempo necessario e quindi l'ora in cui avrebbe terminato un compito. La sua difficoltà disortografica emergeva a tratti e la sua fatica ad organizzarsi evidenziava le sue difficoltà a comprendere le richieste degli insegnanti, ad inserirsi nel gruppo dei compagni e delle compagne in particolare. Mi raccontava di bambine che non le prestavano gli oggetti e che le rimproverano una grafia poco chiara.

I quaderni di Elisabetta non avevano direzione e verso, gli argomenti in prima pagina non erano i più vecchi nel tempo, come avrebbe dovuto essere, ma neanche i più recenti; il tempo non aveva direzione, né titolo, né data. Immaginavo che anche la sua percezione del reale potesse essere così. Un magma, come l'amore familiare che vive. Iniziammo a fare ordine, a restituire nomi, titoli, tempi. Avevo chiara la meta ma anche che arrivarci non sarebbe stato un percorso lineare.

Dopo quasi tre mesi dal nostro primo incontro la madre mi ha chiesto un colloquio. Posso dire che se il primo anno è stato quello della conquista di fiducia, il secondo anno è stato quello della costruzione del percorso.

L'anno successivo aumento gli incontri, tre a settimana, inizio a lavorare in rete con le insegnanti in maniera più diretta e meno mediata dal genitore, e concordo il progetto riabilitativo con l'insegnante di matematica, coordinatrice di classe. È un anno di cambiamenti, l'arrivo del ciclo, il bisogno del gioco meno impellente, una ragazza attenta ai particolari ma meno vezzosa, anche la camminata cambia, lentamente, giorno dopo giorno.

Elisabetta accetta di essere confrontata sulla responsabilità del suo percorso, sul desiderio di ipotizzare un futuro autonomo, inizia a pensare a sè separata dal nucleo familiare. L'atteggiamento nei confronti dello studio cambia, talvolta è propositiva, talaltra continua ad aver bisogno di sentirsi trascinata.

La sua fatica più grande è lottare con lo spettro depressivo della madre che la tiene lì, ferma in un'aggressività inespressa.

La stima e la fiducia reciproca tra me e la madre ha alimentato il rapporto tra me ed Elisabetta ed ha fatto sì che il rapporto potesse crescere senza strappi.

varchi13.indd 61 22-09-2015 17:18:30

Più sostenevo la madre, più di fatto promuovevo la separazione dalla figlia. Tutto si traduceva in azioni di accoglienza, di ascolto, di non giudizio. Personalmente so di aver anche vissuto una distanza emotiva che non era certo indifferenza ma solo la certezza del proprio ruolo.

Michele, dell'autismo e delle vele.

Michele ha 9 anni. La mamma racconta di un bimbo che a 18 mesi ha smesso di guardare negli occhi il mondo circostante, e si è tenuto stretto solo lo sguardo della mamma. La diagnosi è di autismo.

Michele è un bimbo fisicamente grande, alto come un adulto. In famiglia stanno tentando un approccio con il metodo ABA, ovvero un metodo comportamentale che «addestra» i bimbi con autismo attraverso il riconoscimento dei comportamenti positivi tramite cibo o giochi.

Michele si rivolge a noi per un'attività di vela per ragazzi con autismo e no. La settimana è organizzata con uscite in mare durante la mattina e pranzo a casa. Michele dimostra subito contrarietà verso il mare ed il porto. Il primo giorno si butta a terra, rifiutandosi anche solo di alzarsi da terra. Non è valsa nessuna parola, nessuna striscia visiva, nessun contatto oculare, fisico, o di altro tipo.

Durante il secondo giorno sono stata con Michele. Avevamo concordato che gli sarei stata vicino ma senza forzarlo in nulla. Quando i compagni sono saliti in barca, lui si è avvicinato alla banchina. Si è seduto e li è stato fino al loro ritorno. Ai genitori raccontammo gli episodi di avvicinamento, ma sembravano desiderare che forzassimo un po' la mano. «A volte noi lo buttiamo di forza» dicevano, personalmente non riuscivo ad immaginarmi di sollevarlo brutalmente per farlo salire sulla barca. Dissi ai genitori di aver fiducia e di aspettare, e che in fondo non era così importante, comunque in lui stava accadendo qualcosa che andava interpretato.

Il terzo giorno Michele si avvicina ad una imbarcazione, più grande degli «optimist» lì vicino, ma molto più piccola di quella che usavamo per fare le gite insieme. L'imbarcazione che lo incuriosiva, e su cui era salito in autonomia con un agilità inimmaginabile per la sua fisicità, aveva una piccola cabina, usata come ripostiglio. Gli piaceva quel ripostiglio, lo guardava e tentava di entrarci.

L'imbarcazione grande era cabinata, così gli dico «Ci vuoi entrare? Qui non è possibile perché è stretto ma sull'altra imbarcazione, la nostra, ci si può andare dentro.» Non finii di terminare la frase che Michele scese dall'imbarcazione per tentare di salire con i compagni sull'altra, non voleva stare sul ponte, voleva solo entrare nella «pancia della nave».

Così ho fatto aprire la cabina: ci è scivolato dentro ed è stato lì per gran parte del tempo. Mi sono fermata con lui, volevo immortalare quel momento e così ci facemmo qualche foto insieme. Oggi riguardo le foto: eravamo contenti.

Michele non era stato poi tutto il tempo in cabina, era uscito a vedere il

varchi13.indd 62 22-09-2015 17:18:30

mare ed era anche riuscito a rilassarsi sul ponte, ma prima di rientrare in porto era rientrato in cabina. Tre giorni, Michele ci impiegò tre giorni, ma fu una sua conquista. Il giorno successivo non uscimmo in mare perché era brutto tempo, temetti che il giorno successivo tornasse il suo rifiuto.

I miei dubbi furono smentiti: il giorno seguente salì in barca senza problemi, entrò in cabina e ne uscì a piacimento. Il tempo non è uguale per tutti.

A volte ci dimentichiamo di prendere il tempo che ci serve per accontentare qualcuno. Altre volte forziamo i ritmi altrui per il desiderio che si adeguino ai nostri. Ma quando succede di riuscire a dare tempo a chi ne ha bisogno è un atto di profondo, dignitoso, rispetto.

Il Centro Giovani «Tracce»

Il Centro Giovani «Tracce» è un servizio che La Giostra della Fantasia gestisce per il Comune di Mele dalla sua apertura, nell'autunno del 2012, ad oggi. L'obiettivo dell'amministrazione era quello di creare uno spazio polifunzionale e extrascolastico. Si tratta di una proposta di attività per i ragazzi della scuola media e, in particolare, delle scuole superiori, per rispondere alla dispersione che si verificava a causa della frammentazione in piccoli abitati degli abitanti sparsi sul territorio e dar loro un luogo di aggregazione fino ad allora mai esistito. Nel corso dei suoi tre anni di vita il centro ha accolto un centinaio di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 18 anni, organizzato decine di attività e divenuto un punto di riferimento importante sul territorio, inaugurando anche nell'ultimo anno due nuovi servizi, il Centro Bambini «Minitracce», per i bambini dai 6 agli 11 anni, e i «VenerDivertenti», serate di animazione aperte a bambini, ragazzi e famiglie, che hanno goduto di un ottimo successo.

Il tratto peculiare di come noi abbiamo attuato ed attuiamo il nostro lavoro al Centro consiste nel modo in cui portiamo le nostre idee educative in una dimensione che sotto tutti gli aspetti è di confine.

Linea di confine è l'adolescenza, sorta di terra di nessuno nello sviluppo bio-psico-sociale della persona umana. Confine è il ruolo che ci compete di intermediari tra l'istituzione committente e la realtà giovanile, ovvero nell'assolvere il nostro compito di traduttori delle linee guida dell'amministrazione in progetti concreti con obiettivi chiaramente verificabili e di interpreti dei bisogni che emergono dal contatto con i ragazzi che, trattandosi di adolescenti, sono, per natura, ambivalenti. E come un territorio di confine (*cum-fines*, etimologicamente: dove si finisce insieme, dove due elementi diversi giungono a un termine comune) quindi, il nostro Centro si deve pensare. Pertanto, la nostra prima scelta è stata quella di dare a questo posto la connotazione di un centro aperto, dove non servisse un'iscrizione per accedervi, dove qualunque ragazzo potesse entrare, rilassarsi, divertirsi, studiare, ascoltare musica, usare internet, partecipare a laboratori, giochi, tornei, corsi, eventi, un luogo di divertimento, aiuto, attività e

varchi13.indd 63 22-09-2015 17:18:30

dialogo dedicato ai ragazzi, dove ciascun ragazzo che ne avesse varcato la soglia, che si fosse fermato per pochi minuti o avesse passato l'intero pomeriggio con noi, potesse vivere l'esperienza di un momento d'incontro perché, per nostra esperienza e convinzione, è solo nella relazione che si costituisce quel vincolo che spinge un ragazzo di quest'età a tornare, ad accettare le regole, a fidarsi e chiedere aiuto o ricercare un confronto con un adulto, a portare in «dono» la sua presenza, il suo dubbio, il suo problema. Nel lavoro con gli adolescenti in un quadro di libera fruizione, non regolamentata dalla richiesta performativa di una specifica attività o dagli obiettivi prefissati da un invio dei distretti sociali, la creazione di questo vincolo passa attraverso la capacità degli educatori di saper vivere e far vivere ai ragazzi una relazione significativa nelle due dimensioni che caratterizzano il tempo degli adolescenti: la *brevità* e l'*intensità*.

La seconda è stata quella di pensare il centro non soltanto come un luogo aperto al suo interno, ma anche come un luogo aperto verso l'esterno, verso l'ambiente circostante, con il quale avrebbe dovuto, in qualche modo, intrattenere scambi e trovare canali comunicativi e rappresentativi. Questo perché siamo convinti che ogni intervento di carattere psico-socio-educativo e ludico-culturale, per essere veramente valido, non può prescindere dall'obiettivo di far vivere le persone a cui si rivolge una relazione o un momento di *attaccamento* positivo (nell'affermazione di sé e nell'accettazione dell'altro) con la realtà sociale e territoriale nella quale queste vivono.

Da queste coordinate fondamentali il nome *Tracce,* che rimanda a un doppio significato. La necessità per chiunque voglia lavorare coi ragazzi di quest'età di dover partire sempre dal *seguire le tracce* che essi ci lasciano per arrivare a un vero incontro con loro ed il *lasciare la propria traccia* nell'ambiente dove viviamo, riferito allo sviluppo di percorsi incentrati sulla territorialità ed eventi rivolti alla collettività. Questa doppia direzione comporta una continua ricerca di equilibrio tra queste due spinte, che si traduce per noi in un'accurata programmazione di attività costantemente verificata e subordinata ai bisogni che il gruppo manifesta, tenendo conto che, da un anno all'altro, a quest'età, il gruppo e le situazioni possono cambiare completamente.

In un primo tempo, dato che i ragazzi avevano interessi attivi in campo musicale, teatrale, artistico, fotografico, si era quindi ipotizzato che il centro potesse servire da contenitore per contenuti portati dai ragazzi stessi.

A ciò abbiamo unito un lavoro di rete con altre associazioni già esistenti, dando il via a percorsi finalizzati a promuovere lo sviluppo e l'espressione della personalità dei ragazzi da una parte e ad avere una ricaduta in ambito territoriale nella creazione di eventi e produzione di materiali dall'altra.

***Ilaria Danti, Chiara Calcagno, Linda Monaco, Michele Calloni** sono educatori della cooperativa "La Giostra della fantasia" di Genova.

varchi13.indd 64 22-09-2015 17:18:30

COMMUNITAS: IL «FARE INSIEME» CON GLI ALTRI

di Katiuscia del Dottore e Viviana Leveratto*

Questo articolo nasce dal bisogno di condividere alcune riflessioni sull'esperienza di lavoro, svolta nel ruolo di educatrici, anche se psicologhe, in Comunità Terapeutiche per adolescenti.

Partendo dall'esperienza personale e professionale e integrandola con riferimenti teorici nell'ambito psicoanalitico e con considerazioni sulla Società del nostro tempo cercheremo di riflettere sul senso del «fare comunità» oggi.

La Comunità Terapeutica può essere definita come un «ambiente curante, dove i processi sociali e gruppali sono sfruttati a fini terapeutici»; il gruppo stesso, quindi, è identificato come lo strumento di cura principale, considerando come gruppo l'insieme degli operatori e degli utenti, entrambi in reciproca relazione nella stessa struttura.

Trattandosi di comunità per adolescenti va detto che l'inserimento avviene quando il paziente, avendo messo in atto comportamenti che possono essere lesivi per sé o per gli altri, è risultato resistente ad altre forme di trattamento.

Muller individua la causa della resistenza al trattamento nell'«eclisse del Terzo», intesa come la negazione del contesto sociale e dell'insieme dei criteri su cui si basa ogni forma di intervento.

La Comunità Terapeutica è quindi la forma più evidente di inclusione del «Terzo» in quanto offre un contesto sociale in cui vi sono regole ben definite e criteri di convivenza sociale condivisi.

Il gruppo è l'essenza terapeutica della Comunità: al suo interno pazienti e operatori sono coinvolti in una convivenza quotidiana che crea un percorso relazionale, affettivo e simbolico, che tende ad essere un'esperienza correttiva.

Il fattore terapeutico è incentrato sul fare le cose assieme al paziente, gli operatori agiscono e «vivono» con i residenti della struttura: fanno la spesa, puliscono le stanze, pranzano e dormono nella stessa «casa».

La somiglianza che si viene a creare con il sistema familiare permette pertanto al paziente di sperimentare, in un ambiente protetto, le proprie difficoltà personali e di apprendere un nuovo e più sano modello interattivo, tanto da poter migliorare il proprio funzionamento.

È nel sistema-famiglia, infatti, che l'individuo ha la possibilità di crescere, di creare e risolvere conflitti, di assumersi responsabilità e di appagare il suo bisogno di appartenenza.

I pazienti della struttura, solitamente, hanno vissuto in un ambiente familiare frammentato, che non è stato in grado di offrire loro le condizioni essenziali

varchi13.indd 65 22-09-2015 17:18:31

per una sana crescita personale; pertanto, la Comunità diviene il luogo in cui si cerca di offrire al paziente strumenti per ricostruire il proprio Sé.

La multidisciplinarietà dell'équipe di lavoro, formata da persone aventi età, genere, ruoli e personalità differenti, mette a disposizione numerose e differenziate opportunità di relazione, cosa fondamentale al fine di permettere al paziente di sviluppare alleanze, identificazioni e proiezioni che rendono possibile l'osservazione delle dinamiche intrapsichiche ed interpersonali su cui lavorare insieme.

Il gruppo diventa praticamente un teatro in cui rimettere in scena le problematiche del proprio mondo interno con persone nuove per cui è più facile trovare nuove soluzioni a vecchi problemi.

La Comunità, infatti, è molto di più di un palcoscenico adatto alla riattualizzazione e alla riflessione; è un'esperienza interpersonale in cui i comportamenti ansiogeni e disturbanti che ciascuno manifesta sono seguiti dal riconoscimento, e spesso anche dall'assunzione di responsabilità.

Ascolto e accoglienza

La Comunità Terapeutica funziona, fondamentalmente, grazie alla formazione particolare del personale, costituito da psichiatri, infermieri, psicologi ed educatori professionali, che utilizza strumenti terapeutici.

Il primo, fondamentale, strumento terapeutico è l'ascolto: le storie di vita dei pazienti che vengono inseriti in struttura sono colme di dolore che, spesso, è stato reso silente attraverso le generazioni in quanto indicibile o non comunicato. Queste persone non hanno mai sperimentato l'esperienza di essere comprese, pertanto hanno perso la speranza che ciò possa avvenire e mettono in atto comportamenti di ribellione e di autodistruzione che rappresentano, in realtà, tentativi estremi e paradossali di esercitare un controllo sulla propria sofferenza.

Specialmente il paziente adolescente, che si trova a dover affrontare la crisi della costruzione identitaria in un contesto socioculturale che non è più in grado di offrirgli una cornice di senso esistenziale, né uno stato di appartenenza ad un gruppo all'interno della società, tende a mettere in atto condotte a rischio al fine di ricercare limiti mai dati, ribellarsi contro la violenza originata in famiglia e/o nella società e cercare risorse personali che diano un senso alla propria vita.

L'ascolto empatico e l'accoglienza non giudicante sono elementi imprescindibili per poter creare un'alleanza terapeutica, condizione senza la quale ogni tentativo di trattamento è reso vano.

