

ANNO XXXIX n. 17 1 ottobre 2009

Prospettive Sociali e Sanitarie

Speciale

Il cambiamento nelle relazioni d'aiuto

Il cambiamento nelle relazioni d'aiuto

Speciale

n. 17

ISTITUTO
PER LA
RICERCA
SOCIALE

irs

Via XX Settembre 24 - 20123 Milano
<http://www.irsonline.it>

Spedizione in a. p. - 45% - art. 2 comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Milano

Servizi sociali	Le vie del cambiamento	<i>S. Pasquinelli</i>	1
	Cambiamento e psicoterapia	<i>A. Fabbrini</i>	2
	Accompagnare il cambiamento nei servizi	<i>A. Casartelli</i>	6
	Il tempo nelle relazioni d'aiuto	<i>S. Pasquinelli</i>	8
	Disagio psichico: un'esperienza a Milano	<i>G. Savuto</i>	10
	Il cambiamento polifonico: io, gli altri, la comunità	<i>O. Motta</i>	13
	Cambiare aiutati dal gruppo	<i>P. Taccani</i>	16
	Cambiamento e presenza nella relazione con i migranti	<i>A. Rotondo, D. Ranci</i>	19
	Oltre la relazione d'aiuto	<i>M. G. Guida, C. Polli</i>	22
	Costruire l'aiuto ai non autosufficienti	<i>D. Cicoletti</i>	24

Prospettive Sociali e Sanitarie anno XXXIX - n. 17 - 1 ottobre 2009

Questo numero di PSS mette al centro il cambiamento nelle relazioni d'aiuto: i termini con cui viene definito, i modi in cui avviene, le condizioni che lo favoriscono. Non è certo un tema facile. Lo stesso termine "cambiamento" racchiude accezioni molto diverse, che possiamo ricondurre a un processo di superamento delle condizioni di bisogno che hanno dato origine all'aiuto.

Un tema poco frequentato: abbondano le indicazioni su come fare buoni progetti individuali e familiari, ma sappiamo ancora ben poco su cosa davvero innesca il cambiamento atteso. Questo numero intende fare qualche passo in avanti.

Con l'idea di proporre un confronto tra chi lavora in aree diverse di disagio e tra professionalità differenti, il numero presenta interventi sulla psicoterapia, la malattia mentale, i servizi sociali di base, i gruppi di auto-aiuto, i servizi territoriali che si occupano di disagio giovanile e adulto, i migranti, la non autosufficienza.

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Alessandro Battistella, Ugo
De Ambrogio, Cristiano Gori
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani
e-mail: pss@irsonline.it

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela
Casartelli, Vittorio Glassier,
Francesca Merlini, Daniela
Mesini, Sergio Pasquinelli, Paolo
Peduzzi, Franco Pesaresi, Dela
Ranci Agnoletto, Edoardo Re,
Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Luca
Beltrametti, Paolo Bosi,
Annamaria Campanini, Maria
Dal Pra Ponticelli, Maurizio
Ferrera, Marco Geddes da
Filicaia, Antonio Guaita,
Luciano Guerzoni, Francesco
Longo, Gavino Maciocco,
Marco Musella, Franca Olivetti
Manoukian, Giuseppe A.
Micheli, Nicola Negri, Fausta
Ongaro, Valerio Onida, Marina
Piazza, Costanzo Ranci, Chiara
Saraceno, Maria Chiara Setti
Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24
20123 Milano
Tel. 0246764276
Fax 0246764312
<http://pss.irs-online.it/>

Abbonamenti

Letizia Cucchi
e-mail: pss.abbo@irsonline.it
ccp. n. 36973204

Abbonamento 2009

Euro 53,00 (privati)
Euro 59,00 (associazioni di
volontariato e coop. sociali)
Euro 79,00 (enti)
Euro 90,00 (estero)
L'abbonamento decorre
dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Editing e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

Grafica Sant'Angelo
Via Vicinale 6
Sant'Angelo Lodigiano (LO)
Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano
n. 83 del 5-3-1973.

È vietata la riproduzione dei
testi, anche parziale, senza
autorizzazione.

Prezzo per copia

Euro 3,60

Le vie del cambiamento

Sergio Pasquinelli
Irs, Milano

Quando e perché si cambia quando si viene aiutati?

Questo fascicolo di PSS mette al centro il cambiamento nelle relazioni d'aiuto: i termini con cui viene definito, i modi in cui avviene, le condizioni che lo favoriscono. Non è certo un tema facile. Lo stesso termine "cambiamento" racchiude accezioni molto diverse, che possiamo genericamente ricondurre a un processo di superamento delle condizioni di bisogno che hanno dato origine all'aiuto. Un tema poco frequentato. Sappiamo molto sui metodi di lavoro, gli strumenti; i manuali traboccano di indicazioni su come fare buoni progetti sui casi. Ma sappiamo ancora ben poco su cosa davvero innesca il cambiamento atteso. Questo numero speciale intende fare qualche passo in avanti.

Voci a confronto

L'idea è stata quella di un confronto tra chi lavora in aree diverse di disagio e tra professionalità differenti. Da qui siamo partiti: far dialogare punti di vista diversi, nell'ipotesi secondo cui questo dialogo avrebbe creato valore aggiunto.

Il fascicolo presenta interventi sulla psicoterapia (Fabbrini), la malattia mentale (Savuto), i servizi sociali di base (Casartelli), i gruppi di auto-aiuto (Taccani), i servizi territoriali che si occupano di disagio giovanile e adulto (Motta e Guida-Polli), i migranti (Rotondo e Ranci), la non autosufficienza (Cicoletti). Tenendo conto delle differenze dei rispettivi contesti, con diversi di loro abbiamo ragionato su alcune questioni: come viene definito il cambiamento, le sue dinamiche, le condizioni che lo favoriscono. Sui tempi, le modalità, sugli ostacoli che lo impediscono, lo soffocano.

Il confronto ha fatto emergere qualche consapevolezza iniziale. Anzitutto che il cambiamento in senso "alto" non è necessariamente l'obiettivo: si pensi ai servizi a bassa soglia, o agli interventi di riduzione del danno. Ci sono gradi diversi di evoluzione possibile. In alcuni casi, e in interi ambiti di intervento come la psichiatria, l'obiettivo è quello di imparare a convivere con le proprie difficoltà.

Utenti, pazienti, ospiti: lo stesso modo di chiamare le persone, usato dagli autori di

questo numero, parla di modalità di relazione e di possibilità evolutive differenti.

Sappiamo anche che noi non modifichiamo le persone, ma possiamo lavorare sulle relazioni, e su ciò che i servizi sono in grado (nei contesti in cui operano) di proporre.

Abbiamo condiviso un medesimo approccio: dal basso. Non ci interessava un confronto sulle teorie, le chiavi interpretative, ma un confronto a partire dall'esperienza diretta. In molti casi come operatori implicati nelle relazioni, in altri come consulenti e formatori.