Un altro strumento terapeutico che l'équipe utilizza è, come abbiamo visto, l'osservazione delle dinamiche di gruppo: la riflessione sulle motivazioni che determinano la scelta dei comportamenti dei pazienti, e sulle conseguenze che questi hanno sulla sua vita, è un potente metodo di apprendimento.

Sempre nell'ottica di sfruttare il potenziale terapeutico del gruppo, ma non

varchi13.indd 66 22-09-2015 17:18:31

solo, in Comunità viene dato ampio spazio ad attività di vario genere: dai laboratori pratici di giardinaggio o falegnameria, alle attività ludico-sportive, ai gruppi espressivi di pittura, musica e lavorazione della creta, ai momenti assembleari in cui, insieme e attraverso il confronto, vengono prese decisioni inerenti la vita comunitaria, ai gruppi di parola in cui si affrontano tematiche di interesse comune e vi è uno scambio attivo tra le varie parti in gioco.

L'organizzazione di tali attività gruppali è fondamentale, innanzitutto, per strutturare il tempo in Comunità: i pazienti spesso sono, almeno momentaneamente, esclusi da tutti quei legami sociali che regolano la vita degli individui e ne danno un senso; non hanno grandi impegni formativo-professionali, non hanno relazioni stabili né interessi cui dedicarsi con passione, vivono in una dimensione atemporale che diviene, facilmente, l'abisso in cui perdersi nella propria sofferenza ed acuirla. Tenersi impegnati in varie forme di attività, sublimare le proprie angosce attraverso forme artistiche, avere un obiettivo da raggiungere in un tempo stabilito e vedere, in concreto, il risultato del proprio lavoro, è un intervento terapeutico che consente al paziente di aumentare la sua capacità di concentrazione, di contenere il proprio dolore, di dare un senso alla sua giornata, per quanto apparentemente piccolo e di trovare possibili interessi e risorse personali in grado di aumentare la propria autostima.

I gruppi di parola, soprattutto se comportano un confronto che sia in grado di restituire un feedback al paziente su come viene visto dagli altri, sono utili per contrastare la tendenza al ritiro sociale e a distorcere o negare la realtà.

Le riunioni assembleari permettono al paziente di attivare un senso di responsabilizzazione che è, di per sé, terapeutico: lo scambio di potere nel partecipare al processo decisionale attraverso una comunicazione diretta, che richiede anche la capacità di mediare e comprendere le esigenze altrui, aiuta gli utenti a sviluppare abilità di «coping» e a divenire attori della propria vita e non più soggetti passivi. Il senso di responsabilità del paziente viene sviluppato anche dall'esistenza di regole ben definite cui attenersi che sono, altresì, necessarie per contenerne gli aspetti patologici: maggiore è il grado di regressione e maggiore deve essere il grado di chiarezza sulle regole, nonché il grado di tolleranza. Al fine di attuare interventi terapeutici, infatti, occorre anche molta flessibilità che comporta, tra le altre cose, l'accettazione di comportamenti devianti ed irrazionali che rappresentano la riedizione di sentimenti e comportamenti appresi nel passato in contesti patologici; per comprendere ed elaborare in modo più adeguato tali vissuti è necessario, prima di tutto, accoglierli e tollerarli.

Comunità, famiglia e Istituzioni

In collaborazione con le Istituzioni, si cerca, inoltre, di inserire il paziente in circuiti formativo-professionali volti ad aumentare la sua autonomia e incoraggiarne il reinserimento nel tessuto sociale di riferimento.

varchi13.indd 67 22-09-2015 17:18:31

Una tappa imprescindibile del trattamento, in particolare se si lavora con minori, è costituita dal lavoro con le famiglie, poiché qualsiasi progresso ottenuto sarebbe reso vano se la persona rientrasse all'interno del medesimo sistema che aveva portato allo sviluppo dei disturbi nel paziente designato.

I gruppi di sostegno alla genitorialità sono necessari anche per aumentare il grado di comprensione della malattia e, soprattutto, far sentire la coppia genitoriale, spesso spaventata, meno sola: il confronto tra genitori è utile per mettersi in discussione e sviluppare una rete di supporto atta ad affrontare le difficoltà con maggior forza e consapevolezza.

Un'ulteriore condizione, essenziale per un intervento terapeutico efficace, è la motivazione del soggetto. Quando si tratta di minori tale elemento raramente si verifica: in questa situazione il paradosso della Comunità è che chi vi abita non è in casa propria e, solitamente, non ha scelto in prima persona di risiedervi ma è portatore di una domanda altrui, che sia la famiglia, i Servizi Sociali o il Tribunale dei Minori.

La Comunità, quindi, risponde ad un bisogno sociale che non necessariamente comprende anche quello del paziente; pertanto, gli operatori devono trovare il modo di rendere consapevole il soggetto del proprio bisogno, aiutandolo a capire e a riconoscere la natura della propria condizione di sofferenza.

Se si riesce ad aiutare il ragazzo a staccarsi dalla passività del bisogno e a far nascere in lui il desiderio di affrancarsi da quella condizione di necessità, allora nascerà un'autentica domanda d'aiuto e il processo terapeutico sarà facilitato.

L'esperienza ci ha insegnato che anche per il giovane paziente è fondamentale riuscire ad acquisire la responsabilità di se stesso, anche rispetto all'assunzione della terapia farmacologica, e abbandonare l'atteggiamento passivo di chi, identificandosi con il problema, demanda ad altri la risposta.

Per aiutare il giovane paziente a diventare soggetto attivo del proprio cambiamento, oltre al lavoro di accoglienza è necessario un gran lavoro terapeutico che, spesso però, bisogna dirlo, non ha la possibilità di verificarsi.

La teoria è molto utile se si rispecchia coerentemente nell'organizzazione pratica e se l'organizzazione nella prassi è disponibile a verificarsi costantemente.

Un'esperienza in Comunità

Entrando nel merito della mia (Katiuscia Del Dottore) esperienza personale di educatrice presso una Comunità Terapeutica per minori, posso evidenziare importanti lacune che hanno contribuito ad interrogarmi sul senso del mio lavoro, rinnovando il mio vissuto di frustrazione.

Per tutto il tempo in cui ho lavorato in questa struttura è mancata per gli utenti la figura dello psicologo: nonostante io ed altri colleghi ne avessimo il titolo, non vi erano le concrete possibilità per poter affrontare percorsi di psicote-

varchi13.indd 68 22-09-2015 17:18:31

rapia individuale o di gruppo, tanto che ci era stato espressamente chiesto di non «fare gli psicologi», di non prendere iniziative e di attenerci pedissequamente alle regole stabilite.

Il rapporto, direttivo e sovente conflittuale, che si veniva a creare tra la Direzione e l'equipe curante, era foriero di tensioni all'interno del gruppo degli operatori con conseguenti ripercussioni sullo stato di benessere degli utenti.

Personalmente mi sono trovata spesso a dover fare cose in netto conflitto con il mio ruolo, come perquisizioni agli utenti e alle loro stanze, con il risultato di svolgerle in modo poco efficace, con imbarazzo e difficoltà.

Inoltre, sovente non mi sono sentita tutelata da un sistema che, per problematiche di ordine economico-gestionale, non faceva alcun investimento sulla qualità del servizio pur richiedendo l'organizzazione di attività specifiche, come l'arte terapia o la musicoterapia, aumentando in parte il carico di lavoro degli operatori o rivolgendosi ad altri colleghi con un contratto «a chiamata».

In tal modo si creava un' equipe poco stabile e discontinua offrendo inevitabilmente agli utenti una immagine frammentata, davvero poco utile per «risanare» il loro, già frammentato, mondo interno. Tutto ciò avveniva in una cornice di estrema solitudine in cui il lavoro di rete, necessario per attuare un intervento completo ed efficace per il soggetto, spesso veniva a mancare a causa di una comunicazione troppo sporadica con i Servizi e le Istituzioni, di strategie di intervento non condivise e di una reale mancanza di possibilità di collaborare.

Per fare un esempio di quanto sto riferendo basterà ricordare che la Comunità in cui ho lavorato inizialmente si avvaleva del supporto di alcuni psicologi del Servizio Sanitario che, oltre a partecipare alle riunioni d'équipe portando il loro valido contributo, conducevano regolari gruppi di sostegno rivolti alle famiglie. Con il passare del tempo questa collaborazione è stata interrotta e il lavoro con i familiari non è stato ripristinato in alcun modo, venendo così meno una parte fondamentale dell'intervento terapeutico.

Svolgere un lavoro così difficile e delicato in simili condizioni ha sviluppato in me una grande demotivazione e frustrazione che, talvolta, si traduceva in uno svolgimento automatico e passivo del turno; la motivazione, la passione con la quale avevo iniziato via via andava spegnendosi.

Per tale ragione sono indispensabili le supervisioni di uno psicologo psicoterapeuta, volte ad aiutare gli operatori ad aumentare il loro grado di consapevolezza rispetto alle varie dinamiche, personali e professionali.

Il livello di frustrazione che la tipologia dell'utenza induce dovrebbe essere contrastato dalle iniziative dei responsabili della gestione: se ci sono iniziative atte a curarsi del benessere psicologico degli operatori, anche gli utenti ne avranno giovamento.

È dalla supervisione in gruppo che può diminuire il senso di impotenza e il vissuto di solitudine che, facilmente, ognuno prova in questo lavoro.

varchi13.indd 69 22-09-2015 17:18:31

Penso che una delle maggiori cause delle difficoltà che ho incontrato fosse costituita dallo scarto esistente tra gli obiettivi dichiarati dall'istituzione e il modello di lavoro che la Direzione organizzava.

Se, da un lato, gli operatori cercavano di perseguire gli obiettivi, condividendoli, dall'altro lato la Direzione, attenta all'aspetto economico per garantire la sopravvivenza della struttura, prendeva decisioni che erano francamente di ostacolo al perseguimento degli obiettivi stessi, per esempio, accettando richieste di inserimenti di pazienti aventi disturbi di natura antisociale e comportamentale mentre il gruppo di utenza era caratterizzato, prevalentemente, da persone con disturbi psichiatrici.

Ho così imparato quanto sia importante avere un gruppo di pazienti che sia, quanto più possibile, omogeneo: categorie diagnostiche diverse richiedono approcci differenti per poter rispondere appropriatamente ai bisogni dei singoli utenti. Differente deve poter essere il grado di rigidità delle regole o il grado di presenza nel rapporto individuale ed è difficile seguire un approccio che sia efficace per tutti.

Inoltre, i pazienti psichiatrici, essendo spesso suggestionabili e vulnerabili, tendono o a diventare le «vittime» degli utenti con problemi comportamentali, che hanno la tendenza a delinquere e ad essere aggressivi oppure, affascinati dalla loro esuberante personalità, tendono a «seguirli», sovente iniziando a fare uso di sostanze dal forte, quanto illusorio, potenziale «terapeutico».

Infine, un'utenza antisociale, inserita in una Comunità ubicata in un contesto urbano, dove, per scelta di impostazione terapeutica, non venivano chiusi i cancelli, rappresentava un rischio anche per noi educatori. Capita, così, che qualcuno si trovi, solo in turno, a dover affrontare la forte carica aggressiva di qualche paziente nell'impossibilità di tutelare se stesso, il gruppo dei residenti ed il paziente in questione.

Tale situazione, oltre a provocare un angosciante vissuto di pericolo, sebbene circoscritto ai momenti come quello appena descritto, frequentemente ha causato l'allontanamento di alcuni pazienti con problemi psichiatrici, nonché il fallimento terapeutico con gli utenti con disturbo antisociale di personalità. I migliori risultati, infatti, sono stati raggiunti con pazienti con psicosi schizoaffettiva, psicosi schizofrenica, disturbi ossessivi, disordini di personalità borderline.

Quello che posso affermare con certezza, alla luce della mia esperienza, è che la relazione funge da agente cruciale di cambiamento e rappresenta lo sfondo sul quale il paziente traduce le proprie condotte disturbanti in un linguaggio ricco di significato, vedendo riconosciute le proprie abilità e non solo la propria condizione di malato. Ma riguardo l'aspetto organizzativo del lavoro in Comunità ci sarebbe molto da rivedere.

varchi13.indd 70 22-09-2015 17:18:31

Riflessioni tra pratica, clinica e mezzo sociale

In sociologia il concetto di Comunità viene inteso come il contesto, la rete di relazioni, in cui un individuo viene a trovarsi inserito e viene distinto dal concetto di Società, inteso come un insieme di comunità aggregate da vincoli di interdipendenza culturalmente condivisi e sottoposte ad un comune destino storico.

Di fatto, nella vita quotidiana delle persone, l'una è simbioticamente legata all'altra, tanto che il flusso osmotico tra queste due aeree esperienziali, cioè tra comunità di appartenenza e società di riferimento, può rappresentare quanto di più avvicinabile ci sia alla dimensione di «realtà» percepita dagli individui di un gruppo sociale.

Le società umane, prodotte negli ultimi due secoli di storia, sono state caratterizzate dall'essere radicate geograficamente in un dato territorio e definite temporalmente da una narrazione storiografica. Questi stessi elementi si declinavano sia sul piano materiale che simbolico, andando a strutturare la dimensione collettiva della comunità di riferimento e il conseguente senso di Realtà Condivisa.

Queste società hanno reagito alla spinta capitalistica del secolo scorso, ognuna con un proprio livello di adesività-opposizione, ma tutte, indistintamente, ponendo come «criteri» centrali, generatori di senso individuale e collettivo, i concetti positivistici di «benessere» e di «sviluppo».

Attualmente il modello del «Pensiero Unico» domina la scena del mondo occidentale, sia in Economia che in Politica.

Vari autori ci suggeriscono come il pensiero unico sembri aver fortemente influenzato, modellandola, la dimensione del reale e della Realtà Condivisa, scardinando i sistemi culturali e sociali di appartenenza.

Ma che cosa sta accadendo a tutto ciò che appartiene agli esseri umani ma che fatica ad adattarsi alle esigenti leggi del Mercato, come gli ambiti della salute, delle relazioni e dell'educazione?

Lo sviluppo delle società umane nel corso degli ultimi due secoli di Storia è stato caratterizzato da una forte consensualità dei suoi membri sulla condivisione dei «criteri» da utilizzare per definire il senso di ciò che è reale e sulla condivisione delle regole con cui i singoli membri si presuppone debbano interagire con questa dimensione di Realtà Condivisa.

La condivisione è sempre stata spazialmente e temporalmente definita, essa implica una necessaria contrattazione tra le realtà individuali presenti che interagiscono all'interno di un registro di senso dato da una realtà, per l'appunto, condivisa. È nella condivisione e nel conseguente accadere dell'incontro che si rende possibile la magia della comunicazione. Ma per poter comunicare serve una sufficiente condivisione dei segni utilizzati ed una corrispondenza abbastanza certa tra significato e significante.

varchi13.indd 71 22-09-2015 17:18:31

Altro dato che ci giunge dalla ricerca sociologia più avanzata è l'attuale deterioramento nelle società occidentali dei principali «criteri» dotati di senso e generatori di significato condiviso e al conseguente svuotamento di senso della dimensione collettiva.

Se essenza stessa del processo di globalizzazione è lo scardinamento delle dimensioni di spazio e tempo nell'incontro/scambio tra esseri umani, oggi risalta come, proprio quei vincoli spazio temporali, siano gli stessi utilizzati dagli esseri umani nel percorso della costruzione del senso di realtà, sia a livello individuale che collettivo.

Oggi, allentati pericolosamente quei vincoli spazio-temporali ma anche storico-geografici che definivano la realtà, delimitandola, quali forze plasmeranno il senso di realtà a livello individuale? E saranno tali forze capaci di costruire una realtà di senso condivisa, collettiva e abitabile dagli esseri umani?

Ed è da qui che dovremmo partire per cominciare a fare i conti su che cosa stia succedendo alla Realtà Condivisa, alla dimensione collettiva e al conseguente senso di comunità dell'uomo contemporaneo.

Riprendendo Baudrillard, sembrerebbe che l'unico senso di Realtà Condivisa che è rimasto all'uomo contemporaneo sia quello del Consenso, il quale non implica né la compresenza né la possibilità di accedere ad una dimensione di contrattazione che è quella che, di fatto, permette di costruire un piano di realtà stabile con un significato sufficientemente condiviso.

Il dato che emerge con sufficiente chiarezza è che, senza il vincolo di coabitare uno spazio e un tempo, perdiamo la possibilità di sperimentare la condivisione e perdiamo l'accesso principale alla dimensione collettiva.

Quest'ultima comporta necessariamente una coabitazione umana che riconosca e dia legittimità all'alterità e che, anzi, si metta in affannosa contrattazione con essa, per trarre maggiore soddisfazione per ambo le parti.