Quando si cambia?

Il dato più diffusamente registrato riguarda la discontinuità dei percorsi. Non si passa dal bianco al nero tutto d'un colpo, i processi sono segnati da avanzamenti e regressioni. Per inciso: un andamento che si scontra con progetti d'aiuto costruiti dai servizi in modo talvolta omologante, tesi all'inclusione sociale, lavorativa, familiare. Progetti personalizzati ma standardizzati, direbbe Ariela Casartelli. Quando si cambia? Non esistono formule e ci vuole tempo, ognuno ha il suo. Ci sono però delle condizioni che predispongono al cambiamento, su cui le opinioni in questo fascicolo convergono.

Una di queste è il riconoscere di non bastare a se stessi, esprimere una domanda d'aiuto, l'affidarsi di cui parla Oliviero Motta. Quando il sostegno è cercato e non subito, o semplicemente accettato. Allora il terreno si predisponde al nuovo, può nascere quel momento ottimale (Anna Fabbrini) in cui la sofferenza inizia a svanire, in cui le persone iniziano a riprendersi la vita.

Questa apertura, questo considerare che altro è possibile non è per nulla scontato, più connaturato alla psicoterapia, molto meno al campo dei servizi sociali. A questa predisposizione le persone possono arrivare anche senza accorgersene, ma richiede consapevolezza dei passaggi nei servizi e negli operatori che vi lavorano.

Il lavoro dei servizi diventa quello di accompagnare le persone su questa strada, costruire direzioni in cui esse inizino a considerare il cambiamento, con le sue difficoltà e con i suoi vantaggi (Casartelli). Si tratta di costruire possibilità nuove, in cui ci si possa rea-

listicamente vedere. In cui riconoscere che cambiare si può (Taccani), con uno sguardo diverso su di sé, uno sguardo al futuro.

L'accompagnamento dei servizi può essere più orientato ad accogliere, a proteggere il bisogno, dare fiducia, offrire un ascolto emotivo. La fiducia implica assenza di giudizio, presenza fisica, esserci: "io ci sono, mi fido di te". Allora la fiducia può diventare generativa di uno sguardo diverso su di sé. Maria Grazia Guida ci racconta, con il caso esemplare di Sara, di un aiuto di questo tipo, centrato sull'essere più che sul fare.

Oppure, l'accompagnamento dei servizi può seguire un codice paterno, orientato all'autonomia e all'attivazione delle risorse personali. In questo caso la relazione può strutturarsi in senso contrattuale. Con obiettivi, impegni, scadenze che devono essere concordate tra le parti, e che hanno bisogno di personale, professionalità, un'adeguata organizzazione dei servizi, non sempre presenti.

La dimensione collettiva, di gruppo, in cui il cambiamento può prendere forma e direzione, viene messa in evidenza in diversi interventi: da Patrizia Taccani sul mutuo aiuto, da Giampietro Savuto, da Oliviero Motta, da Guida e Polli nei servizi residenziali, e poi da Ranci e Rotondo per quanto riguarda i migranti.

Nei gruppi che condividono la stessa esperienza, nelle comunità residenziali, nell'interazione di gruppo, una dimensione particolarmente importante riguarda proprio l'aiuto tra pari. In cui le persone vengono accettate con le proprie debolezze, i propri sbagli, e su questo si sviluppano legami, apprendimenti, solidarietà. E dove si aprono delle possibilità nuove per chi vi partecipa. Anche questa dimensione pone ulteriori questioni sul piano dell'organizzazione e delle professionalità richieste al sistema dei servizi, e non è un caso che le esperienze riportate ricadano tutte nell'ambito del privato sociale.

Work in progress

Questo fascicolo è stato reso possibile grazie alla disponibilità preziosa dei diversi autori. A tutti rivolgo un ringraziamento sincero, in particolare ad Ariela Casartelli: la sua fiducia in questo progetto è stata di grande aiuto.

Considero questo numero speciale come l'inizio di un percorso. La ricchezza degli stessi materiali qui raccolti merita un'elaborazione ben diversa dai veloci richiami che ho appena fatto. Molti temi richiedono un approfondimento. Un compito che affido a una prossima pubblicazione, in preparazione.

Vanno compiuti passi ulteriori, attraverso analisi e sintesi progressive. Con l'aiuto degli amici e dei colleghi disponibili a mettersi su questa strada. E di tutti i lettori di PSS che vorranno dare il loro contributo.

Gli autori di questo numero

Ariela Casartelli è assistente sociale, counsellor professionista e analista transazionale certificata nel campo del counsel-

ling. Consulente e formatrice Irs, insegna alla Scuola di counselling psicosociale del Centro di Psicologia e Analisi transazionale di Milano.

Diletta Cicoletti ricercatrice e formatrice dell'Irs per le tematiche legate all'assistenza a persone non autosufficienti. Si occupa di organizzazione del lavoro multiprofessionale e di progettazione personalizzata dei servizi.

Anna Fabbrini, psicologa e psicoterapeuta, nel 1979 ha fondato con Alberto Melucci il Centro Alia di Milano. Svolge attività psicoterapeutica con adulti, adolescenti e con le coppie. È didatta ordinario e supervisore della Federazione italiana scuole e istituti di Gestalt (Fisig) e professore a contratto alla facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano.

Maria Grazia Guida, assistente sociale, è direttrice della Fondazione Casa della Carità di Milano, presieduta da don Virginio Colmegna, e presidente del Centro ambrosiano di solidarietà (Ceas), associazione che si occupa di giovani con problemi di dipendenza, salute mentale, immigrati e progetti di coesione sociale.

Oliviero Motta è operatore sociale e giornalista pubblicitario. È stato per sei anni Assessore alle Politiche sociali del Comune di Rho in provincia di Milano. Attualmente è vice presidente di Comunità Nuova onlus, associazione fondata da don Gino Rigoldi. Il suo blog: www.gentedillato.it.

Sergio Pasquinelli è direttore di ricerca all'Irs, dove si occupa di politiche per la non autosufficienza, interventi di contrasto alla povertà e valutazione dei servizi sociali. Dirige Qualificare.info, sito dedicato al lavoro privato di cura.

Claudia Polli, pedagogista specializzanda in counselling professionale a indirizzo sistemico, è responsabile dell'area dipendenze del Ceas, che comprende diversi servizi, di tipo diurno e residenziale.

Dela Ranci, psicologa, psicoterapeuta, è responsabile del Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica per immigrati della cooperativa sociale Terrenuove di Milano: www.terrenuoveonlus.it.

Anna Rotondo, filosofa, psicoterapeuta, analista transazionale didatta, socio fondatore e consulente di Terrenuove.

Giampietro Savuto, psicologo, psicoterapeuta, dopo diverse esperienze nei servizi pubblici, dirige le residenze psichiatriche Lighea a Milano, di cui è presidente. La Fondazione Lighea si occupa dal 1985 di persone con disagio psichico.