Gli autori già citati, di cui abbiamo ripercorso le tracce, concordano sulla necessità di dotarsi di strumenti conoscitivi e pratiche euristiche nuove e pertinenti alla situazione reale, ma ci ricordano che, senza la condivisione, faticosa e spazio-temporalmente definita, non ci resta che il Consenso come accesso alla dimensione collettiva. Il Consenso sembra essere un concetto chiave delle società attuali, anzi, appare il naturale modo in cui esse ci chiedono di interagire con la realtà pre-costituita. Pertanto, dovremo cominciare a riflettere in modo più profondo e collettivo sulla domanda di senso di cui è portatore oggi un adolescente: privato di un mezzo sociale che ne tollera sempre meno il periodo di apprendistato/sperimentazione e lasciato solo a districarsi nel cercare di comprendere la propria reale natura o la natura reale del proprio disagio soggettivo, come dovrebbe interloquire con un mondo adulto che gli chiede non più chi o cosa egli vorrebbe essere o diventare, ma a quale immagine di sé egli scelga di dare il suo consenso.

varchi13.indd 72 22-09-2015 17:18:31

Riflettendo sui parallelismi tra pratica clinica ed analisi sociologica, ci è saltato all'occhio come la medesima confusività di confini/limiti, riscontrata nel mezzo sociale, sia in azione anche nella dimensione psicologica individuale.

Come psicologhe ci piace pensare che sia utile e importante trovare spazi e luoghi dove aprire delle riflessioni per condividere ciò che ci accade e tentarne una comprensione di più ampio respiro che apra ad altri possibili scenari.

Bibliografia

Baudrillard J., *Il sogno della merce,* Milano, Lupetti, 1987.

Bauman Z., *L'etica in un mondo di consumatori,* Roma, Editori Laterza, 2011.

Elmendorf D., Parish M., *Silencing the Messenger*: *The social Dynamics of. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry,* 35 (3), 375-392, 2013.

Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M., (a cura di): *La Comunità Terapeutica tra Mito e Realtà*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998.

Fromm M.G., Trasmission of trauma and treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry,* 34, 445-458, 2006.

Kaes R., Ferruta A., *Malessere sociale e malessere individuale: alleati o nemici?* Firenze, 2013.

Prigogine I., *La fine delle certezze,* Torino, Bollati Boringhieri, 1997.

***Katiuscia Del Dottore,** psicologa, psicoterapeuta, Genova.

***Viviana Leveratto,** psicologa, psicoterapeuta, Genova.

varchi13.indd 73 22-09-2015 17:18:31

RACCONTO ALBANESE
UNA CASA-FAMIGLIA DI TIRANA

di Roberta Marchiò*

«Portami al mare, fammi sognare e dimmi che non vuoi morire» è la frase di una canzone di alcuni anni fa di Patty Pravo che mi ha stimolato alcune riflessioni sull'esperienza da me fatta, nel mese di Luglio del 2013, come volontaria, nelle case famiglia per pazienti psichiatrici a Tirana. Queste strutture sono state realizzate dalla Comunità di S.Egidio in accordo con l'OMS ed il Governo albanese, in particolare con il Ministero della salute, nell'ottica dell'assistenza e della tutela dei più deboli e dei più emarginati. Le case famiglia, due edifici nuovi nel centro della città, sorgono sull'area del vecchio Ospedale Psichiatrico che funzionava come struttura di esclusione ed anche detentiva nei confronti degli oppositori al regime totalitario. Nel 1995 si è iniziato il processo di superamento dell'Ospedale psichiatrico di Tirana con la chiusura di un reparto. Le immagini dei degenti ricordano quelle dei nostri ricoverati prima dell'entrata in vigore della Riforma psichiatrica prevista dalla legge 180: ambienti sporchi, angusti, letti arrugginiti, mancanza di servizi igienici; degenti fortemente denutriti, visi abruttiti e precocemente invecchiati: solo gli occhi di alcuni mostravano un barlume di vita. E proprio scorgendo e raccogliendo la vitalità dello sguardo, i volontari della Comunità hanno iniziato il loro lavoro di recupero e di riabilitazione, investendo sulle capacità e potenzialità che ancora queste persone mantenevano nonostante avessero attraversato la tempesta manicomiale. I pazienti sono sedici, l'età media è di cinquant'anni; la diagnosi prevalente è quella di schizofrenia; seguono i disturbi dell'umore e i disturbi di personalità oltre a due forme gravissime di oligofrenia. Il primo obiettivo è stato quello di «prendersi cura» di queste persone sofferenti. Come diceva Racamier «*prendersi cura dei pazienti psichiatrici significa interessarsi di molte cose pratiche come la salute fisica, di cose che a loro possono sembrare indifferenti come il colore delle pareti, la disposizione degli spazi*». Sono state edificate due belle case che all'occhio del visitatore si presentano pulite, ordinate, con arredi semplici e vivaci. Gli ambienti sono ben suddivisi tra zona giorno e zone notte che consentono una distinzione nell'uso dello spazio rispetto all'alternarsi del tempo, in contrapposizione con l'ambiente dell'ospedale psichiatrico che non distingueva i luoghi dove si dormiva da quelli dove si mangiava, in un perverso contesto indifferenziato. Riorientare i pazienti nello spazio e nel tempo costituisce la base del recupero delle due dimensioni fondamentali della realtà. Osservando la vita all'interno della struttura ho notato come alcune idee di Racamier riguardanti la terapia istituzionale degli schizofrenici trovassero concretizzazione nella pratica operativa quotidiana. Il *maternage,* inteso come insieme

varchi13.indd 74 22-09-2015 17:18:31

di cure materne volto a creare con il paziente una relazione «sufficientemente buona», è attuato dagli operatori (sedici giovani infermieri e un'assistente sociale) nei confronti dei pazienti, cercando di appagare i loro bisogni primari la cui insoddisfazione è una delle cause che non ha consentito un adeguato sviluppo della personalità. Uno dei primi atti in funzione della salute e del benessere dei pazienti è stata la convenzione con il miglior panificio di Tirana perché potessero mangiare qualcosa di buono, sollecitare il gusto ad assaporare il pane appena sfornato, ricevere un buon nutrimento. Inoltre è stata abolita la divisa manicomiale che rendeva tutti simili a prigionieri e vengono indossati abiti propri, puliti, scelti secondo le preferenze personali in modo da riacquisire una propria individualità ed una propria capacità di scelta. Rieducare i cinque sensi significa far riprendere contatto con la vita e oltre al gusto del buono e al profumo del pulito è importante resuscitare il desiderio del bello, di guardare oltre , di stimolare la curiosità per altri ambienti naturali come il mare. Per questo motivo, un gruppo di ospiti sono stati accompagnati per una breve vacanza a Shen Koll, località di mare situata a nord dell'Albania.Tutte le mattine con il pulmino raggiungevamo la spiaggia di Tale e si trascorreva il tempo tra sole, passeggiate e partite a pallone o a carte per i più pigri. B. amava il mare e, lasciate le ciabatte sulla spiaggia, si immergeva velocemente facendosi spruzzare dalla schiuma delle onde; altri erano più diffidenti, guardavano con sospetto quella massa d'acqua e bagnavano solo le estremità. La sera dopo cena, assente la televisione, ci si ritrovava tutti insieme per ascoltare la musica da una vecchia radio o a cantare; una volontaria cantava accompagnandosi con la chitarra. I pazienti generalmente restavano in silenzio. L'ultimo giorno, improvvisamente, dopo che Laura aveva cantato, S. che non diceva mai nulla e sembrava anche poco interessato a quello che accadeva intorno a lui, ha iniziato, in perfetto italiano a cantare «Azzurro» tra la sorpresa e la commozione di tutti. Forse la voce femminile e la musica, simboli della voce primaria, avevano riattivato qualche ricordo legato al mare (azzurro, il colore del mare? ma anche colore del profondo, colore dell'inconscio?) e le parole in una lingua straniera, pronunciate esattamente, erano l'espressione forse di un sogno mai realizzato? O di una conoscenza in tempi remoti con italiani, con la lingua italiana? Un mistero che rimarrà tale, ma che evidenzia come i pazienti che sono definiti cronici siano assolutamente imprevedibili e nei momenti più impensati ci comunichino la loro vitalità e come siano in grado, se li si aiuta, di scongelare le loro emozioni pietrificate e di non morire.

L'esperienza nella casa famiglia di Tirana è un'esperienza che può apparire semplice, comune a quelle di altre realtà realizzate anche molto tempo fa, che si basa poco sulla tecnica e maggiormente sulla qualità delle relazioni umane. Il clima che si respira è quello caloroso, di vicinanza non invasiva che consente ai pazienti una buona qualità della vita.

Cosa mi ha lasciato questa esperienza? Come operatore che da trentacin-

varchi13.indd 75 22-09-2015 17:18:31

que anni lavora in Psichiatria, la soddisfazione di vedere che i principi a cui si è ispirato Basaglia per il superamento dell'ospedale psichiatrico e che per la conseguente riforma sono diventati punti di riferimento culturali per le trasformazioni psichiatriche anche in paesi come l'Albania siano tuttora validi ed efficaci. Prima di tutto il riconoscimento ai malati psichiatrici, considerati da sempre «diversi», della loro dignità umana e dei loro diritti, cioè di essere considerati «persone», promuovendo relazioni basate sul rispetto. L'altro aspetto importante è quello della riconferma dell'importanza del nostro lavoro con i pazienti considerati cronici, consapevoli che la cronicità nella malattia mentale spesso dipende dagli operatori che divengono inerti, per frustrazione o delusione, e non riescono più a vedere i micromovimenti vitali che i pazienti sempre producono e ci comunicano.

Un ultimo aspetto riguarda la specificità di questa casa-famiglia gestita dalla Comunità di S. Egidio. Gli ospiti sono definiti «amici» e queste semplici parole rivelano come la relazione con i pazienti si basi su un naturale scambio paritario di apertura verso l'altro, verso l'accoglienza nei confronti del diverso senza alcun pregiudizio e discriminazione, verso la riparazione della sua sofferenza.

***Roberta Marchiò,** psicologa, psicoterapeuta, ASL 3 Genovese.

varchi13.indd 76 22-09-2015 17:18:31

INCHIESTA:
EDUCARE IN COMUNITA'

di Gabriella Paganini

Qualche cifra

Il 24 marzo 2014, l'assessora alle politiche socio-sanitarie del Comune di Genova Emanuela Fracassi ha fornito alla Commissione Welfare i dati sui minori assistiti dai Servizi nella nostra città, aggiornati al 2013: 7.446 minori, seguiti dagli ATS (Ambiti Territoriali Sociali, ex Distretti) e dall'UCST (Ufficio Cittadini Senza Territorio), di cui 1.484 affidati ai Servizi sociali, cosa che comporta una limitazione consistente della potestà genitoriale, affidata dal giudice, in tutto o in parte, al servizio pubblico. Qualche mese dopo, nella sua relazione alla Commissione Bilancio, ha sottolineato come nella ripartizione dei 36 milioni e 320.000 euro stanziati per i Servizi sociali (la metà circa rispetto al 2008!) un grande capitolo iniziale, pari a quasi un terzo della spesa, è rappresentato dalle strutture residenziali per minori e per madre e bambino. Un impegno analogo a quello illustrato due anni prima, in occasione di un convegno di rilievo nazionale sul tema del disagio minorile, dalle due dirigenti comunali del settore, Anna Bruzzone (settore Promozione sociale e integrazione socio-sanitaria) e Liana Burlando (settore Minori e famiglie, Affido e adozione): «Il lavoro sul disagio minorile è una delle attività più rilevanti di tutto il servizio sociale, che comporta, oltre a una spesa molto elevata, un grande impiego di personale pubblico e del privato sociale. Quasi la metà dei circa 150 assistenti sociali attivi (escludendo cioè gli assenti per aspettativa o per maternità) si dedica ai minori. Mediamente ogni operatore segue 60 – 70 famiglie con uno o più figli. Si arriva così alla cifra di circa 7.000 giovanissimi assistiti, cioè più dell'8 per cento del totale, che si colloca intorno agli 84 mila, dei minori genovesi: un bambino, un ragazzo ogni 12. La Valpolcevera detiene il record con il 13 per cento dei minori seguiti dal servizio sociale: più di uno su 8». L'entità dello sforzo si comprende se si considera che nello stesso periodo solo il 5% (1 su 20) degli anziani, altra categoria particolarmente bisognosa di sostegno nella nostra città, impegna le risorse dell'amministrazione comunale. Mentre altri Comuni hanno optato per una completa delega ai privati del problema, il Comune di Genova, nonostante i forti tagli di risorse, ha mantenuto un'impostazione ad accesso pubblico, pur basata sull'integrazione tra pubblico e privato sociale. Ciò significa che la responsabilità dell'accesso ai servizi, del monitoraggio dei progetti personalizzati, del mantenimento dei contatti con gli altri enti interessati (Asl, Tribunale e Procura minorili, polizia, comunità di accoglienza) spetta agli assistenti sociali, agli psicologi (ormai ridottissimi di numero) e agli educatori professionali del Comune.

varchi13.indd 77 22-09-2015 17:18:31

Pur essendoci stato negli anni un aumento del ricorso all'affido familiare, servizio che nel Comune di Genova è partito nel lontano 1978 (mentre la prima legge nazionale in proposito è del 1983) e che con più di 230 bambini affidati rappresenta un primato in Italia, ancora alto è il numero di inserimenti di minori in comunità, peraltro considerata da tutti gli operatori una soluzione estrema. Sul territorio genovese operano, in regime di accreditamento, 30 strutture residenziali CEA (Comunità Educativa Assistenziale), 8 comunità diurne CED (Comunità Educativa Diurna) e 5 CET (Comunità Educativa Territoriale con una parte di ospiti residenti e una in regime diurno): ciascuna ospita in media 10-12 minori, per ognuno dei quali il Comune corrisponde quote giornaliere che vanno dai 100-105 euro per gli inserimenti residenziali (l'oscillazione è dovuta al grado di «intensità» della struttura determinata dalla gravità dei casi presenti) ai 50 euro per quelli diurni. La quota appare molto alta, ma a detta di tutti i coordinatori che abbiamo incontrato, copre con fatica, e non sempre, le spese che comprendono gli affitti dei locali, gli stipendi del personale e tutto ciò di cui il minore ha bisogno, dalla visita specialistica ai libri scolastici, dal paio di scarpe alla pratica sportiva.

In sintonia con quanto emerge a livello nazionale da un'indagine campionaria del 2011 - promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, realizzata dall'Istituto degli Innocenti di Firenze e pubblicata nel Quaderno 55 del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza curato da Valerio Belotti – anche nella nostra città il motivo più frequente dell'allontanamento del minore dalla famiglia di origine non è più la povertà come un tempo, relegata a motivo concorrente (anche grazie alla L. 184 del 1983, rinnovata dalla L.149 del 2001, che richiede siano disposti interventi di sostegno alle famiglie), ma la inadeguatezza genitoriale; rientra in questa espressione, che appare un po' vaga, tutta la sfera dei comportamenti e delle relazioni all'interno della famiglia non adeguati alla cura dei bisogni di crescita del minore, tra cui sono presenti, anche se in misura contenuta, abusi e maltrattamenti.

Questo corregge un luogo comune da cui ci mettono in guardia anche molti operatori che sottolineano come i minori assistiti siano sempre più portatori di una sofferenza di tipo psicologico o addirittura psichiatrico non sempre legata a situazioni di disagio sociale; non di rado per esempio è la conseguenza di separazioni molto conflittuali dei genitori, anche appartenenti a un ceto medio. E gli stranieri non superano di molto gli italiani: le percentuali medie indicate unanimemente sono circa il 60% contro il 40.

Emergenza vs prevenzione

Altro elemento che rispecchia i dati nazionali è la netta prevalenza di allontanamenti predisposti con provvedimenti di natura giudiziale rispetto a quelli amministrativo-consensuali e la tendenza a intervenire in ritardo, come dimostra

varchi13.indd 78 22-09-2015 17:18:31

la prevalenza di inserimenti tra gli 11 e i 17 anni, quando più compromesse sono le situazioni e più difficile operare con successo per un rientro in famiglia, che è comunque l'obiettivo sostenuto con convinzione da chiunque operi nel settore. Entrambi gli aspetti dimostrano che si lavora prevalentemente sull'emergenza e che la prevenzione rappresenta una sfida per il futuro, ancora da raccogliere con convinzione e risorse adeguate.

A dire il vero a Genova ci sono realtà pensate in una prospettiva di prevenzione e quindi di coinvolgimento delle famiglie: per esempio in ogni Municipio opera un Centro Servizi per Minori e Famiglie, a cui fanno capo una serie di attività sul territorio, da quelle ludiche e di sostegno scolastico dei Centri socio-educativi diurni all'Educativa territoriale o di strada. Quest'ultima, se adeguatamente incentivata, potrebbe avere un importante ruolo preventivo perché vede gli educatori recarsi nei luoghi di ritrovo degli adolescenti per comprenderne i bisogni e per proporre loro modalità alternative di aggregazione. Esiste anche un supporto individualizzato come l'affido educativo, che prevede un educatore che per alcune ore settimanali si occupi del bambino o del ragazzo e può essere svolto anche da volontari. Purtroppo però ci vorrebbe un maggior investimento di idee, risorse e personale per rendere veramente efficaci gli interventi. Monica Susini, assistente sociale dell'ATS 36 di Cornigliano, commenta: «La prevenzione non paga, non dà risultati immediati. L'impegno economico sul sociale, per inserimenti diurni e residenziali, è enorme, ma visibile subito. Per poter ragionare sugli effetti benefici, anche economici, della prevenzione invece vanno messi in conto almeno dieci anni e i dieci anni non vanno d'accordo con tempi di altro genere, dei bilanci, della politica…». «Sono convinta - aggiunge Silvia Malvezzo, assistente sociale dello stesso ATS - che se ci fossero più investimenti, risorse ed elasticità sul diurno, non solo nell'ambito delle comunità, ma anche dell'educativa domiciliare, dei colloqui di sostegno alla genitorialità, che un tempo si facevano in gran numero, dei Centri socio-educativi, si potrebbe fare una prevenzione all'allontanamento più efficace. Una prevenzione che però contempli anche il ruolo delle Asl; l'integrazione socio-sanitaria è essenziale, perché le persone non funzionano a compartimenti stagni, sono un insieme di vari aspetti. Non puoi farle girare da un posto all'altro in base alle diverse esigenze, sono i Servizi che dovrebbero lavorare insieme per lo stesso obiettivo. Ci vorrebbero dei bei tavoli rotondi». Anche Elisabetta Morbiolo, vicepresidente della cooperativa *La comunità*, responsabile della progettazione e coordinatrice del Centro Servizi per minori e famiglie del Municipio Levante, ha idee molto chiare su quale potrebbe essere un buon lavoro di prevenzione: «Ci vorrebbe la possibilità di insegnare ai genitori a fare i genitori, tranquillizzarli, aiutarli a spostare il focus… un posto dove poter chiedere aiuto senza la segnalazione dei Servizi, che può creare un rifiuto. A levante succede anche che, essendo una zona ricca, c'è molta vergogna ad andare in ATS; poi però, ad un certo punto, ci si deve

varchi13.indd 79 22-09-2015 17:18:31

andare per forza, perché magari c'è il figlio che alza le mani sui genitori o quello che a 13 anni punta il coltello contro l'amichetto per rubargli il cellulare, quando lui magari ha l'IPhone in tasca. Mancano anche presìdi per i ragazzi; Genova è piena di spazi in cui sono abbandonati a loro stessi… ci vorrebbe qualche adulto che desse un occhio, altrimenti il rischio è che chi ha bisogno di cavalli per la droga li avvicini col miraggio del guadagno facile. E poi dovrebbe essere incentivata la possibilità di fare educativa di strada che può rigenerare e riqualificare i quartieri. Noi, per esempio, grazie anche al Municipio, abbiamo recentemente fatto un ottimo lavoro di un anno e mezzo nei giardini di via Tanini a Borgoratti, dove da qualche anno c'era un gruppo di ragazzetti naziskin che ne faceva di tutti i colori. Le prime volte sono andati i miei colleghi più giovani con un pallone e hanno proposto loro di giocare; poi non è stato difficile stimolarli a fare delle proposte e sono uscite le cose più assurde, nel senso che stridevano con l'immagine da duro con la sigaretta in bocca che volevano dare di sé: un torneo di burraco, il karaoke… Alla fine abbiamo organizzato un vero e proprio torneo di calcio con la collaborazione del quartiere: le nonne che frequentavano i giardini con i nipotini hanno fatto le torte e i commercianti hanno regalato le merende; per i ragazzini che facevano le scritte con le svastiche abbiamo anche contattato un writer per un corso di murales, occasione per riflettere sul senso dei segni che si usano. Quella zona si è riqualificata».

Una recente iniziativa nella direzione della prevenzione è stata sicuramente l'adesione del Comune di Genova al progetto PIPPI (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione), ideato dall'Università di Padova in concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e avviato all'inizio del 2011: grazie alla partecipazione dei Servizi sociali di 10 città, tra cui la nostra, ha proposto sperimentalmente una modalità di lavoro sociale nuova per l'Italia, consistente nell'offrire a famiglie in grave difficoltà nell'educazione dei figli (100 nuclei nella sperimentazione appena conclusa) la possibilità di collaborare con i Servizi per migliorare la propria situazione e far venir meno così la triste necessità dell'allontanamento dei figli. La partecipazione a questo progetto ha avuto una ricaduta positiva sulla formazione di tanti operatori genovesi, offrendo strumenti teorici e operativi nuovi, pensati in una forma flessibile e aperta al contributo di chi li mette in atto. Principio teorico fondante è la considerazione del minore come incontro di tre elementi: i suoi bisogni di sviluppo, le competenze delle figure parentali per soddisfarli e i fattori familiari e ambientali che possono influenzare la risposta ai bisogni. Il tutto nella prospettiva di progetti costituiti da un numero limitato di obiettivi calibrati nei tempi, misurabili e realistici, accompagnati dalla descrizione degli strumenti per raggiungerli, in modo da facilitarne monitoraggio e valutazione. La sperimentazione ha rivelato come criticità lo scarso coinvolgimento della scuola, mentre l'attività dei gruppi con i genitori partecipanti è stata considerata dagli operatori come il dispositivo con

varchi13.indd 80 22-09-2015 17:18:31

maggiore forza innovativa. Interessante il costo medio di PIPPI al mese per ogni bambino seguito: 600 euro, contro i 3000 circa di una struttura residenziale.

Quest'ultimo dato inevitabilmente alimenta un po' di cinismo nel considerare la possibilità di risparmio come spinta fondamentale a partecipare al progetto; un'ipotesi più benevola può considerare questa sperimentazione come frutto di un virtuoso incontro tra la necessità di tagliare risorse e l'elaborazione di un pensiero da tempo presente, come vedremo, nelle riflessioni di tanti operatori, e forse di qualche illuminato amministratore, che negli anni hanno sentito l'esigenza di un approccio teorico e operativo diverso al mondo del disagio minorile. Sempre più ci si è avvicinati ad un approccio di tipo sistemico-relazionale, nato come modello negli anni '50 negli Stati Uniti con il gruppo di Palo Alto e teso a considerare l'individuo non come una monade isolata, ma come portatore di una storia personale e familiare, di un sistema di relazioni, imprescindibili per qualunque approccio di comprensione e di cura.

Un po' di storia… per orientarsi nel labirinto degli acronimi

Sabrina Canepa, coordinatrice del CEL (Centro di Educazione al Lavoro) *La Torretta* di Cornigliano e dipendente del Consorzio Agorà, e Carola Gallo, coordinatrice della CED *Tepee* nel centro città e dipendente della Cooperativa *La comunità*, con la loro esperienza ultraventennale si propongono in un certo senso come memoria storica dell'evoluzione delle comunità di accoglienza per minori nella realtà genovese. «Per fare una premessa generale, – spiega S. Canepa – la necessità di strutture residenziali laiche nasce dall'esigenza di superare l'unico modello un tempo esistente della comunità di vita di tipo religioso. L'impostazione aveva aspetti positivi, come la continuità educativa, ma l'aspetto più negativo era una progettualità limitata alla carità cristiana, che tendeva a tenere lì a vita i minori, senza alcun lavoro sull'autonomia. Molti di loro, diventati adulti, finivano infatti per restare e fare gli educatori dei più piccoli. La modalità era quella dell'istituzione totale».

Negli anni '80 nasce un pensiero nuovo: parte la Toscana, insieme all'Istituto Innocenti, un centro permanente di ricerca e studio sulle comunità di minori, con un coordinamento nazionale che promuove convegni e corsi di formazione. Sono anni in cui con qualche sporadica organizzazione volontaristica si cerca di superare l'istituzionalizzazione e la mera assistenza, per elaborare un progetto educativo volto ad incrementare le risorse personali dei ragazzi, per metterli in condizione di autorealizzarsi autonomamente. Sono iniziative che hanno le radici in un clima di forte fermento ideale e valoriale che permea tutte le figure impegnate in quegli anni nelle relazioni di aiuto. I valori politici stavano sostituendo quelli religiosi, ma a volte la dedizione era simile, fino talvolta all'annullamento di sé. «Ricordo una collega di Agorà – continua S. Canepa – nata e cresciuta dentro la comunità… non si era sposata… una sorta di suora laica. Ha

varchi13.indd 81 22-09-2015 17:18:31

dedicato tutta la vita ai ragazzi della comunità ed era l'emblema dei vantaggi dei vecchi istituti, per la disponibilità e la capacità di costituire un punto di riferimento caldo, ma anche di tutti i loro limiti, soprattutto dal punto di vista della chiarezza dei ruoli e del mandato. Quando lavori in comunità arriva il momento in cui ti senti dire 'ma ti pagano per volermi bene?'; allora è meglio essere chiari dicendo 'questa è la cosa migliore e più vicina ad una casa che ti possiamo offrire, ma non è la tua casa'. Un sano principio di realtà».

Così negli anni '80 si passa gradualmente ad un sistema di comunità alloggio gestite dal Terzo Settore che secondo il principio di sussidiarietà svolgono una funzione pubblica attraverso un sistema prima di appalto e poi di accreditamento. Sono comunità diversificate per fasce di età, per genere, ma accomunate da alcuni principi di fondo: l'interesse per il progetto educativo finalizzato all'autonomia e quindi «a termine», per un lavoro di rete con altre associazioni in vista dell'integrazione del minore sul territorio e, a differenza dei vecchi istituti, la consapevolezza della necessità di lavorare, dove possibile, con la famiglia. È proprio quest'ultimo però l'aspetto che ha offerto più difficoltà e resistenze e rispetto al quale si sono prodotti negli anni i maggiori cambiamenti. L'esperienza di C. Gallo lo dimostra: «Per tanti anni ho lavorato nella comunità residenziale *Ardini* e per tanto tempo è mancato il pezzo della famiglia. I bambini venivano allontanati, stavano con noi per un periodo e poi tornavano nella stessa situazione di prima. In effetti, non aveva senso. L'entrata della teoria sistemico-relazionale nelle menti degli assistenti sociali e dei Distretti di Genova e un fisiologico ricambio generazionale hanno prodotto un cambiamento di prospettiva. È partito anche il progetto sperimentale PIPPI e questo ha ulteriormente contribuito ad un cambiamento di visuale sulla necessità di lavorare con i genitori e stimolare competenze non viste, non riconosciute. Per me non è stato facile: sono entrata a lavorare in questo settore negli anni '80, in cui si pensava un po' ideologicamente che più il minore veniva allontanato da famiglie così disturbate e meglio era per lui; con i primi bambini della comunità si lavorava in vista di adozioni o affidi familiari. E comunque finché sono rimasta nella comunità residenziale è stato molto difficile pensare ad un lavoro strutturato con le famiglie: noi avevamo contatti settimanali con i genitori, venivano a prendere i figli per il fine settimana, prendevamo il caffè insieme… ma pensavamo che il lavoro sulla famiglia dovessero farlo altre figure, gli educatori del Distretto e gli assistenti sociali».

Da questa nuova prospettiva alcuni anni fa è nata la CED, un tipo di comunità diurna che si caratterizza proprio per una maggior coinvolgimento della famiglia e dei Servizi: «È la prima volta - continua C. Gallo - che il PEI (Piano educativo individualizzato) viene fatto con l'assistente sociale; nella comunità residenziale lo facevamo noi e poi lo mandavamo all'assistente sociale per la firma. La comunità di Varese *La casa davanti al sole*, che è partita da subito coinvolgendo i familiari e con cui abbiamo fatto corsi di formazione, addirittura redige il PEI

varchi13.indd 82 22-09-2015 17:18:31

anche con la famiglia, ma questo per noi è un po' prematuro. Siamo in cammino, magari ci arriveremo. Nelle comunità residenziali invece il PEI è sempre stato centrato essenzialmente sul bambino e la parte piccolissima riservata alla famiglia prevedeva una attività più di osservazione che di collaborazione». In questa prospettiva è stata obbligatoriamente prevista nelle CED la figura dell'educatore della famiglia, che ha la qualifica di mediatore familiare e conduce gli incontri con i genitori. Le linee guida per avere l'accreditamento sono contenute in un documento di osservazione, progettazione e valutazione, in sperimentazione dal gennaio di quest'anno, che i coordinatori delle CED esistenti hanno strutturato insieme con gli assistenti sociali, i responsabili degli ATS e i funzionari del Comune, allo scopo di avviare fin dall'inizio modalità unificate di intervento.

Le CED a Genova sono 8, tutte della Consulta diocesana, tranne *Tepee*. «La comunità diurna – precisa E. Morbiolo con una sfumatura polemica - è un progetto nato quattro o cinque anni fa su spinta della Consulta per sopperire ai tagli del Welfare che avevano nettamente ridimensionato la *mission* dei Centri socio-educativi, ridotti ad una attività pomeridiana di quattro ore, con una spesa di circa 36 euro giornaliere a minore, mentre in precedenza potevano provvedere al pranzo e a volte anche alla cena e lavorare con le famiglie, tanto più che si avvalevano già della presenza dell'educatore della famiglia, anche se non verbalizzata. É rimasta quindi sguarnita una parte di minori che avevano bisogno di interventi un po' più prolungati, ma non quanto quelli di una comunità residenziale. Così il lavoro che con più risorse potevano tranquillamente svolgere i Centri socio-educativi è stato ripensato, dando più spazio all'educatore familiare, dalla Consulta, unica a potersi permettere, avendo la proprietà dei locali, di scommettere su strutture in accreditamento con una retta dimezzata rispetto alle CEA».

Esigenze simili già dal 2003 sono alla base di un nuovo tipo di comunità, la CET, ideata dal consorzio *Agorà* che attualmente gestisce due delle 5 CET presenti sul territorio genovese. Inizialmente erano comunità residenziali, ma aperte, con orari flessibili, progetti brevi finalizzati al rientro in famiglia e la figura dell'educatore familiare. Negli ultimi quattro o cinque anni sono diventate strutture ibride perché hanno inserito 8 posti diurni accanto a 6 residenziali; sono aperte 365 giorni all'anno a differenza delle CED (260) e dei Centri socio-educativi (220). Oltre all'importanza del lavoro con la famiglia, sempre affidato all'educatore familiare, ciò che caratterizza la CET rispetto alla CEA è da sempre il criterio della territorialità, pensato proprio anche per attivare le potenzialità non solo della famiglia in senso stretto, ma dello zio, dell'amico o del vicino di casa, in modo da ridurre il più possibile i tempi di permanenza. Angela Morelli, coordinatrice del *Ponte esclamativo*, una CET ubicata nella sede storica di via S. Luca, così spiega la sfida del progetto: «Quando è nata la CET le assistenti sociali erano molto perplesse perché ci facevano notare che non abbiamo a che fare

varchi13.indd 83 22-09-2015 17:18:32

con le famiglie del «Mulino Bianco». Noi di questo siamo pienamente coscienti, ma riteniamo che anche una famiglia ritenuta totalmente inadeguata possa avere uno spazio di cambiamento. Noi lavoriamo sull'educativa domiciliare, per cui andiamo a casa e cerchiamo di dare un esempio di buone pratiche, anche a livello igienico, sanitario, di gestione del denaro. Siamo stati integrati nel progetto PIPPI e su 10 casi genovesi 3 erano nostri; abbiamo sperimentato l'efficacia di individuare obiettivi molto concreti su cui anche i genitori si sperimentano, con indicatori di valutazione, ma non giudicanti. Lavoriamo con le famiglie sul consenso, e una volta chiarito che non vogliamo tenere il minore fino alla maggiore età, che non c'è provvedimento da loro ritenuto inopportuno che non si possa rovesciare, allora il clima si rasserena».