Patrizia Taccani, psicologa, formatrice, docente presso la Scuola regionale per operatori sociali del Comune di Milano fino al 2002. Svolge attività di consulenza e formazione per enti pubblici e privati. Ricopre il ruolo di facilitatore in gruppi di auto-mutuo aiuto rivolti a caregiver di anziani non autosufficienti e a persone implicate nei vari passaggi dell'età anziana.

Cambiamento e psicoterapia

Anna Fabbrini

Psicologa, psicoterapeuta

TUTTO SCORRE

Il cambiamento continuo è il nostro destino di creature; è qualcosa che non possiamo evitare perché iscritto nella nostra carne, nel nostro programma biologico. Cresciamo e ci modifichiamo per tutto il corso della vita, la nostra identità si stabilizza e muta nel tempo seguendo gli andamenti, le fasi e le variazioni del nostro itinerario esistenziale.

In un gioco di permanenza/riproduzione e continua metamorfosi, strutturiamo il senso di noi stessi, ci sentiamo situati nel presente, ancorati alla storia vissuta e orientati al divenire attraverso la progettualità, l'anticipazione e la capacità di sognare; funzioni, queste, sostenute dai sentimenti di fiducia e speranza verso il tempo a venire.

NUOVI DESTINI

Il ritmo del mutamento che la vita contemporanea richiede, tuttavia, ci appare talvolta, per noi che abitiamo le società complesse, una sorta di imperativo cui non possiamo sottrarci. Avendo, meno che in passato, riferimenti certi e incoraggi sicuri, quando ci perdiamo, spesso faticiamo a ritrovarci: il nostro processo di cambiamento ha poco o nulla di "naturale": subisce delle accelerazioni e delle urgenze alle quali non siamo preparati, con il sentimento di perdere continuamente quello che abbiamo costruito. Le nuove libertà d'azione che abbiamo conquistato generano infatti una forte pressione a continui e faticosi adattamenti, nutrendo in noi la sensazione di una consistenza sempre provvisoria, talvolta spezzata, composita e dunque fragile. Da qui può nascere una sofferenza (crisi) che spesso necessita di un aiuto terapeutico per poter essere superata.

IDENTITÀ E CICLO DI VITA

Nella mia pratica clinica, i temi

dell'identità personale, crisi di identità e di ciclo di vita, sono diventati centrali: integrano e completano i miei riferimenti teorici legati alla psicoterapia della Gestalt. Essi rappresentano un vero e proprio cambiamento di paradigma, in quanto permettono di vedere la condizione personale in una nuova luce. Siamo passati da un'idea di vita caratterizzata da un tempo di trasformazione (infanzia), seguita da una fase adulta caratterizzata da una maggiore stabilità e dalla raggiunta maturità, alla prospettiva che vede l'individuo impegnato per tutto il corso della propria vita in un'esperienza di crescita e di continui cambiamenti.

Il corso di vita ci appare così caratterizzato da andamenti, periodi, permanenze vitali, crisi, emergenze, ricorsività, adattamenti creativi. Il concetto di maturità diventa processuale e non più biologico o anagrafico, e viene meno come riferimento certo, legato a un'età precisa. La fine dell'adolescenza non è più considerata un punto d'arrivo stabile in cui si disegna in modo definitivo il profilo dell'essere adulti; si abbandona l'esigenza di avere un'idea forte, stabile e definitiva di identità, e si sposta l'attenzione dalle tappe biologiche della crescita ai modi di fare esperienza di sé e del mondo, e sul processo continuo di autocoscienza che a questo si accompagna.

INTERSOGGETTIVITÀ

Noi abbiamo identità perché qualcuno ci ha identificato e anche perché qualcuno ci identifica continuamente. Il bambino acquista un'identità perché i genitori o chi ha cura di lui lo riconoscono. Essi sono il primo specchio, la prima conferma d'esistenza che rappresenta il rudimento di tutti i sistemi di autoriconoscimento successivi.

Il comportamento della madre o della persona che gli rivolge le cure

è determinante per strutturare la sicurezza di base. Se la madre è sollecitata, il bambino si vedrà come persona degna di cure, se piange e la madre accorre, si vedrà come persona cui si presta attenzione. Se è trattato con affetto e calore tattile, si vedrà come persona degna di essere amata.

Anche se oggi sappiamo che fin dall'inizio esiste una separazione originaria fra sé e l'altro, dunque un'identità preformata, reperibile a livello biologico nel sistema immunitario che da subito riconosce i corpi estranei, tuttavia i destini del senso di sé e dell'autostima si compiono nel campo affettivo e culturale delle relazioni: presuppongono la presenza di un altro sé che interagisce.

ESSERI CON STORIA

Ribadire il ruolo fondamentale che svolge la relazione nella costruzione dell'identità non significa che essa ci viene data dagli altri, ma che per sua natura essa è, fin dalle origini, dialogica e muore se non è testimoniata dall'esterno.

Dunque, mentre il mondo cambia vorticosamente intorno a noi, ciò che non cambia è che siamo sempre e comunque figli della nostra storia, siamo esseri di apprendimento e portiamo scritti nella memoria profonda incorporata le tracce del nostro passato e tutti i condizionamenti affettivi che hanno segnato il nostro cammino fin dalle origini.

MODERNI MALI

Nell'esperienza terapeutica oggi incontriamo forme di disagio diverse dal passato. Le tematiche tradizionali legate al conflitto, tipiche di contesti sociali normativi, hanno lasciato il posto ai problemi legati alla ricerca di identità. Il tema centrale della crescita ruota oggi attorno alla ricerca del senso di sé e a un desiderio profondo di unità e di coerenza. Si produce negli individui una condizione di incertezza e smarrimento che mette in stretta relazione i mutamenti del contesto sociale più vasto con le biografie ed ha pesanti ricadute sulla vita quotidiana, spesso segnata dalla dispersione, dallo stress e pervasa di ansietà.

Le persone che oggi si rivolgono all'aiuto di uno psicoterapeuta si chiedono chi sono e che cosa vogliono davvero; si aspettano di dipanare la confusione dalla quale si sentono abitati, di uscire dai condizionamenti familiari, di interrompere

le ripetizioni delle quali si sentono prigionieri. Spesso sono traditi dal loro stesso corpo che, benché curato da ore di palestra e di cosmesi, urla, attraverso improvvise e apparentemente immotivate crisi di panico, un dolore antico che non si è mai risolto, oppure si oppone a ogni moto della volontà, accasciandosi, vinto dalla depressione, quando l'eco di un trauma riaffiora.

DOMANDA DI CAMBIAMENTO

Oggi sempre più di frequente le persone sono propense a leggere i propri sintomi fisici e i disagi psichici non come mali da zittire con interventi analgesici, ma come segni o messaggi che invitano a una sosta di riflessione, che chiedono uno sguardo nuovo sulla propria esistenza per capire che cosa sta succedendo nel presente che rende la vita personale insostenibile.