L'utilità del modello CET è anche quella di permettere una sorta di cerniera tra il dentro e il fuori: «I ragazzi - continua A. Morelli – che sono in osservazione, perché si è in dubbio se proporre loro un percorso in comunità, possono iniziare gradualmente col diurno; spesso poi sono i genitori che, vinte le diffidenze iniziali, chiedono di inserire il figlio in modo stabile e questo agevola molto il lavoro dell'operatore perché può contare sull'atteggiamento collaborativo della famiglia». Inoltre può rivelarsi un paracadute anche rispetto alle dimissioni dal residenziale, perché può offrire una gradualità che permette di curare maggiormente questo momento che è sempre delicato sia per la famiglia, che teme di essere lasciata sola, sia per il ragazzo, che spesso tende a rompere il legame in modo forte alzando molto il suo livello di aggressività, sia per gli operatori che si trovano a fronteggiare un evento che ha a che fare con i loro vissuti di separazione.

Collocare, contenere… ma come educare*?*

Il Pei

Nei Disciplinari di accreditamento il Comune impone una serie di parametri sia per quanto riguarda spazi e servizi che per il personale: numero degli operatori, qualifiche, formazione, supervisioni, ecc. Tra le incombenze fondamentale è la redazione del PEI, il Piano Educativo Personalizzato, elaborato dagli operatori con la collaborazione degli assistenti sociali, che ogni minore deve avere e che deve contenere passaggi obbligati: obiettivi, strumenti, tempi di permanenza, punti di forza della famiglia e del minore, che devono essere per quanto possibile informati del percorso progettato e invitati al confronto su di esso. In generale il PEI è delineato dopo un'osservazione di alcuni mesi sul ragazzo, sulle sue capacità, sul rispetto delle regole di casa, sul suo modo di relazionarsi con la famiglia, con la scuola, con i gruppi amicali, ed è calibrato sulla sua unicità. «Noi fin dall'inizio, ma i primi due anni sono stati difficili, abbiamo sempre usato il criterio 12 pesi 12 misure – spiega Maria Pia Caprini, presidentessa della cooperativa Minerva e coordinatrice dell'omonima CEA aperta nel

varchi13.indd 84 22-09-2015 17:18:32

2010 in via del Commercio a Nervi – per cui ogni ragazzo in base a quello che è, alla sua storia, ai suoi obiettivi, ha obblighi o permessi completamente diversi. Dipende da loro e lo sanno, non fanno più paragoni come all'inizio». «Nessuno recrimina e lo capiscono – conferma A. Morelli - e se chiedono perché uno può uscire e l'altro no si sentono rispondere: perché tu non sai la sua storia e lui non sa la tua. Ognuno ha il suo percorso».

Nelle pieghe della relazione educativa

Dalle indicazioni dei disciplinari e dall'esperienza maturata nascono una serie di idee, obiettivi e comportamenti condivisi da gran parte degli operatori. Questo però non toglie che ogni équipe maturi un suo stile educativo e organizzi a volte interventi specifici che la caratterizzano.

L'idea di fondo è la diversificazione degli obiettivi a seconda dell'età del minore, così sintetizzato da C. Gallo: «Sui bambini si lavora sulla costruzione del sé, sull'accudimento, sul riempire i buchi che magari hanno avuto rispetto alla protezione e alla cura, mentre con gli adolescenti si lavora esclusivamente sull'autonomia, per cui in primo piano ci sono il titolo di studio, il lavoro, la capacità di gestirsi, dalle cose più quotidiane alle più alte».

Detto questo ogni operatore valorizza gli aspetti del lavoro educativo in cui maggiormente si riconosce. Roberto Mancuso, coordinatore di due strutture dell'Antoniano ubicate sulle alture di Sampierdarena, una CEA con minori dai 6 ai 12 anni e una comunità madre-bambino, sottolinea l'importanza dell'autorevolezza e della credibilità dell'educatore come elemento imprescindibile della relazione educativa, imperniata sulla cura di sé, sul rispetto degli altri e dei tempi: «Ci sono i tempi della scuola, del pranzo, del gioco… Ho notato che il fatto di sapere che cosa si fa e mettere delle regole sensate tranquillizza. Ci sono bambini che senza un contenitore è come se andassero alla deriva… da qui l'importanza di scandire il quotidiano, di imporre la frequentazione della scuola. È tranquillizzante per loro anche sapere chi c'è in turno, magari scrivendolo su un cartellone settimana per settimana».

A. Morelli sottolinea la necessità di dare premi o punizioni a patto che sia sempre chiaro il senso: «Quello che si dice sempre qua è che si può sbagliare, l'importante è saper recuperare. Quando li chiamo a colloquio l'importante è che si assumano le loro responsabilità e cerchino di capire il perché del loro comportamento. L'automatismo azione-reazione, misfatto-punizione, non è efficace se non c'è una elaborazione. Si può arrivare anche alla sospensione: a volte li mandiamo a casa per qualche giorno e per rientrare devono dimostrare di aver fatto una riflessione, non è detto che rientrino automaticamente. Ho notato che la scuola è molto in difficoltà su questo fronte, soprattutto gli insegnanti di sostegno temono di perdere con le punizioni l'affetto del ragazzo. Ma se c'è una buona relazione ci può essere il limite. Quando esco di qua e saluto mi saltano

varchi13.indd 85 22-09-2015 17:18:32

tutti addosso… una delle due settimane di vacanza la vogliono fare con me… eppure sono quella che li punisce di più, sospendendo la paghetta, le uscite per un tot di tempo, mandandoli a letto alle 9 di sera».

Matteo Castello, educatore nella CEA *Baobab* di Sampierdarena, gestita dalla cooperativa SABA, definisce il lavoro educativo come «pronto soccorso emotivo»: «È un'espressione uscita durante una supervisione: un po' come un posto in cui i ragazzi possano trovare persone con cui stringere rapporti significativi, per riprendere in mano pezzi della loro vita che, dal caso più complesso al più semplice, è sempre segnata da una forte sofferenza. Un aspetto che mi piace molto del lavoro educativo è che non l'ho mai visto nella prospettiva dello sporcarsi le mani: anche lavare il bagno, preparare colazione e cena, fare la lavatrice credo trasmetta qualcosa. Sa un po' di famiglia, anche se sappiamo benissimo di non essere una famiglia… ma sappiamo anche che circolano dei sentimenti e delle dinamiche che hanno un carattere familiare. Al di là delle diverse idee e dei meccanismi difensivi di ognuno, il lavoro dell'educatore è essenzialmente stringere relazioni, e sono relazioni importanti perché hanno a che fare con una condivisione dell'intimità: stare nello stesso luogo, mangiare insieme, dormire, lavarsi i denti nello stesso posto e chiama in causa aspetti simili alla funzione genitoriale, anche se non siamo genitori». Pronto soccorso emotivo vuole anche dire non lasciarsi andare all'emotività e quindi controllare la gamma dei sentimenti anche negativi che certi comportamenti dei ragazzi stimolano. «Vuol dire rispetto dell'altro anche quando l'altro ti manda a quel paese. Il rimprovero deve essere fatto, ma sempre senza offendere la persona: è molto più efficace riuscire a mettere in parola, magari non subito, quello che avviene».

Carmela Napoli, coordinatrice della stessa struttura, sottolinea i principi che la comunità si è data e che sono alla base del contratto educativo che i ragazzi firmano al loro arrivo: cura, accoglienza, rispetto e condivisione. Sono principi che presumibilmente permeano qualunque comunità, ma la solennità con cui sono stati riportati su un grande tabellone e la frequenza con cui ne viene sottolineata l'imprescindibilità aumentano la loro valenza simbolica e identitaria. «Anche se i ragazzi ci rinfacciano di essere meticolosi, non si può fare a meno di regolamentare tutto. Abbiamo una televisione e tre bagni… ma ci sono regole che siamo disposti ad aggiustare con i ragazzi, lasciando loro uno spazio di contrattazione. Il luogo deputato per questo è la riunione settimanale che facciamo con loro il mercoledì sera; ci teniamo molto ed è il nostro modo di fare gruppo, che si riempie dei contenuti più diversi: o gli educatori comunicano cambiamenti di orari, o vediamo insieme un film, o prendiamo una notizia di cronaca e la commentiamo insieme, o facciamo dei giochi. Cascasse il mondo la riunione si fa e i ragazzi l'aspettano. Abbiamo anche ritualizzato un saluto alla fine, facendo una stella con tutte le dita unite, perché aiuta a sentirsi parte del gruppo. Le prime volte i ragazzi ci guardavano perplessi, mentre adesso se ci

varchi13.indd 86 22-09-2015 17:18:32

distraiamo sono pronti a ricordarcelo. Una specie di cerchio magico». Sul saper fare, C. Napoli, a parte i piccoli compiti quotidiani generalmente assegnati ai ragazzi per farli contribuire all'andamento della casa, non vuole insistere: «Siamo fermamente convinti come équipe che la comunità è molto diversa dal Centro socio-educativo; per questo non tentiamo di riempire tutta la loro giornata. Hanno la scuola, le attività sportive che cerchiamo di far fare sul territorio per evitare che la comunità si riduca ad essere un mondo chiuso, non abbiamo l'urgenza di riempire tutti i loro spazi».

Ci sono anche situazioni che si verificano all'interno delle comunità e che imprevedibilmente si rivelano per i ragazzi una particolare esperienza emotiva, educativamente fertile: si tratta per esempio della compresenza di minori di età molto diversificate o della presenza di ragazze incinte, che di solito difficilmente sono accolte per paura che creino scompiglio proprio dal punto di vista emotivo. In merito al primo caso C. Napoli indica alcuni vantaggi: «Questa convivenza lima i picchi legati alle varie età: gli adolescenti sono inibiti dalla presenza dei piccoli e si limitano nell'alzare la voce nelle liti, nell'usare un linguaggio sconveniente e i bambini sono spinti ad uscire dall'egocentrismo vedendo che ci sono altre 8 persone a cui si deve prestare attenzione. E poi nascono spontaneamente situazioni che rivelano come i più grandi siano colpiti dai bambini in termini di tenerezza: si chiedono per esempio come sia possibile essere in comunità a nove anni, senza rendersi conto di essere poco più grandi e nella stessa situazione, oppure accettano dispetti che, subiti da un coetaneo, scatenerebbero liti furibonde». Sul secondo caso interviene A. M. Caprini. «Siamo riusciti ad offrire un buon accompagnamento ad alcune ragazze incinte, nonostante le critiche dei Servizi che temevano ne nascesse un effetto destabilizzante sul resto del gruppo. Abbiamo invece scoperto che ha un potente effetto anticoncezionale, senza contare la condivisione, la festa per il parto, e lo straordinario abbassamento dell'aggressività. C'era un silenzio surreale. Di solito con 12 ragazze anche nei periodi di calma, senza liti, c'è un gran chiacchiericcio. Invece stavano in silenzio per non svegliare il bambino; anche una che gridava tutto il giorno si era ammutolita e, anche se litigavano, si gridavano di tutto con il solo movimento delle labbra e spontaneamente andavano a fumare fuori. Sono capaci di questo rispetto. Per noi le gravidanze sono state una risorsa, anche perché possono favorire una riconciliazione con l'immagine della maternità, dimostrandoti che anche se sei stata abbandonata, non è detto che tutte le madri agiscano così».

Educare… in cucina

Nella CET *Il ponte esclamativo*, visto il carattere territoriale della struttura, i ragazzi vengono stimolati ad attività al fine di partecipare ad eventi del quartiere, come ad esempio la festa della Maddalena o i mercatini di Natale: sono attività in cui la cucina occupa un ruolo importante, spiegabile anche con il suo

varchi13.indd 87 22-09-2015 17:18:32

grande valore simbolico. A. Morelli racconta: «Con i ragazzi facciamo prodotti come ad esempio biscotti ad offerta libera o contenitori per capsule Nespresso che quest'anno sono andati a ruba. È un modo carino per favorire una loro integrazione, per fargli fare delle cose, per farli andare sul territorio, per vedere come si spendono nelle relazioni. Il guadagno è minimo, ma non ci interessa; ci interessa per dar loro una gratificazione». La cucina è un terreno privilegiato al *Punto esclamativo* per costruire relazioni, anche con i genitori, e occasioni educative : «Fin dall'inizio – continua A. Morelli – abbiamo sperimentato la cooking cet family: una volta al mese viene un genitore a cucinare con il proprio figlio e poi tutti ceniamo insieme, si chiacchiera, si gioca. È importante, perché spesso le mamme non cucinano per i figli, mentre qui notano e sperimentano queste altre modalità. Poi i bambini chiedono che alle loro madri sia data la ricetta di un piatto che hanno apprezzato e ora stiamo strutturando proprio un corso di cucina per le mamme. All'inizio era nata anche una competizione interna, con i ragazzi che gareggiavano a coppie tra loro. Vedendo che l'idea era andata bene abbiamo organizzato il Master Cet, con tanto di mistery box. È piaciuto molto, perché abbiamo strutturato tutto parodiando la nota trasmissione televisiva. La coppia era formata da un ragazzo col suo educatore di riferimento; è stato carinissimo, c'erano i premi per i primi tre e una giuria di tutto rispetto, col proprietario del Gran Ristoro, la pasticcera del bar qua sotto e l'ultima sera è stata divertente perché hanno cucinato i giudici».

Rovesciare il punto di vista… anche cambiando continente

Sperimentarsi in una attività che permetta al minore di relazionarsi con il mondo esterno caratterizza anche il lavoro educativo della CEA Minerva. Essendo una comunità residenziale non ha un mandato territoriale, ma l'idea è stata ambiziosa: aprirsi alla realtà non solo del quartiere, ma del mondo, con un progetto di cooperazione in Africa e uno con l'Associazione Libera di Don Ciotti. L'intento è quello di scommettere sul valore educativo di uno shock culturale che possa produrre un'esperienza significativa in uno spazio breve. La comunità infatti accoglie ragazze dai 12 ai 18 anni e la media del tempo di permanenza è di circa tre anni. «In collaborazione con l'Università, siamo partiti – racconta M. P. Caprini – con una associazione di Alessandria, *L'abbraccio*, che ha un ospedale in Benin. Il progetto, per il quale con molta fatica abbiamo ottenuto l'autorizzazione del Tribunale, ha coinvolto tre ragazze che hanno aderito volontariamente: l'anno scorso si è trattato di un viaggio esplorativo per proporre loro un'esperienza di lavoro all'interno dell'ospedale, ma giunti là ci siamo resi conto che avremmo potuto costruire un progetto in autonomia. Così quest'anno, oltre a questa attività sanitaria che però ha il limite di restare confinata in ospedale, a sua volta incistato in un villaggio senza collegamenti, abbiamo accarezzato l'idea di sostenere lo sviluppo di tutta la comunità: per esempio favorire il fatto che i ragazzi

varchi13.indd 88 22-09-2015 17:18:32

finiscano la scuola senza lavorare, che ci siano formazioni sull'artigianato, favorire la connettività internet e quindi sviluppare la capacità di usare il computer attraverso un'altra ONG che lavora laggiù… L'idea è di trasformare un'esperienza emotiva in un'esperienza di scambio. Quest'anno siamo andati appositamente nel periodo pasquale perché volevamo farle partecipare alla rappresentazione diretta e naturale del sincretismo religioso endemico che c'è lì, dove animisti, cattolici e musulmani festeggiano tutti insieme la Pasqua». Giuseppe Altamura, educatore della comunità, racconta con entusiasmo l'esperienza di lavoro nella boulangerie, un forno realizzato in cooperativa dalle donne del villaggio, in cui si lavora tutto il giorno e la notte per poi vendere il mattino dopo il pane a tutto il villaggio e ai mercati della zona: «Le ragazze si sono inserite collaborando con le donne e proponendo loro di fare la focaccia per il lunedì dell'angelo che per loro è la festa di tutto il villaggio. La cosa ha avuto successo e il giorno dopo ci hanno chiesto altra focaccia. Le ragazze erano entusiaste». Molteplici gli aspetti positivi riscontrati dall'équipe che ha intenzione di continuare in futuro questa iniziativa. Innanzitutto ha stimolato le ragazze a ribaltare il loro elenco di priorità, per cui se qui si pensano come «sfigate», perché è anche l'immagine con cui vengono percepite a scuola e in famiglia, lì sperimentano una prospettiva diversa. Lavorando alla pari con altri volontari, in mezzo a persone che non conoscono la loro storia, si sono sentite al centro di un evento non comune per una ragazza adolescente: hanno attraversato il mare, visto un altro continente, hanno lavorato trattate alla pari. L'effetto su alcune è stato immediato: «Una quindicenne con precedenti di rapina e aggressione ora vede solo l'Africa – sottolinea M. P. Caprini – e un'altra, pur non essendo più in comunità, quest'anno ha voluto ripetere l'esperienza». «Inoltre – aggiunge G. Altamura – al mattino si alzavano alle 7,30-8 senza sveglia, mentre qui le devi torturare; hanno sperimentato come la motivazione produca grande capacità di adattamento e al ritorno abbiamo lavorato su questo, sul fatto che se si vuole si può fare tutto. E poi è stato prezioso il riconoscimento che hanno avuto al ritorno, non solo dalle ragazze della comunità, ma anche dal mondo esterno, la scuola, l'intervista al TG3… Si sono anche sperimentate in relazioni inconsuete per loro: i medici, i volontari, gli africani, ma anche gli italiani che magari vanno lì è poi dopo due giorni non reggono al caldo, ai tempi delle distanze…».

È un'idea di comunità che si struttura intorno ad una iniziativa come questa: «Noi non possiamo risolvere i problemi di ragazze che hanno magari vissuto un inferno in casa per 15 anni – conclude M. P. Caprini - e poi ci vengono inviate qui perché le dimettiamo come nuove. Non può funzionare così. Allora la nostra idea è di proporre stimoli importanti: la comunità deve essere un posto dove tu desideri che ci possa passare tuo figlio che non ha a che fare con gli assistenti sociali. Deve essere un posto interessante, non di mero contenimento, un posto dove ricevere stimoli che possano tradursi in una passione, qualunque

varchi13.indd 89 22-09-2015 17:18:32

essa sia, perché è la strada privilegiata per recuperare progettualità e interesse per il futuro». Ne è ovviamente influenzato anche il modello educativo: questa struttura nasce da una volontà di contenere gli aspetti istituzionalizzanti attraverso la costruzione di una forma di residenzialità leggera e la gestione flessibile delle esigenze. La parola d'ordine è «rovesciamento»: rovesciare le modalità di accesso per cui anziché spendere il classico mese e mezzo per valutare e preparare l'inserimento, si inserisce subito chiunque venga proposto dai Servizi, senza altra limitazione che la disponibilità del posto, dandosi un tempo di tre mesi per valutare la riuscita; rovesciare il rapporto tra libertà e fiducia, per cui anziché aspettare un paio di mesi che la ragazza, posta sotto osservazione, si dimostri degna di fiducia prima di accordargliela, la si lascia subito libera magari di uscire, di tornare a casa il fine settimana… fino a prova contraria. Rovesciare anche il rapporto tra regola e devianza, nel senso di prevedere la devianza e la provocazione come parte integrante del progetto educativo. «Giochiamo sull'autonomia, non sulla regola – conclude A. M. Caprini – e non succede mai che nel momento in cui entra una ragazza in comunità noi, senza che ci sia un esplicito decreto del Tribunale, le sequestriamo il cellulare in attesa di conoscerla meglio. A volte le assistenti sociali ci chiedono delle misure restrittive, ma noi spieghiamo che dietro alle nostre decisioni c'è sempre un pensiero: crediamo fermamente che la libertà, e non la costrizione, sia l'ambiente necessario per maturare qualsiasi tipo di autonomia e senso di responsabilità; non è una scelta di comodo, anzi sarebbe meno faticoso imporre regole rigide».

Quali spazi educativi con i minori stranieri non accompagnati?

Una realtà particolare è rappresentata dai minori stranieri non accompagnati; sono solitamente inseriti nelle stesse comunità che accolgono italiani, come Villa Perla a Pegli o S. Nicolò in centro, ma a Genova, in via Asilo Garbarino, c'è Samarcanda, una CEA con 10-12 posti esclusivamente riservata a loro. Vi sono accolti per scelta ragazzi dai sedici anni in su, che usufruiscono di un permesso umanitario che dura un paio di anni. Walter Bielli, coordinatore della struttura, ben illustra la specificità del contesto educativo: «La differenza sostanziale con le altre comunità è che le altre lavorano per il rientro in famiglia, mentre qui il rientro in famiglia è il fallimento perché vuol dire che non hanno raggiunto i nostri quattro obiettivi: alfabetizzazione, scolarizzazione (terza media per tutti), ricerca di un posto di lavoro e ricerca di un alloggio. Sono obiettivi sacri e inviolabili, doverosi, che ci diamo in accordo con gli assistenti sociali dell'Ufficio Stranieri del Comune di Genova o dell'ATS e che non cambiano sia che il tempo a nostra disposizione sia un anno, due o sei mesi, in base all'età in cui i ragazzi arrivano E poi, parallelamente a questi, ci sono gli obiettivi tipici delle comunità che si occupano di minori, l'autonomia, il rispetto di sé e degli altri, della struttura, e in più la conoscenza del paese in cui sono approdati insieme ad un lavoro sul

varchi13.indd 90 22-09-2015 17:18:32

riconoscere anche i loro usi e costumi. Per gli operatori significa muoversi nel panorama mondiale delle differenze, dall'Albania con il 30% di presenze, al Marocco, alla Tunisia, al Senegal, all'Egitto, al Kosovo e ultimamente alla Nigeria; alla fine è difficile dire che siamo noi quelli che hanno ragione. La sfida più difficile è costruire con questi ragazzi un rapporto di fiducia, da cui poi partire per insegnar loro a rispettare le regole: «È un lavoro durissimo quello sulle regole, perché non le hanno assimilate dalla famiglia originaria. Alcuni padri non hanno mai parlato col figlio se non a botte, con la moglie se non a schiaffi, si ubriacano in continuazione: è ben difficile lavorare perché questi ragazzini recuperino una immagine positiva della figura maschile… alcuni quando ti avvicini per una carezza si scostano per paura delle botte. Senza contare che lavoriamo in una sorta di compressione: a volte i tempi sono così stretti che mentre lavoriamo per l'accoglienza dobbiamo già lavorare per la dimissione».

Nei cinque anni di lavoro come coordinatore W. Bielli ha sperimentato un suo metodo, nella convinzione che certi criteri adottati usualmente con questi ragazzi siano destinati all'insuccesso: le pene pecuniarie, l'espulsione per gravi infrazioni alle regole, l'eccessiva istituzionalizzazione dell'ascolto, il privilegiare, di fronte ad un errore, la colpevolizzazione piuttosto che la risoluzione del problema, senza pensare che ogni mancanza può essere trasformata in una occasione educativa. W. Bielli ne elenca alcuni aspetti: «Innanzitutto, a differenza di altre comunità che sono molto rigide nel fare inserimenti ponderati, noi procediamo all'inserimento immediato. Io non voglio sapere nulla del ragazzo, per evitare pregiudizi. Abbiamo eliminato le punizioni pecuniarie che rischiano di scadere in un automatismo sterile, tenendo separate le cose: lavoriamo sulle loro mancanze sfruttando il terreno della relazione e lasciamo loro i 60 euro mensili che nascono dalla convinzione che una piccola disponibilità economica li metta al riparo da tentazioni poco dignitose o sconvenienti. Noi non espelliamo nessuno, anzi capita che prendiamo ragazzi espulsi da altre comunità: l'espulsione determina una grossa incongruenza, innanzitutto perché, dal momento che gli unici adulti siamo noi, è come affermare che il ragazzo in questione è in una condizione tale che nessuno può occuparsi di lui; in secondo luogo è paradossale che un ragazzo venga espulso con l'accordo dell'assistente sociale dalla stessa struttura precedentemente individuata come adatta all'inserimento: come può non andare in confusione? Come può non pensare che il problema non è in lui, ma nella struttura?.» Essendo la relazione il perno del successo educativo, la convinzione è che debba essere il più possibile disincrostata da sedimenti istituzionali; così da un lato ci si incontra nei momenti deputati (una volta al mese è calendarizzata la riunione di casa dove ci si scambiano informazioni, si analizzano i comportamenti, si ascoltano le lagnanze) e ci si relaziona con il proprio educatore di riferimento sui problemi di carattere amministrativo-burocratico, ma soprattutto si fa in modo che incontri più liberi possano con naturalezza diventare l'occasione

varchi13.indd 91 22-09-2015 17:18:32

per una confidenza, una richiesta di aiuto, la confessione di una paura, di una debolezza… «Io dico sempre ai miei operatori: fate delle cose, invece di invitarli a farle; ogni tanto piantiamo i pomodori, i girasoli, le fragole… non è raro che in questi momenti ti girino intorno e con la scusa di darti una mano ti confidino qualche problema. L'altro giorno ho portato un vecchio tavolo di noce da ristrutturare e mi sono messo a lavorare, dopo un po' ce l'avevo tutti intorno a chiedere gli strumenti per provare anche loro… sono momenti preziosi, che accadono così, senza premeditazione. È come quando ho portato una scatola di Lego e l'ho lasciata lì. Se gli proponi un'attività di gioco la snobbano, ma il giorno dopo ognuno sul suo comodino aveva una piccola costruzione, però di nascosto, perché devi essere forte, adulto. In realtà dietro la corazza ci sono ragazzi spaesati, con un fardello sulle spalle troppo pesante da portare, a cui è stata rubata l'infanzia e a cui si nega l'adolescenza… e bisogna rendergliela tra le pieghe della relazione, con discrezione, trovando il giusto equilibrio tra gli ingredienti dell'intervento».

La salute degli operatori

Formazione, supervisione, équipe: è il trinomio di parole chiave a cui è affidata la salute di chi opera in relazioni di aiuto, in particolare con i minori, che quotidianamente propongono sfide, sollecitano tempeste emotive, investimenti affettivi, difficoltà relazionali. Vari sono i motivi di un possibile burn out, dai più banali ai più complessi: lo scollamento tra aspettative ideali «alte» e le mansioni «basse» come pulire e cucinare legate al rapporto di accudimento; l'eccessivo investimento ideale che spinge a dare troppo senza strumenti adeguati o una permanenza troppo lunga nello stesso servizio, che prosciuga; il senso di frustrazione, specularmente accompagnato dal delirio di onnipotenza di fronte agli insuccessi o alle aspettative deluse. S. Canepa per esempio individua il lavoro con le famiglie, soprattutto dei più piccoli, come terreno insidioso per l'educatore: «Mettiti nei panni dell'educatore di un bambino: lo porti a scuola, gli fai fare i compiti, poi quando si organizza che la mamma può venirlo a prendere il sabato alle cinque e la mamma non viene una, due, tre volte e vedi il bambino attaccato al cancello… quella madre la vorresti prendere per il collo. Io sono diventata coordinatrice al rientro dalla maternità e mi hanno spostato in una comunità alloggio, ma ho detto subito che finché avevo la bimba piccola non avrei potuto lavorare con i bambini. È importante questa consapevolezza e una buona supervisione è un aiuto fondamentale».

A. Morelli sposta l'attenzione sul rapporto con i colleghi come fonte principale degli *scoppiamenti*, a causa delle dinamiche famigliari che tendono a prodursi nel residenziale e per le quali suggerisce un correttivo: tenere sempre separata la sfera privata da quella professionale e cambiare ogni tanto servizio. L'équipe è sicuramente luogo di tormentoni, conflitto, difficoltà. C. Napoli individua l'humus su cui si innestano: «Il primo strumento di lavoro con i minori siamo noi, e

varchi13.indd 92 22-09-2015 17:18:32

in maniera non protetta. I colleghi dei centri di educazione al lavoro per esempio hanno tra sé e i ragazzi oggetti professionali come i laboratori, oggetti didattici, magari artistici; in comunità ci siamo noi e loro, la nostra e la loro vita, per cui gli educatori sono molto sollecitati sul proprio vissuto. A volte tra noi discutiamo a lungo sulle regole da imporre ai ragazzi e ognuno ci mette la propria etica; mentre i bambini sollecitano di più i vissuti emotivi di attaccamento, ma in termini di regolamentazione sono più gestibili, gli adolescenti creano tormentoni. Ne abbiamo alcuni da anni di cui non riusciamo a venire a capo, come il fumo e la sessualità. Si discute se sia opportuno o no farli fumare, ovviamente non in casa ma fuori, e su quanto possiamo entrare su questa cosa; riguardo alla sessualità siamo tutti d'accordo sulla prevenzione, portiamo le ragazzine al consultorio, gli facciamo conoscere il centro giovani ma poi c'è chi ha vedute più larghe e chi più ristrette».

Il problema tipico di ogni équipe – precisa M. Castello – è l'equilibrio che bisogna cercare di mantenere tra la diversità nel modo di proporsi di ogni educatore e la presenza di un pensiero di équipe, fatto di regole condivise e di una necessaria omogeneità educativa. Il rischio è che si producano sbilanciamenti o verso una eccessiva spersonalizzazione delle relazioni o verso la tentazione del battitore libero. Ci si confronta sulle cose più varie, alcune banali come l'utilizzo della lavastoviglie o il tipo di merenda da dare, altre più gravi come le dimissioni». Se l'équipe si delinea come luogo necessariamente problematico è anche considerata da tutti, se coesa e ben coordinata, la principale risorsa e difesa per l'educatore: contiene i sentimenti negativi sollecitati da una data situazione, sostiene nell'elaborazione di emozioni legate al proprio vissuto, aiuta ad affrontare le difficoltà e stabilisce linee comuni che rendono più efficace il lavoro educativo.

Il ruolo del coordinatore è fondamentale per il benessere dell'équipe, sia dal punto di vista del suo funzionamento come gruppo che da quello della serenità dei singoli educatori. W. Bielli spiega il suo modello: «Io lavoro sugli aspetti relazionali e su come affrontare le difficoltà, perché è l'essenza del nostro lavoro. Quando c'è un problema e bisogna intervenire, consiglio sempre di valutare le risorse dell'équipe: 'magari c'è un collega che ha pecche enormi rispetto al vostro sapere, ma che su questo tipo di intervento è più tranquillo, allora mandateci lui'. Non è che tutti sappiamo fare tutto, perché, come si diceva negli anni '60, siamo tutti uguali, tutti operatori. In realtà siamo tutte persone diverse che di mestiere facciamo gli educatori, ma, tolta la maschera dell'educatore, ci portiamo dietro la persona… e il personaggio. Poi nei momenti critici ci scopriamo, usciamo al naturale, non possiamo fingere perché, anche se ci proviamo, le cose passano dal non verbale e i ragazzi le capiscono al volo. Qui come équipe, a parte la supervisione, lavoriamo molto sulle nostre diverse reazioni a ciò che avviene. Cerco di far ragionare i miei colleghi sul perché certe cose creano reazioni di rabbia e

varchi13.indd 93 22-09-2015 17:18:32

disapprovazione, per capire che stiamo ragionando su qualcosa che appartiene a noi e non a ciò che è successo. È difficile, ci lavoro in équipe, ma anche osservandoli quotidianamente, parlando con loro se lo desiderano; ho la possibilità di farlo perché i nostri tempi sono abbastanza dilatati. La relazione tra educatore e ragazzo è un ingranaggio tra due parti e molto spesso gli adulti ne vedono una sola; così capita che la sentano come uno sgarbo nei loro confronti, la vivano con un senso di delusione, di tradimento: 'ho fatto tanto per te e guarda cosa combini' oppure 'abbiamo fatto un bel percorso insieme e all'ultimo ti allontani', senza pensare che l'allontanamento molto spesso può essere banalmente motivato dalla paura di passare da una dimensione protetta a una sconosciuta; e così quando alla fine esplodono può essere che ci stiano dicendo che ci vogliono bene e non vogliono andare via».

Importante è anche l'attenzione alle esigenze personali degli educatori, per far sì che possano lavorare il più serenamente possibile. Al *Ponte esclamativo* gli educatori alla fine di ogni mese scrivono alla coordinatrice quando non desiderano lavorare: «Cerco di fare in modo che si lavori senza preoccupazioni, per cui faccio turni di 5 settimane in base ai desiderata, inserendomi come jolly. I miei educatori riescono ad avere una qualità di vita buona perché sono impegnati tre giorni, poi fanno una notte, una giornata lunga dalle 9 alle 19, una mezza giornata e un'équipe settimanale dalle 9 alle 12».

S. Canepa usa una suggestiva metafora: «Il coordinatore è un direttore d'orchestra che ha davanti maestri che suonano. Devo sentire che la musica c'è, che negli anni c'è qualcosa in più, che la gente ci lavora volentieri, e volentieri ci stanno i ragazzi. Il bravo coordinatore deve avere preparazione e competenza nella gestione del gruppo, saper abbassare il livello di conflittualità e di burn out, ma non deve livellare, non è che tutti devono pensarla allo stesso modo. Il conflitto ci può essere e va riconosciuto, ma ci vuole solidarietà e stima nell'équipe, soprattutto di fronte ai ragazzi».