Quando prevale questo atteggiamento nei confronti del dolore, la domanda di cambiamento arriva in terapia. Ma il cambiamento è desiderato e temuto al tempo stesso, poiché la ricerca del nuovo minaccia le sicurezze. Di fronte al cambiamento c'è sempre un atteggiamento ambivalente, a metà tra il desiderio e la paura, tra l'attesa e l'incertezza. È intuitivo, fin da subito, che non c'è cambiamento se non si è disposti a giocare sul terreno del rischio e dell'assunzione di responsabilità. Non c'è cambiamento senza lo svelamento di sé. Quando si arriva lì, in un modo o nell'altro si accetta di andare nei paraggi della propria verità. Nel procedere si scoprirà che separarsi dalle proprie abitudini mentali può non essere così pericoloso e che le debolezze che portiamo non solo non vanno cancellate, ma che sono elementi fondamentali della nostra autostima: diventiamo sapienti proprio là, dove siamo stati feriti e quando assumiamo la nostra stessa fragilità.

Il cambiamento terapeutico si configura come una possibilità di rinascita. Forse rappresenta un rito di iniziazione del nostro tempo.

STORIA E MEMORIA

Il cuore della questione riguarda il rapporto che intratteniamo con la biografia, ancoraggio privilegiato della nostra identità: le esperienze vissute nell'infanzia segnano il nostro modo di diventare adulti e responsabili. Della nostra storia conserviamo una memoria che ricostruisce gli eventi rendendoli

sopportabili. Facciamo diventare logico l'assurdo, rimuoviamo quello che ci ha ferito, travisiamo i fatti per renderli accettabili. La trama cognitiva della nostra esistenza ci appare come una costruzione sufficientemente logica da far tornare i conti, ma spesso è una tela piena di buchi, ignara delle origini e dei traumi delle separazioni, lontana dalla verità dei fatti e dei nostri stessi sentimenti vissuti. Questa ignoranza rende fragili le nostre fondamenta, che con il tempo non ci sostengono più.

Dobbiamo ringraziare i sintomi, gli intoppi che la vita ci fa incontrare, le crisi e le perdite, i dolori sordi del corpo, la nostra stessa incapacità di realizzare il nostro volere perché, se abbiamo il coraggio di fermarci e di ascoltare profondamente la nostra interiorità, è il male stesso che ci dà i segnali per riprendere un cammino più vero.

I sintomi indicano la via e sono occasioni da non perdere. Ma per poterli decifrare abbiamo bisogno di abbandonarci fiduciosi alla guida di un altro: con il solo esercizio dell'autoriflessività finiremmo per inciampare sui nostri stessi ostacoli o concludere, con autocommiserazione, che è la vita ad essere sbagliata o troppo severa con noi.

NEL SENSO DEL SINTOMO

La psicoterapia interviene sul dolore partendo dal disagio presente e procedendo con logica omeopatica: nel senso del sintomo. Le tecniche che di volta in volta vengono utilizzate hanno lo scopo non di sedare, ma di amplificare i segnali per renderli leggibili a partire dall'ipotesi che il male abbia qualcosa da dire. Il processo che viene attivato interpella il sistema di autorappresentazione, la cognizione, il sistema emotivo e il sentire del corpo. Si producono così spostamenti, affiorano mali diversi, immagini, pensieri, collegamenti, si creano nessi mai considerati. Non si procede in modo lineare, in progressione ordinata per accumulo o fasi successive, come, ad esempio, capire sempre di più, oppure come "mettere le cose a posto pian piano". Il cambiamento terapeutico non è guidato dall'ordine, né dalla necessità. Proceede per andirivieni, connettendo tempi diversi della storia attraverso salti intuitivi e liberoassociativi guidati dal progressivo recupero della capacità emozionale.

La psicoterapia continua non

solo fino alla scomparsa dei sintomi, ma per tutto il tempo necessario che serve per andare alla radice del problema; fino a modificare le tracce della memoria inconscia che sostengono il dramma del presente. Grazie a questo processo di integrazione, la persona sentirà di acquisire nuove libertà di movimento all'interno di sé e di poter sostenere gli eventuali cambiamenti necessari alla propria vita. In psicoterapia della Gestalt chiamiamo questo "capacità di adattamento creativo", cioè non ripetitivo o copionale.

PAROLE, PENSIERI, EMOZIONI

Da anni, nel mio lavoro, combatto l'ortopedia psicologica, cioè quell'attitudine diffusa nel mondo dell'aiuto psicologico di rimuovere il dolore attraverso sofisticati processi di "chirurgia" verbale o attraverso la semplice catarsi emozionale. Abbiamo tutti fretta di stare meglio e vogliamo guarire senza troppo disturbo. Così, come affrontiamo sbrigativamente una febbre con l'aspirina, evitando anche la convalescenza, possiamo "curare" la nostra anima con gli antidolorifici chimici e conversazionali che la scienza della psiche oggi ci mette a disposizione. Ma, in tal modo, difficilmente otteniamo cambiamenti stabili, e può anche accadere che, pur comprendendo le cause del male, pur sapendo come, dove, quanto e perché ci siamo allontanati dal nostro centro, non riusciamo a mettere in atto i cambiamenti desiderati. Prigionieri della ripetizione, intratteniamo contro la nostra stessa volontà stili di vita autolesivi e, benché possa essere momentaneamente alleviata, la sofferenza rinasce come la fenice dalle sue ceneri. I traumi e le costellazioni emotive scritte nella memoria profonda resistono alla conoscenza razionale. Il sapere non basta per cambiare. Il cambiamento avviene quando tutti i livelli dell'esperienza vengono coinvolti nel processo: la parola, la ragione, le sensazioni, le emozioni, i sentimenti e il corpo, all'interno di una relazione terapeutica fortemente fiduciaria.

ESPERIENZA E NARRAZIONE

Cambiare la parola significa poter raccontare le proprie esperienze così come sono state vissute. Il nostro parlare è sociale: nasce nella relazione e ci permette la relazione. Nel corso della nostra storia spesso il linguaggio si allon-

tana dall'esperienza vissuta, e un giorno la persona si accorge di dire parole vuote, senza eco, parole di altri, che intrattengono illusioni, bugie. Il racconto autobiografico diventa indispensabile allo scopo di ritrovare la propria verità, è una sorta di meditazione ed esercizio di autoriflessività, ha il significato di creare intimità con se stessi e dare una direzione al lavoro mentale che necessariamente si attiva con la cura psicologica.

Quando e perché il racconto di sé acquisisce un valore terapeutico? Che cosa guarisce? Che cosa diciamo di più o di diverso di noi quando ci raccontiamo a un terapeuta?