Anche M. P. Caprini sottolinea l'importanza del rispetto verso chi lavora nella struttura: «Noi non sfruttiamo la precarietà, facciamo contratti a tempo indeterminato, perché la nostra idea è che uno deve entrare qua ed investirci e noi come cooperativa dobbiamo investire su di lui; dobbiamo fare in modo che le otto ore di lavoro siano un'esperienza piacevole e interessante, perché anche le ragazze ne abbiano beneficio. Cerchiamo di avere anche una certa elasticità nel gestire il contratto di lavoro, per andare incontro alle esigenze di ognuno, permettere per esempio di seguire e sviluppare una passione. Lavoriamo anche su una forte condivisione e sulla rimessa in discussione continua del progetto e una volta all'anno ci prendiamo una giornata in cui tutta l'équipe sta insieme per capire che cosa è andato bene e che cosa no».

Accanto alle infinite variabili affidate alle non sempre prevedibili alchimie dell'incontro tra differenti personalità, che hanno nella settimanale riunione di

varchi13.indd 94 22-09-2015 17:18:32

équipe di 3 o 4 ore, prevista in tutte le comunità, un momento di organizzazione e riflessione, vi sono altri due momenti istituzionalizzati e finalizzati al benessere degli operatori, la formazione e la supervisione, obbligatoriamente previste dai disciplinari di accreditamento. La prima riguarda sia la preparazione iniziale, ormai affidata alla facoltà di Scienze della formazione dopo anni di incertezze, sanatorie, corsi regionali ad hoc, sia quella in itinere che ogni équipe annualmente segue scegliendo temi e formatori; la seconda prevede incontri quindicinali o mensili, a seconda dell'équipe, con la guida di un supervisore, che può essere uno psicologo o un educatore, per ragionare insieme sulle difficoltà emerse sia nei confronti dei ragazzi che dei colleghi. «L'abilità del supervisore, che da noi è un educatore-formatore – dice M. Castello – è quella di avere differenti chiavi di lettura: spesso portiamo argomenti, ma può anche verificarsi che non sia la questione centrale. In genere portiamo questioni relative a qualche caso e al rapporto con i ragazzi e lui spesso ci stimola a trovare soluzioni creative. A volte ci sono dinamiche legate al lavoro di équipe: il nostro è un lavoro molto delicato e ci stimola molto nel rapporto con i colleghi, rapporto che impone di andare nella stessa direzione». Secondo A. Morelli se ci sono dinamiche di équipe è meglio arrivarci partendo dai casi: « L'équipe spesso ha paura del conflitto, a volte invece c'è un livello di conflittualità molto alto: in entrambi i casi se si affrontano le dinamiche direttamente non si arriva a niente, mentre partendo dal caso, se c'è qualcosa esce». Nella comunità dell'Antoniano è stato scelto uno psicologo e nelle riunioni a rotazione si presentano tutti i casi degli otto bambini: «È utile – sostiene R. Mancuso – perché ne emerge un'immagine generale di quello che sta succedendo, una lettura che il supervisore presuppone sia il mondo interno dei bambini e in base alla quale dà suggerimenti operativi che le educatrici mettono in atto, riportando poi nella riunione successiva risultati e osservazioni». Anche nella CED *Tepee* si parte dai casi o da situazioni problematiche: «Decidiamo di che cosa parlare nell'ultima riunione di équipe prima della supervisione; ogni tanto c'è anche il focus sul gruppo, sui rapporti tra di noi, lasciando da parte bambini e genitori. Adesso abbiamo un educatore-formatore che ha fatto i suoi bei tirocini anche di osservazione psicologica e ci porta contributi utili, mentre come cooperativa siamo nati con un approccio più psicoanalitico con psicologi o psicoterapeuti. Io ho tratto giovamento da tutte e due le prospettive, non ce n'è una migliore dell'altra, dipende da come è il gruppo in quel momento».

La rete

Il minore inserito in comunità è il centro nevralgico di una serie di azioni e relazioni proiettate anche all'esterno, i cui poli principali sono innanzitutto la famiglia e poi i Servizi sociali, i giudici, le ASL. Tutti gli operatori riconoscono l'importanza di mettere in comunicazione proficua i vari ambiti, ma tutti lamentano su questo fronte ritardi, incongruenze, criticità.

varchi13.indd 95 22-09-2015 17:18:32

La famiglia

L'apertura al coinvolgimento della famiglia impone agli operatori di dotarsi di un bagaglio di strumenti teorici per agire con efficacia e al tempo stesso affrontare quotidianamente tutte le difficoltà legate alla costruzione di un rapporto di fiducia con chi, esautorato nel suo ruolo spesso da un giudice, non può che provare ostilità. È facile capire come la chiarezza di alcuni principi che tutti gli operatori condividono si scontri nella pratica quotidiana con i turbini emotivi scatenati dall'incontro-scontro tra due ruoli che tendono a sovrapporsi. Senza contare che ci sono casi in cui il contatto del minore con la famiglia è impedito da un provvedimento giudiziario o regolamentato dal giudice, con incontri protetti in presenza degli assistenti sociali.

Le stella polare fondamentale riguarda la necessità di mantenere una posizione non giudicante nei confronti della famiglia, che ha una ricaduta positiva anche nella relazione educativa con il minore: «Ai ragazzi – racconta C. Napoli – lo diciamo sempre: inciampi ce ne possono essere per chiunque, ma questi sono i tuoi genitori, bella o brutta questa è la tua famiglia. Tu vieni da lì e il mio compito è di aiutarti ad elaborare strategie di comprensione e accettazione. Qui sei accolto, è un posto tuo, ma a poco a poco bisogna chiedersi perché sei qui. Ti aiuto a capire, ma non voglio fare la parte di chi è capace e insegna a qualcuno che non lo è; partiamo sempre dal riconoscimento dei ruoli, nessuno si sognerebbe di travalicarli. Partiamo sempre con l'aprire la porta e invitare i genitori a venire qui… è il primo passo per lavorare con loro; poi i modi sono diversi perché diverse sono le famiglie: ci sono genitori con cui facciamo colloqui in cucina davanti ad un caffè, altri che necessitano di setting più strutturati, magari in ATS in presenza degli assistenti sociali. Con ognuno ci inventiamo un modus operandi». E. Morbiolo è convinta che la rivoluzione copernicana dalla posizione giudicante a quella accogliente e paritaria nei Servizi non sia ancora compiuta: «Credo che uno non se ne accorga neanche: lavorare con le famiglie è faticoso ed è molto più semplice dire che cosa si deve fare, piuttosto che riunirsi intorno ad un tavolo e vedere come affrontare insieme il problema. Il passo ulteriore è lavorare non sulla famiglia, ma con la famiglia». Dal dire al fare però… Anche quando la situazione sembrerebbe ottimale, perché il genitore è presente, abita vicino e ha la patria potestà, non sono rari gli scontri che derivano dal dover prendere qualche decisione sul ragazzo. «Una questione sempre delicata – dice C. Napoli – è la salute. Noi pensiamo che un bambino stia bene e lo portiamo ad un controllo dal nostro pediatra che fa una valutazione; il genitore invece ha la sensazione che non stia bene e allora lo porta da un pediatra privato che prescrive degli esami… e allora inizia un balletto su chi decide che cosa. Noi cerchiamo sempre il dialogo, evitiamo di contrapporci: la signora pensa che questi esami siano importanti? Allora facciamoli insieme. Sugli adolescenti nascono altri problemi: noi mettiamo tanti paletti e se un ragazzo vuole farsi 8 piercing

varchi13.indd 96 22-09-2015 17:18:32

diciamo no e magari la mamma dice sì; sulla scelta delle scuole superiori capita che noi diamo indicazioni che i genitori non approvano… Noi rappresentiamo per i genitori dei fantastici capri espiatori su cui scaricare eventuali insuccessi ed è un ruolo che ci prendiamo consapevolmente sulle spalle: abbiamo la nostra professionalità che ci protegge e ci rende capaci di non entrare in conflitto con loro, di non far mai percepire loro il pericolo che qualcuno li possa sostituire. Per questo cerchiamo di mantenere i ruoli distinti anche formalmente con la scelta di darci sempre del lei e di studiare a tavolino strategie di comunicazione che possono sembrare spontanee, ma non lo sono; è un modo per evitare confusioni o tentazioni di alleanze manipolatorie».

Alla CEA Minerva la coordinatrice e una collega forniscono alle famiglie che vogliono collaborare un sostegno alla genitorialità: «Si tratta – spiega M. P. Caprini – di colloqui con i genitori che possono estendersi alla ragazzina quando ci sono le condizioni e anche ad altre figure come nonni, zii, amici di famiglia. Lavoriamo su alcuni indicatori, come la capacità di accudimento, di ascolto e di sostegno della figlia in difficoltà, di moderazione dei conflitti… Spesso il disagio della figlia nasce proprio dall'alto grado di conflittualità tra genitori separati e lavoriamo innanzitutto per abbassare l'aggressività, perché solo così si rialza la lente che permette di vedere le proprie competenze genitoriali, come è successo recentemente ad una coppia che è riuscita a riappropriarsi del proprio ruolo e a fare muro dicendo dei no alla figlia».

C. Gallo racconta un caso analogo, con la differenza che le comunità diurne hanno obbligatoriamente in organico un educatore della famiglia, che a *Tepee* è integrato nei turni e del quale ci illustra la modalità di lavoro: « Oltre agli incontri mensili in cui vediamo i genitori o singolarmente o in coppia, abbiamo istituito il momento della cena con tutti i genitori e i ragazzi, seguita da una riunione condotta dall'educatore familiare e riservata agli adulti: le prime sono di conoscenza e poi a tema. L'educatore, dopo avere spiegato a me e all'educatore che a turno è presente come intende procedere e con quali obiettivi, scrive una parola o legge un brano o propone una canzone e poi si parte… Ci sono stati momenti di forte emozione come nel caso di una madre venduta al marito e da lui violentata il giorno delle nozze, che ascoltando la canzone di Jovanotti *Per te* che parla di cura, di protezione, di affetto, non ha retto e se ne è andata, creando una situazione difficile da gestire anche con gli altri; oppure ci sono stati momenti di *outing* come quello in cui un padre ha ammesso di avere finalmente visto suo figlio come vittima della forte conflittualità con la moglie, usando l'immagine di un bambino in mezzo a due che urlano. Questa presa di coscienza ha permesso di cominciare a sanare una situazione di fortissimo disagio del bambino che, per farsi vedere, aveva messo in atto a sua volta atteggiamenti di incontenibile aggressività, tanto da cambiare tre scuole in tre anni».

varchi13.indd 97 22-09-2015 17:18:32

La rete dei servizi

Quella tra comunità, Tribunale e ATS è la prima triangolazione che si attiva nel momento dell'inserimento del minore. Gli assistenti sociali degli ATS emergono come la categoria maggiormente in sofferenza della rete. La scure dei tagli li ha privati di risorse, sovraccaricati di lavoro, costretti a lavorare soprattutto sull'emergenza: «Arrivano sempre più segnalazioni, sia direttamente al nostro segretariato che dai tribunali sia ordinario che minorile – lamentano S. Malvezzo e M. Susini – ed è anche cambiata l'utenza perché arrivano casi sempre più problematici, tanti portatori di sofferenza psichiatrica, con cui fanno fatica a lavorare anche le comunità educative residenziali». «L'eccesso di lavoro – precisa S. Malvezzo – non dà il tempo di mettere la testa sui casi che arrivano, di lavorare come facevamo un tempo con più persone, potersi confrontare, ragionare, chiedere consulenze.» Questo aspetto è ben presente anche nella percezione degli operatori delle comunità, che anche quando lamentano lo scarso coinvolgimento di qualche assistente sociale, che appare soprattutto preoccupato di collocare il minore in qualche modo, aggiungono subito a sua discolpa l'eccessivo carico di lavoro. Se questo è il problema principale, a completare il disagio si aggiungono le complicazioni burocratiche, per esempio nei rapporti con il Tribunale minorile e con quello ordinario: « Per le richieste di affidamento per genitori non coniugati due o tre anni fa le competenze sono passate al tribunale ordinario, quindi ormai in automatico dove ci sono separazioni anche leggermente conflittuali viene chiesto al Servizio di fare valutazioni, indagini, richieste di supporto psicologico. Arrivano richieste un po' sopra le righe: hanno ancora poca esperienza e per togliersi da tutto… Sono anche poco informati sulle nostre capacità, perché da poco hanno scoperto che la parte psicologica compete alla Asl. Stanno imparando, ma i giudici spesso cambiano, non sempre sono aggiornati e comunque le loro richieste complicano le cose perché spesso ci troviamo con ragazzini affidati, ma senza un interlocutore, perché il tribunale, concluso l'iter della separazione e stabilito l'affidamento, sparisce. Questo è un problema, perché dietro le separazioni spesso emergono altri problemi su cui sarebbe necessario lavorare in un certo modo: ma se la famiglia è sfuggente noi non abbiamo un potere coercitivo, mentre l'intervento di un giudice potrebbe sia tranquillizzarla, sia magari spaventarla, ma in modo costruttivo spingendola a collaborare. A quel punto ripartiamo da zero e ci rivolgiamo al tribunale dei minori con cui abbiamo modalità di rapporti collaudate nel tempo (relazioni periodiche, telefonate, mail), ma dobbiamo riprendere daccapo la pratica perché i due tribunali non si parlano; senza contare che a volte, nel caso ad esempio del mancato pagamento degli alimenti, entra in gioco anche il penale e così abbiamo tre isole con competenze diverse con cui bisogna rapportarsi, ma che non sono in contatto tra loro». La maggiore gravità dei casi determina anche problemi con le comunità per il loro inserimento: si tratta di adolescenti con problemi anche psichiatrici o

varchi13.indd 98 22-09-2015 17:18:32

psicologici gravi, rivelati da atteggiamenti aggressivi, abbandono scolastico, che però non hanno una diagnosi. Non sono ancora da comunità psichiatrica, ma per le comunità educative o sono troppo grandi o troppo problematici per il gruppo, o si aggiungono ad altre presenze problematiche, creando situazioni ingestibili. Così si cerca fuori Genova, in Piemonte o in Lombardia, anche se il Comune cerca di scoraggiare questa soluzione per evitare le trasferte degli operatori; *La Cascina*, *La Lomellina* sono alcuni nomi, in provincia di Pavia. « Alla Cascina – spiega Luisa Corsi, educatrice dell'ATS 36 - hanno una vera e propria cascina, hanno molti animali con cui fanno PET terapy, fanno fare ai ragazzi un corso di addestratori per cui ogni ragazzo si occupa di un cane, lo porta fuori; non va bene per tutti, anche loro hanno le loro difficoltà, ma in un contesto in cui gli spazi sono ampi e ci sono più possibilità, anche progetti con servizi collaterali e tanta collaborazione con le Asl… Qui invece le comunità sono spesso degli appartamenti, dove cerchi di fare di tutto per tenere i ragazzi lontano da occasioni di disagio e poi magari esci e sotto il portone trovi lo spacciatore». Problematici sono anche gli inserimenti in emergenza: poche comunità li prevedono e tra queste la Minerva, compatibilmente ovviamente con la disponibilità di posti letto. «Bisogna attrezzare prima di tutto la testa per l'emergenza, per diventare più elastici - esordisce A. M. Caprini – perché magari ti telefonano alle due di notte perché hanno trovato la minore in stazione strafatta e te la portano, oppure hanno una ragazzina uscita dal carcere con il provvedimento di messa alla prova e non sanno che farne». G. Altamura spiega il loro modello: «L'elasticità dell'educatore è data dall'essere preparato ad accogliere in modo adeguato la ragazza, magari anche con un kit per l'emergenza che comprenda lenzuola pulite, mutandine, spazzolino da denti, asciugamano; poi il giorno dopo bisogna chiamare quello che sa la lingua se è straniera, trovarle qualcosa da fare; è adrenalinica la situazione, da un lato vuoi comunicare tranquillità e dall'altra devi saperti gestire la velocità e le reazioni del gruppo delle altre ragazze». C. Napoli avanza invece alcune perplessità: «Sul problema dell'emergenza ho chiesto un incontro con la direzione delle Politiche sociali: va gestita, altrimenti salta tutto il sistema. Gli adolescenti, quando arrivano in emergenza, sono delle bombe innescate. Adesso stiamo cercando di creare un protocollo in termini di età, situazioni, non per scegliere, ma ci sono strutture come Villa Canepa che è interamente pensata sull'emergenza, mentre questa è una casa in cui vivono 10 persone, per cui gli inserimenti notturni con la polizia li sto osteggiando perché abbiamo bambini che si alzano in pigiama e restano impressionati. E poi questi ragazzi sono raccattati per le strade e non sappiamo in che condizioni arrivano. La proposta che farò è quella di usare una stanza che abbiamo per creare due posti di accoglienza in emergenza per i bambini, perché sul territorio una specificità di questo tipo non c'è. E questo in una situazione chiara di accoglienza, con dei parametri, in modo che tutte le assistenti sociali siano informate».

varchi13.indd 99 22-09-2015 17:18:32

Il rapporto degli assistenti sociali con educatori e coordinatori delle comunità è cambiato nel corso degli anni. «Quando ho iniziato a lavorare – ricorda E. Morbiolo – la famiglia era gestita essenzialmente dagli assistenti sociali ed era già tanto se ti invitavano a partecipare alle riunioni; volevano essere protagonisti del cambiamento, lasciando gli educatori ai margini. Eravamo due mondi separati.» C. Napoli rievoca il momento del suo arrivo a Genova e lo stupore per le modalità della comunicazione tra questi due mondi: «L'assistente sociale ti dava del tu e noi del lei; la cosa mi aveva colpito. Allora si sentivano al di sopra, ma negli anni ci si è sempre di più riconosciuti professionalmente. D'altronde noi in struttura ce lo siamo sempre molto detto: non siamo baby sitter dei ragazzini, partecipiamo ad un progetto, lo scriviamo… ormai su questo c'è riconoscimento». Sia nella comunità residenziale che, con un maggiore coinvolgimento dei servizi, in quella diurna il progetto educativo viene infatti condiviso anche dall'assistente sociale, con verifiche periodiche concordate che consistono in incontri con il coordinatore della struttura, l'educatore di riferimento, a volte anche i genitori, gli insegnanti e gli operatori della ASL a seconda del progetto.

Questi rapporti sono comunque molto caratterizzati dalla relazione di fiducia che si forma nel tempo tra singole persone, e questa è una percezione che emerge da ambo le parti. «Dipende dalle persone» è frase ricorrente; è per conoscenza che l'assistente sociale che agisce in emergenza ed ha come unico pensiero dove poter collocare il minore chiama un coordinatore piuttosto che un altro. «La cosa negativa di cui io parlo da anni – dichiara C. Napoli - è che non esiste un ufficio centrale che gestisca le comunità. In altre regioni c'è: quando l'assistente sociale ha un minore da inserire, chiama questo ufficio, segnala il minore e la sua situazione, l'ufficio conosce la condizione dei posti, dei tipi di comunità, la mission della struttura, la conformazione del gruppo ragazzi e si può fare un certo tipo di valutazione, anche se le valutazioni su carta possono avere i loro limiti... Siccome questo ufficio non c'è, l'accesso è diretto e l'assistente sociale con il bambino in Questura deve chiamare tutte le comunità, cominciando da quelle che conosce meglio, per sapere chi ha un posto».

Un'altra nota dolente evidenziata sia dai Servizi sociali che dagli operatori delle comunità è la frattura che alla fine degli anni '90 si è consumata tra l'area sociale e quella sanitaria. «Fino al 1997 – spiega S. Malvezzo non senza rimpianto – le funzioni sociali erano affidate alle Asl, per cui noi, in questa stessa villa, avevamo la Asl e il Comune, tutto il consultorio. Potevamo lavorare su un caso in équipe veramente multidisciplinari, con la ginecologa, la psicologa, la neuropsichiatra, la logopedista. Era molto più facile prendere in carico qualcuno. Poi il Comune ha ripreso le funzioni sociali e sono arrivati gli psicologi in convenzione, e comunque si riusciva a lavorare perché lo psicologo era il tuo compagno di scrivania. Oggi non ci sono più psicologi in convenzione e i pochi che sono rimasti sono dipendenti comunali, ma non hanno più la stessa fun-

varchi13.indd 100 22-09-2015 17:18:32

zione, lavorano su progetti, sui casi meno compromessi, fanno interventi un po' a spot, di osservazione, ma senza affiancamento. Questo perché il Comune nel 2010 ha ridato alla Asl questa funzione del supporto psicologico, considerandola una funzione sanitaria. La Asl fa il suo concorso e assume uno psicologo per ATS, facendo dei conti sul monte ore da attribuirgli in base al numero dei casi. Noi per il nostro territorio Sestri-Cornigliano ne abbiamo 19, contro le 140 che avevamo prima. È facile capire come in queste condizioni, con i casi sempre più gravi che arrivano, un lavoro di questo tipo sia difficile e poco gratificante, tant'è vero che appena possono se ne vanno e siamo già al quarto cambiamento. In più la psicologa è in Asl a Sestri e questo implica uno spostamento. Il suo lavoro è completamente cambiato: in quattro o cinque incontri fa una valutazione sia sui minori che sul sostegno alla genitorialità, produce una relazione di inquadramento solitamente trasmessa a noi e al tribunale, e poi la presa in carico viene eventualmente demandata ad altri loro colleghi. Ma la lista di attesa per la psicoterapia in consultorio prevede tre anni».

Speculare la critica da parte delle comunità: «Noi abbiamo iniziato con i servizi integrati – dice C. Gallo – e poi c'è stata una separazione netta tra il sociale e il sanitario. Adesso un funzionario della ASL e uno del Comune fanno da collegamento per situazioni che hanno bisogno di essere viste da entrambe le prospettive, ma è una cosa veramente farraginosa e complicata. Vengono fatti i cosiddetti UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) in cui ci si vede in un numero enorme perché intervengono tutti gli operatori che seguono il caso, dell'ATS, del consultorio, del Comune, i coordinatori delle comunità coinvolte che possono essere più di uno perché magari ospitano i fratelli del minore in oggetto… uno spreco di energie. Se ci si tenesse in contatto prima, non ci sarebbe bisogno di arrivare a questi tavoli dove non ci si conosce e non si sa nulla del lavoro fatto dagli altri». «Se ci sono problemi – aggiunge S. Canepa – tendenzialmente i ragazzi vanno in ASL. Ma tutto funziona sul personale, per cui se io ho una brava assistente sociale, di quelle che si attaccano al telefono e al computer e triangola col tribunale finché il consultorio risponde, e dall'altra parte c'è una psicologa capace e disponibile ci si parla, altrimenti… non c'è nulla di strutturato e nulla che imponga questo dialogo».

Il problema del carente supporto psicologico è sentito da tutti gli operatori e ogni comunità si arrangia come può: c'è chi come M. P. Caprini ha inserito due psicologhe in organico e le paga risparmiando sulla parte amministrativa; c'è chi come A. Morelli, temendo di dare alla comunità una veste terapeutica, paga psicoterapeuti privati disposti a contenere il prezzo per i ragazzi che ne hanno bisogno; c'è infine chi, come C. Napoli, si appoggia al consultorio contando sulla disponibilità di psicologi particolarmente illuminati che, anche se non potrebbero, dopo gli incontri di valutazione continuano a seguire il ragazzo per un po' di tempo.

varchi13.indd 101 22-09-2015 17:18:33

Il Municipio Levante offre un esempio virtuoso di efficace collegamento di rete tra servizi, la cosiddetta Commissione mista Centro Servizi minori e famiglie, che esiste da una decina di anni. E. Morbiolo ne spiega il funzionamento: «Nella Commissione c'è un'integrazione tra pubblico e privato perché ci sono io che coordino il centro Servizi, la coordinatrice dell'ATS, i coordinatori di tutti i servizi del territorio e il responsabile all'interno dell'ATS di quel tipo di servizi. È il luogo in cui si fa progettazione sul territorio, si analizzano i bisogni emergenti e le possibili risposte, si discute della flessibilità dei servizi e si condividono i casi, perché magari ci sono bambini che passano da un servizio all'altro, sono conosciuti dall'educativa territoriale e questo è il posto in cui i referenti possono scambiarsi pareri, in cui arrivano le schede di segnalazione dell'ATS e dei servizi a bassa soglia del territorio e tutti insieme si pensa qual è il progetto migliore per il minore. Vi partecipa anche il Consultorio, SCAC (Struttura Complessa Assistenza Consultoriale) secondo l'attuale acronimo, e, unico caso nel panorama dei Municipi, è aperta anche alle due comunità diurne presenti sul territorio che altrove non rientrano nel Centro servizi».

Ancora fragile è il collegamento con le scuole: «Varia da scuola a scuola – continua E. Morbiolo – io ho lavorato tanti anni in Centro-est e trovavo un po' schizofrenico il fatto di avere famiglie con padre alcolista, madre prostituta, frigo vuoto e bambini che arrivavano con i lividi, dove il bambino più grande era stato segnalato e il più piccolo, che frequentava un'altra scuola, no. C'è difficoltà a prendersi la responsabilità di fare segnalazioni… dipende dai presidi, dagli insegnanti, dalla rigidità o flessibilità nel far uscire e fare attività utili. Esistono a livello territoriale dei gruppi GTI (Gruppo Territoriale Interistituzionale) che lavorano su maltrattamenti e abusi, di cui fanno parte i coordinatori dei centri servizi, gli operatori e gli insegnanti di ogni ordine e grado, Però, anche lì, a volte la burocrazia impedisce di partecipare per questioni di ore di recupero…».

Valutazione, autovalutazione, controlli

Il Comune che accredita le comunità stabilisce degli standard di qualità su cui poi vengono eseguiti i controlli, anche a sorpresa: riguardano i locali, sia dal punto di vista strutturale che igienico, il personale (il livello professionale, i corsi di formazione frequentati, il tipo di contratto, i giorni di riposo garantiti, i tempi di riunione e supervisione), i ragazzi (PEI, documentazione personale, relazioni), il tipo di Carta di Servizio e di regolamento interno. A sentire i coordinatori sembra piuttosto un controllo quantitativo che qualitativo sugli effettivi risultati raggiunti dall'azione educativa. Sul fronte qualitativo funziona meglio l'autovalutazione, nel senso che aiuta l'équipe a capire che cosa ha o non ha funzionato; lo stesso PEI può diventare il mezzo privilegiato per questa verifica. «Il nostro PEI - precisa S. Canepa – è uno schema che riporta obiettivi, strumenti, metodi, tempi, indicatori e risultato. Se il risultato non c'è, io posso andare a ritroso e

varchi13.indd 102 22-09-2015 17:18:33

vedere che cosa non va. Certamente bisogna fare attenzione a come indico gli obiettivi. Se metto come obiettivo l'autonomia come faccio a valutarla? Certamente l'autonomia è la finalità di base, anzi preferirei parlare di indipendenza perché per una autonomia emotiva ci vogliono magari 20 anni di analisi; ma mi devo porre degli obiettivi verificabili, con il loro corredo di indicatori, è una cosa quasi matematica, e devono essere anche calibrati sul senso di realtà: finire la scuola per esempio, o un corso di formazione, o riuscire a tollerare certe situazioni, riconoscere l'importanza del tenere in ordine la camera…».

W. Bielli aggiunge qualche indicazione per spiegare il modello di valutazione adottato in tutte le strutture gestite dal consorzio Agorà: «Io faccio una valutazione dei miei operatori e chi è sopra di me la fa su di me, fino ai risultati. La valutazione prende in considerazione dati quantitativi, ma anche qualitativi, riferiti in primis al saper fare e saper essere delle persone, alla loro capacità di relazione, relazione tra operatori, tra comune e coordinatore».

Ma non c'è valutazione che, per quanto strutturata ed efficace negli indicatori e nei parametri, possa comprendere le sfumature, i dettagli, i comportamenti illuminanti, le trasformazioni minime ma significative, i cambiamenti di atteggiamenti o punti di vista, gli squarci inattesi che emergono nelle pieghe delle infinite variabili che accompagnano l'umano rapportarsi e su cui solo chi opera sul campo può costruire indicatori alternativi per un giudizio.

Procedendo dal generale al particolare, S. Canepa ad esempio ritiene un buon indicatore per valutare il funzionamento di un servizio il suo livello di progettualità e visibilità: «Quando vedi che un Servizio si ripete uguale a se stesso, non immette cose nuove, non ha idee, si chiude in se stesso, non ne sai più niente, te lo dimentichi… allora funziona male. Un altro bell'indicatore di successo è riuscire a coinvolgere le famiglie e, per quanto riguarda il lavoro sui ragazzi, il fatto che un ragazzo cominci ad avere desideri propri, abbia voglia e non bisogno di stare con te, che pensi di andarsene e dopo che venga a trovarti, a cercare aiuto».

Per C. Napoli importante è il percorso di dimissione: «Ci sono vari modi per uscire dalla comunità: si può andare via scappando, sbattendo la porta o con una festa come facciamo solitamente nei casi di dimissioni programmate, in cui regaliamo un album di ricordi. Quando un ragazzo va via con un pensiero, con un saluto, con un progetto, quella è la prima cosa che mi dice che sono state fatte delle cose. E poi quando ritornano. Ancora recentemente un ragazzino che mi aveva fatto disperare è tornato qui il giorno del suo compleanno, perché voleva che gli facessimo gli auguri… e poi quando scopri che qualcuno ce l'ha fatta, o attraverso la rete degli assistenti sociali o per caso come è capitato a me. Qualche giorno fa ero sul treno e vedo una ragazzina che avevo seguito anni fa con la giacchetta dell'OVIESSE che andava a lavorare ed è stato incredibile perché non avrei mai scommesso che potesse fare un lavoro».

varchi13.indd 103 22-09-2015 17:18:33

Per M. P. Caprini la principale prova del successo dell'impostazione educativa della comunità è il fatto che sia sempre piena; «Il secondo indicatore, più problematico, è quello che ci permette di capire come stanno le ragazze qua dentro ed è complesso da definire… per esempio la partecipazione alle attività, oppure il fatto che non se ne vogliano andare. Per esempio capiamo che una ragazza qui sta bene quando è faticoso il lavoro che l'accompagna al distacco. Il terzo fattore di successo secondo me riguarda il personale: tanto meno *turn over* hai tanto maggiore è la salute dell'équipe».

Anche per R. Mancuso il benessere dei bambini è un indicatore importante: «Il bambino dà moltissimi segnali: riuscire ad andare a scuola, alimentarsi con appetito, la regolarità del ritmo sonno-veglia, la socializzazione…» L'altro elemento importante di successo è secondo lui il cambiamento dei genitori: «La più grande soddisfazione è quando i genitori prendono consapevolezza dei propri limiti e del fatto che il bambino non è un piccolo adulto; quando li senti come alleati e abbattono le difese».

A Samarcanda il benessere passa dal clima rilassato che vi si respira e dal piacere che dimostrano i ragazzi nello stare in struttura: «Devo picchiarli per mandarli fuori, – dice W. Bielli – si sentono a casa, restano a chiacchierare, danno spontaneamente una mano, mentre prima sparivano. Si sentono più apprezzati e meno giudicati, si sentono persone: come accade in una famiglia affettiva, se uno esce saluta, se ha un problema sente il bisogno di farsi rincuorare...».

E il punto di vista dei ragazzi? Come giudicano l'efficacia degli interventi di cui in comunità sono destinatari? G., un vissuto di irrequietezza incontenibile e di aggressività, ci permette di completare il quadro. Sul suo percorso al *Ponte esclamativo* scrive: «[...] Non avevo amici, non ricordo di essere stato invitato a nessuna festa di compleanno; ieri, parlando con l'assistente sociale, ho rifatto un «gioco» che avevo fatto appena arrivato al centro. Dovevo scrivere su un foglio le persone importanti della mia vita, il foglio era grande, lo spazio che occupai, questo lo ricordo, era piccolissimo: c'ero io, i nonni e la mamma. L'ho rifatto questo «gioco», c'è voluto un foglio più grande, ci sono gli amici di scuola, quelli del centro, ed anche quelli del canottaggio, poi ci sono anche i nonni e la mamma e l'educatore, quello che mi piace, quello che mantiene la calma e non urla, quello che mi consola nei momenti di difficoltà… Oggi penso che, quando la nonna si ammala e va in ospedale, io posso diventare un po' più autonomo, mettere in ordine le mie cose, fare la mia parte insieme alla mamma che, come me, fa fatica a svegliarsi la mattina, saranno le pastiglie che prende. So anche che di queste cose lei ne parla con l'educatore che vede i genitori perché la mamma, ogni tanto, mi propone delle soluzioni, tipo preparare i vestiti la sera e la cartella, per evitare di farlo la mattina, qualche volta ci riusciamo, altre volte no, ma la mamma dice che l'educatore le dice che può succedere, di riprovare».

varchi13.indd 104 22-09-2015 17:18:33

varchi13.indd 105 22-09-2015 17:18:33

varchi13.indd 106 22-09-2015 17:18:33

varchi13.indd 107 22-09-2015 17:18:33