VERITÀ SOGGETTIVA

Il racconto autobiografico, guidato dalle opportune tecniche cliniche, è terapeutico nel senso che ha sempre un profondo significato di autoriconoscimento, di ricomposizione dell'esperienza e ricostruzione di senso. Non si va alla ricerca della verità dei fatti, bensì di quelle crepe o sconessioni tra la storia "ufficiale" della famiglia e le esperienze soggettive: di tutto quello che è stato vissuto ma coperto dal silenzio, di ciò che non ha avuto nome, delle cancellazioni, delle crisi, dei mali, dei conflitti e di tutto quello che era accantonato perché ritenuto disdicevole per il decoro sociale. Si cercano i sentimenti difficili non riconosciuti, il dolore rimosso, i precetti e le ingiunzioni di non pensare, non dire, non sentire. I danni generati dalle negazioni, dai silenzi e dall'occultamento dei dati dell'esperienza, possono essere di portata devastante dal punto di vista della salute psichica. I bambini nutriti dal silenzio patiscono una profonda mancanza di conferme e di riconoscimento: una sottrazione di identità che li rende fragili. Questo produce nel tempo disagi di varia natura, vuoti di senso, mortificazioni, impossibilità a costruire una vita di relazione soddisfacente e sani sentimenti di autostima, perdita della capacità di amare e di essere amati.

Guarire, dunque, non è solo far scomparire dei sintomi, ma è un'opera di integrazione dell'identità personale che diventa possibile solo quando si apprende a parlare con voce propria. In questo contesto il valore terapeutico di una narrazione emozionata si ancora non sull'idea di uno svelamento della causa prima del trauma, ma su

quella che viene chiamata l'"origine narrante" del disagio. Il racconto della storia personale recupera l'esperienza vissuta in prima persona; non è scavo archeologico fine a se stesso, ma ponte tra passato e presente, orientato a disattivare la potenza delle matrici che hanno segnato le nostre esperienze precoci e che sono alla base di ogni ripetizione e mancanza di creatività.

EMOZIONI

Le parole vere hanno risonanza interiore e mettono in contatto diretto con le emozioni.

La riattivazione del sistema emozionale è centrale nella psicoterapia. Sentimenti ed emozioni sono, per noi umani, dei veri e propri strumenti di orientamento nel contatto con noi stessi, con gli altri, nel fare, nel pensare e nel costruire significati.

A questo livello, il cambiamento più importante è dato dalla possibilità di far posto alle emozioni rimosse, arrivare al lato oscuro di sé, quello abitato dalla collera, dall'invidia, dall'avidità, dalla pigrizia, dal dolore del distacco, dall'indifferenza, dalla perdita, dalla parzialità, dal limite e, al fondo, toccare la paura dell'abbandono, dell'esclusione, la paura di non essere amati, di non essere influenti o di non esistere per l'altro, di essere dimenticati, di non capire, di non farcela a sopravvivere.

"Fare posto" non vuol dire solo sapere che questi sentimenti ci sono, vuol dire viverli e riviverli, lasciarli emergere nella relazione terapeutica, attraversarli, "processarli" con l'aiuto degli strumenti che la clinica oggi ci mette a disposizione. E, infine, depotenziarne gli effetti. È questo che permette di trasformare le rigide difese erette per proteggersi dal dolore e per mettersi in salvo.

Non dobbiamo dimenticare che le emozioni sono esperienze psicofisiche: sono fatte cioè di rappresentazioni mentali e di sensazioni. La difficoltà a viverle nasce dall'intensità con cui a volte sono presenti nel corpo, oppure, al contrario, dalla loro assenza. Di fronte all'intensità del sentire dentro e poter contenere ciò che si prova, si può strutturare una dissociazione tra pensieri e corpo, determinando così un'esperienza priva di centro, che incarica la razionalità di svolgere tutto il lavoro interno: riabilitare il sentire emotivo e integrare emozioni e cognizioni, equivale a ricostruire il nucleo organizzatore della presen-

za. In mancanza di un sistema integrato, quando la persona si chiede "chi sono io?", vuole dire, in realtà, "ma io ci sono?", perché ciò che manca è proprio la percezione fisica di abitare lì, nel proprio corpo.

Cambiare nel corpo permette di accedere alle matrici profonde della sofferenza personale, riprocessare i traumi, riconnettere i pensieri alle sensazioni e riabilitare così l'esperienza intera della presenza. Quando questo accade, il cambiamento diventa guarigione.

IL CORPO

Il lavoro psicoterapeutico, così come oggi lo pratico, si mette fin da subito sulla traiettoria dell'ascolto profondo, alla ricerca della più remota esperienza soggettiva del passato, su cui si innesta la sofferenza del presente. Non è solo sull'indagine narrativa che il processo di cura si compie; la riparazione del senso non avviene attraverso un raccordo di libere associazioni e la loro interpretazione simbolica. Il viaggio prende la via del corpo e interroga la verità delle emozioni fino alla radice dell'essere, fino alla memoria implicita, quella scritta nel corpo che affiora attraverso l'amplificazione delle sensazioni. Così si procede lentamente, sempre con profondo rispetto della persona e della domanda di cambiamento che porta e il dolore svela poco a poco il suo senso evolutivo. Si ricostruiscono gli scenari più arcaici delle relazioni familiari, anche attraverso il tempo della gestazione, la nascita, gli anni della socializzazione, seguendo il corso dell'esperienza vissuta per arrivare ad accettarne l'ineludibilità e l'irreversibilità. Fino a un definitivo distacco.

L'accettazione di cui è questione qui, non è un atto intellettuale, ma una pulizia delle memorie incorporate, che apre a una possibilità di riscrittura del destino personale. L'obiettivo è uscire dalle ripetizioni e conquistare spazi di libertà e di realizzazione personale, svincolati dai condizionamenti, dai ricatti, dalle missioni, dai segreti e dalle promesse implicite o esplicite che sono stati messi in atto nella famiglia d'origine e perpetuati senza coscienza.

MEMORIA INCONSCIA

Ma non basta ancora. Qui la memoria è un concetto esteso che va al di là della vita personale e comprende il campo più vasto della

genia di appartenenza, gli antenati e anche le tracce di una memoria filogenetica che raccorda ogni creatura al cammino della specie. Questi presupposti, che da tempo integro nel mio lavoro, un tempo del tutto intuitivi, oggi trovano riscontro nelle più recenti scoperte delle neuroscienze: il concetto di memoria implicita, preverbale o protosimbolica, di inconscio corporeo, di identità nucleare, di campo psichico familiare e intergenerazionale. Sono queste oggi le frontiere e le sfide degli studi sulla mente con cui la psicologia ufficiale comincia cautamente a confrontarsi, anche se le pratiche della cura, le tecniche psicoterapeutiche, non sempre sono in grado di integrarle. Ma misurarsi con questi presupposti obbliga a un salto di paradigma che riguarda non solo la teoria, ma i metodi e le tecniche della cura psicoterapeutica.

Per comprendere meglio i processi di cambiamento terapeutico forse dovremmo osare più francamente di ricomporre la visione dell'umano nella sua integrità biologica, psicofisica, sociale e spirituale, non solo a livello del discorso, ma nelle pratiche, mentre oggi la frammentazione dei saperi tende ancora a consegnare le questioni del corpo alla medicina, la riflessione sull'essere alla filosofia, le emozioni alla psicologia, la creatività all'arte, le dinamiche dei gruppi alla psicologia sociale, i destini del collettivo alla sociologia, all'economia e alla politica e la spiritualità alle religioni.

Anche se non è facile muoversi ai confini dei saperi, sarebbe già molto confortante aprirsi alla ricerca interdisciplinare, come già in parte sta avvenendo nel campo delle neuroscienze.

PERCHÉ SI CAMBIA

Si potrebbe dire, in sintesi, che il cambiamento terapeutico consiste nel cessare di ostacolare il corso del cambiamento esistenziale con i massicci meccanismi di difesa che si sono messi in atto nel corso del tempo a partire dalla primissima infanzia. Ciò che un tempo ci ha salvato la vita in un ambiente di cura inadeguato e a volte malvagio, nel presente deve diventare memoria, "fare storia" e allentare la sua presa per riabilitare la possibilità di continuare ad apprendere dall'esperienza.

Certo non possiamo guarire la vita, immaginando che non ci procuri più sofferenza, disagio, incer-

tezze. La vita non è una malattia, anche se a volte ci fa precipitare nei gorghi del lutto, delle separazioni, delle crisi e degli smarrimenti. Il cambiamento terapeutico ci permette però di riallacciare un'alleanza con il nostro quotidiano e diventare competenti all'invenzione di passi sostenibili, essere creativi senza dover rieditare comportamenti copionali, le ripetizioni e i sistemi di protezione troppo rigidi.

TEMPO

Ci vuole tempo per cambiare e questo tempo è proprio di ciascuno. Sembra che esista un orologio interno alla persona e forse un giorno scopriremo anche le leggi degli psicometri, così come abbiamo ormai consolidato le conoscenze dei bioritmi, studiati dalla cronobiologia. Il tempo giusto è quando nasce la domanda. Allora tutto avviene secondo una scrittura simile a quella dei processi creativi: una comprensione profonda, apparentemente improvvisa, è sempre il frutto di un lungo lavoro interno di elaborazione che struttura un centro a partire dal quale la persona diventa capace di guardare, di sentire e di agire in un modo nuovo.

Accade ora e non prima: quando sembra che si crei un "momento ottimale" che permette che il passaggio venga fatto, nella più completa libertà e nella fiduciosa collaborazione con il terapeuta che coniuga lo studio dei processi con la compassione che gli deriva dal sapere esperienziale che egli ha a sua volta incorporato per aver compiuto lo stesso viaggio prima del suo paziente.



Accompagnare il cambiamento nei servizi

Ariela Casartelli
Irs, Milano

"I sogni danno il senso di una direzione. Non basta rifiutare questo cortile, devi avere una visione dei prati con cui vuoi rimpiazzarlo"
F. Mernissi

In questi ultimi anni ho seguito come supervisore diversi gruppi di assistenti sociali che operano in diverse aree di intervento. Lo stato d'animo prevalente che ho incontrato è stato una sensazione di fallimento connessa all'idea di avere messo in moto tantissime risorse, energie personali, che non hanno promosso "nessun cambiamento".

A poco a poco mi sono accorta che la frase ricorrente nei gruppi era "Mi sembrava di aver fatto un buon progetto, ma lei o lui non sono cambiati, la situazione è sempre uguale, perché?".

A partire da questa domanda ho cominciato a mettere insieme alcune osservazioni grazie a tutto il materiale portato in supervisione.

SE IL PROGETTO OSCURA LA RELAZIONE

A partire dalle situazioni dei colleghi ho potuto mettere a fuoco un tema ricorrente che, secondo me, caratterizza gli interventi in cui, a un certo punto, l'operatore ha la sensazione di non promuovere il cambiamento. È una sorta di confusione che si crea laddove il progetto, con tutte le risorse necessarie per attivarlo, diventa l'unico intervento per risolvere la situazione, e si perde di vista la persona e il sostegno relazionale di cui ha bisogno per portare avanti il suo percorso e risolvere del tutto o in parte i propri problemi.

Ciò che accade è che il piano progettuale e quello relazionale si confondono, l'uno oscura l'altro, oppure lo intralcia, e nella confusione si alimentano percezioni di fallimenti, inadeguatezze, accompagnate da

un sentimento di frustrazione, perché né l'operatore né l'interessato vedono cambiamenti.

Credo che nel mantenere il sottile equilibrio tra il piano relazionale e quello progettuale stia la possibilità che la persona in cerca di aiuto può trovare per cambiare, se lo desidera, e risolvere la sua situazione di difficoltà.

Provo allora a mettere sul tavolo alcune riflessioni sul ruolo dell'assistente sociale, nei servizi rivolti alla persona, esplorando in particolare le competenze relazionali per riportare un equilibrio, non solo pratico ma anche teorico, in tema di promozione del cambiamento, condito l'affermazione di Pasquinelli (2009): "Sappiamo infatti molto sui metodi di lavoro, gli strumenti manuali traboccano di indicazioni su come fare buoni progetti sui casi. Ma sappiamo ancora poco su cosa innesca il cambiamento atteso".

Credo che si possa proprio partire da questa parola, "atteso", che mi porta a contatto con una domanda: atteso da chi?

CAMBIARE SE STESSI O GLI ALTRI?

Le persone che accedono ai servizi sociali portano una richiesta di aiuto, nella maggior parte dei casi chiedono che la loro situazione di difficoltà venga risolta, senza per questo avere chiara la connessione tra il miglioramento delle condizioni di vita e il proprio cambiamento. In genere non desiderano cambiare, si aspettano che cambi il mondo intorno a loro: i genitori chiedono cambiamenti dai loro figli, i figli chiedono cambiamenti dagli anziani genitori, mogli chiedono cambiamenti dal marito e viceversa.

La connessione viene proposta dall'operatore del servizio: "se le cose non vanno bene sei tu che devi cambiare", come a dire che se sei

arrivato al nostro servizio è implicito che tu non vai bene, "individui per difetto", ¹ per i quali è dato per scontato che non sono stati capaci e che quindi devono cambiare per reinserirsi nella società. La relazione d'aiuto sembra fondarsi sul patto implicito "io ti aiuto e ti do quello che ti serve ma tu devi cambiare, mi devi dimostrare la tua volontà di reinserirti nella società". Per alcuni servizi, di secondo livello, l'accesso alle prestazioni è subordinato alla firma di un contratto in cui si dichiara la propria disponibilità a cambiare (per esempio nei servizi per le dipendenze).

Generalmente, i servizi alla persona propongono progetti finalizzati al recupero di funzioni "normali", il cammino dell'inclusione sociale passa attraverso il cambiamento dei propri comportamenti, degli stili di vita, delle proprie rappresentazioni di sé.

Già dall'avvio si comprende come differenti siano le visioni e come si cominci a delineare la distanza tra progetto e cambiamento atteso; sicuramente al momento del primo incontro l'assistente sociale e l'utente non hanno le stesse attese.

A questo si va ad aggiungere il fatto che in questi ultimi anni, negli ultimi mesi in particolare, accedono ai servizi persone che non hanno le solite caratteristiche di marginalità, sono "nuovi poveri", persone in difficoltà travolte da cambiamenti economico-sociali inattesi che hanno messo in discussione il loro *status* (separazioni, perdita del lavoro in età avanzata) e la loro identità. Di fronte a queste persone diventa più difficile proporre il paradigma "se le cose vanno male dipende da te e tu devi cambiare" e anche i progetti sembrano avere minore incisività e possibilità di riuscita.

SONO QUI CON TE

Le persone arrivano ai servizi con la speranza, un po' magica, di trovare qualcuno che, per qualche tempo, si possa prendere cura di loro, li sollevi da tutti i problemi che li stanno travolgendo. Due sono secondo me le linee di indirizzo che l'operatore può tenere nell'avviare il percorso di aiuto: il prendersi cura e la testimonianza.

Il prendersi cura, all'interno della relazione d'aiuto, ha per me il significato di proporre l'esatto opposto del cambiamento, ovvero accettare l'altro per quello che è, darsi un tempo per sostare con lui nello

spazio del dolore, dell'ansia, della tristezza per la perdita.

Credo che poter dire soltanto: "Io sono qui con te", e non andare oltre, è una competenza che l'assistente sociale, in particolare, ma tutti gli operatori che a vario titolo si occupano di relazioni di aiuto, può coltivare, uno strumento che, per utilizzare un termine di D. Novara (2007), definirei il "so-stare nella relazione".

Accogliere le emozioni, tollerare l'ansia di non agire, sollecitare la capacità di pensare, consente di costruire uno spazio relazionale in cui la persona ha la possibilità di offrire rappresentazioni di sé, della propria storia e dei problemi che si devono affrontare. È in questo spazio relazionale che l'operatore diventa testimone privilegiato dell'accaduto, colui che legittima il racconto e aiuta a dare senso e significato a alla storia, ai problemi.

La testimonianza diventa fondamentale perché fornirà il ricordo di quello che era, il punto da cui si è partiti per la strada del cambiamento. È responsabilità dell'operatore serbare questo ricordo, perché solo davanti allo sguardo dell'altro ha senso e significato il cambiamento, e se non sarà serbato il ricordo, chi testimonierà che il cambiamento è avvenuto?

DAL PRENDERSI CURA AL CAMBIAMENTO

Solo dopo avere compiuto i passi legati alla cura, all'ascolto e dopo che la persona avrà rimesso in ordine alcuni pezzi, dato senso e significato agli avvenimenti, forse, se lo desidera, si predisporrà al cambiamento.

Il desiderio di cambiamento è il presupposto fondamentale per attivare tutte quelle azioni che lo rendono possibile e visibile, così come l'idea di ottenere dei vantaggi di vario genere: di tipo economico, di tipo psicologico, del riconoscimento di sé e della propria immagine.

Il desiderio di cambiare assume diverse valenze all'interno della relazione d'aiuto, a volte nasce da una motivazione personale, ma spesso è il desiderio di "compiacere" l'operatore, che si sta dando tanto da fare, ciò che promuove la prospettiva di un cambiamento di vita. È accettabile che le persone si adattino alle aspettative dell'operatore? A volte sì, a volte è anche necessario, in quanto il cambiamento può avvenire solo in una dimen-

sione relazionale: "Cambio perché l'altro veda che posso essere diverso", prima che per mia soddisfazione personale.

Ciò che conta, per l'operatore, è la consapevolezza di assumersi questo ruolo, sapere che sta lavorando per promuovere l'adattamento di persone a nuovi modi di organizzare la giornata, l'educazione dei figli, il lavoro, consente di essere più disposti a tollerare i fallimenti, e ad essere vicini nei momenti di difficoltà. È importante riconoscere i segnali dell'adattamento, distinguere tra l'assunzione di responsabilità della propria decisione di cambiare e ciò che viene fatto per compiacere, per ottenere gratificazioni o vantaggi.

Penso che la presenza di questa consapevolezza sia ciò che consente di evitare il rischio che il piano progettuale e quello relazionale si confondano. La condivisione del progetto non può essere sempre considerata come la dimostrazione di una volontà di cambiamento, può essere che sia solo l'accettazione di un percorso di cui la persona intravede il raggiungimento di alcuni vantaggi. A volte, di fronte a questi atteggiamenti di quiescenza gli operatori si arrabbiano, oppure svalutano il cambiamento: "lo fa solo per ottenere il sussidio, il permesso premio, la libertà", come ci fosse la convinzione che il cambiamento nasce da dentro, da una profonda convinzione, dal rinnegare un passato per il nuovo futuro.

A questo proposito ritengo esemplificativo il collegamento alla mia esperienza di lavoro come assistente sociale nell'ambito del penale minorile, dove il progetto per il cambiamento è il fondamento dell'intervento con adolescenti che commettono reati.

La messa alla prova è uno degli strumenti che il Codice penale minorile mette a disposizione per promuovere e verificare nuove condotte di vita dell'adolescente, in considerazione della sua età e delle sue possibilità di crescita. Tra gli operatori di quest'area, il dibattito è sempre aperto su se sia corretto accettare e sostenere adesioni a progetti che muovono unicamente dal desiderio di uscire dal carcere, di evitare una condanna, o se sia indispensabile una forma di "pentimento" e di ravvedimento complessivo della propria condotta. "In realtà, anche l'adesione strumentale al progetto, soprattutto nel caso di reati gravi, è una risposta, comunque positiva,

poiché indica che (l'adolescente) comprende il senso della misura, ne percepisce l'utilità ed è disponibile a un percorso di maturazione personale alternativo alla detenzione" (Maggiolini, 2002).

Sta all'operatore cogliere l'opportunità che questa accettazione fornisce, per cominciare il cammino. E anche esplicitare che questa motivazione "utilitaristica" è accettabile, nella chiarezza degli impegni reciproci che si assumono.

È importante anche cogliere e tenere presente tutto quello che la scelta di cambiare, comporta a livello identitario, nei rapporti con gli altri: i parenti, gli amici, i compagni di scuola e gli insegnanti e la conseguente fatica di presentarsi diversi in situazioni dove si è riconosciuti, nel bene e nel male, in un certo modo. Mi riferisco per esempio alla difficoltà dell'adolescente rispetto al gruppo dei pari, piuttosto che alle relazioni familiari, dove i cambiamenti di una persona producono modifiche all'interno di tutto il nucleo.

Le persone cambiano quando hanno preso in considerazione quello che il cambiamento porterà nelle loro vite, ne avranno accettate le difficoltà e valutata la sostenibilità, si saranno immaginati quale potrà essere il loro nuovo modo di vivere.

Questo è il percorso lungo il quale possono essere accompagnati dall'operatore che li aiuti a vedere non tanto e non solo la necessità del cambiamento, ma anche gli ostacoli, i pericoli, le difficoltà.

IL PROGETTO COME PONTE VERSO IL CAMBIAMENTO

Il progetto diviene allora strumento che può essere utilizzato per costruire ipotesi, e poi smontarle, per costruirle di nuovo e vederle da diversi punti di vista. Pensare il cambiamento prima di agirlo è ciò che caratterizza l'intervento nella relazione d'aiuto.

Sarà possibile a questo punto, nello spazio relazionale che è stato costruito, mantenuto e protetto dall'operatore, vedere nascere un progetto di cambiamento condiviso. In questa fase è importante per l'operatore essere attento e consapevole dei possibili fraintendimenti tra condivisione e accettazione di alcune regole o di certi contratti. Entrambe le prospettive hanno la stessa dignità e contribuiscono alla

Note

1 "Il ritorno dell'individuo per difetto", intervista a Robert Castel, in Camarlinghi, D'Angella, 2005.

definizione del progetto, purché sia chiaro a entrambi quali sono i confini e gli scenari del cammino che si sta percorrendo. Spesso l'utilizzo del termine "condiviso" rappresenta l'incontro tra l'idea di progetto, che l'operatore ha, con l'adesione della persona a questa visione. Potrebbe essere una rivoluzione copernicana immaginare la possibilità che si verifichi l'adesione dell'operatore a un'idea nata dalla persona all'interno di una relazione in cui si è sentita accolta e accettata.

Accompagnare al cambiamento diventa allora un percorso in cui è possibile per l'operatore restituire alle persone in difficoltà le loro competenze e capacità, su di sé e sulla propria vita. Perché possano passare dalla richiesta del cambiamento degli altri all'assunzione di responsabilità del proprio.

Questo percorso richiede tempo, pazienza, attese e capacità di tollerare gli insuccessi i rallentamenti e gli imprevisti. All'interno di ogni progetto andrà prevista la possibilità di apportare modifiche in corso d'opera, senza per questo pensare al fallimento, ma guardando agli insuccessi come all'opportunità di ricostruire il ponte tra il cambiamento atteso e quello possibile.

Bibliografia

Camarlinghi R., D'Angella F. (a cura di), *Possiamo ancora cambiare*, i Geki di "Animazione Sociale", supplemento al numero 1, 2005.

Camarlinghi R., D'Angella F. (a cura di), *Coinvolgersi senza perdersi*, i Geki di "Animazione Sociale", supplemento al numero 10, 2008.

Maggiolini A. (a cura di), *Adolescenti delinquenti*, Milano, Franco Angeli, 2000.

Mernissi F., *La terrazza proibita: vita nell'harem*, Giunti, 1996.

Novara D., *Il quadrante dei conflitti*, materiale del "Centro Per la Pace", 2007.

Pasquinelli S., "Patti e progetti generano cambiamento?", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, 2009.

e sono finite malissimo, altre sulle quali non si sarebbe scommesso nulla, che invece stanno bene" (Rebuzzini, 2006).

Siamo abituati a pensare che una vita "normale" evolva secondo tappe prestabilite: la scuola, il lavoro, l'uscita dalla famiglia di origine, i figli, e così via. Il contenuto educativo di molte agenzie si ritrova nella tensione a evolvere, progredire, a crescere secondo una progressione lineare.

Malessere, disagio, sofferenza emergono quando questa linearità si rompe (o non si è mai riusciti a costruirla). Risalire agli eventi del passato che hanno spezzato la linea (gli inneschi iniziali) può aiutare molto gli operatori a dare un sostegno più mirato. A trovare i punti irrisolti, e da qui dei tempi di intervento che siano adeguati, piano piano, a ricomporre una nuova direzione.

QUANDO IL TEMPO SI FERMA

Il disagio diventa pesante quando il tempo si ferma, quando il futuro muore. Sintomo di un malessere profondo, il tempo chiuso su di sé è un tempo senza desideri. Un tempo disabitato, in cui magari si è trovato un equilibrio, ma molto fragile e talvolta molto patologico.

"La capacità di proiettarsi nel futuro è un indicatore di benessere psicosociale, perché rispecchia il mantenimento di capacità strategiche [...]. Il futuro si presenta come un nodo indistricabile per chi si confronta con la disabilitazione cronica di un figlio, di un partner o di un genitore" (Costa, 2007, p. 145).

Per un familiare *caregiver*, il futuro si riduce e può annullarsi per motivi che si alimentano a vicenda: perché l'oggi incalza e assorbe tutte le energie; perché pensare al futuro genera ansia, quando non promette nulla di buono; per la difficoltà a prendere delle decisioni, se si vive costretti in un presente percepito senza alternative.

Oneri di cura pesanti, che le persone si accollano interamente, riconfigurano traiettorie e stili di una vita che si ripiega su di sé. Si può così arrivare all'inerzia decisionale, all'incapacità di fare scelte proiettive su un futuro che si accorcia. Quando tutta l'attenzione diventa pre-occupazione autocentrata, paradossalmente perfino l'offerta di un aiuto esterno viene rifiutata, o non considerata, perché percepita come destabilizzante.

Il tempo nelle relazioni d'aiuto

Sergio Pasquinelli
Irs, Milano

Che ruolo gioca il tempo nelle relazioni d'aiuto? Può essere usato come un "alleato" nel lavoro dei servizi?

Sul tempo si è scritto e discusso in abbondanza. Poco si è detto sul tempo riferito alle relazioni d'aiuto, ad eccezione delle terapie e della psicoterapia in modo particolare. In altri contesti (educativi, sociali, riabilitativi), il tempo è stato poco esplorato come variabile in sé. Propongo alcune brevi riflessioni articolate intorno a tre questioni:

- come viene raccontato il tempo nelle professioni d'aiuto;
- a cosa può servire il tempo;
- come renderlo alleato nel lavoro dei servizi.

UN TEMPO DISCONTINUO

L'opinione più condivisa è che i percorsi d'aiuto non sono mai lineari. In terapia, per esempio, il cambiamento non segue una linea

preordinata "per accumulo o fasi successive, come, ad esempio 'capire sempre di più' e che avrebbe in sé l'idea di 'migliorare' o 'migliorarsi', e come meta qualcosa come 'mettere le cose a posto' [...]. Ciò che avviene in realtà è diverso, è la modifica di un sistema articolato di interazioni interne per far emergere delle 'parti' vitali che per qualche ragione sono inattive, sullo sfondo" (Fabbrini, 1989, p. 10).

Discontinuità che ritroviamo in chi si è occupato di disagio giovanile: "non è possibile che le persone facciano un cammino lineare con delle tappe precise (autonomia, responsabilità...), la mia vita personale smentisce questa possibilità. Non ho mai visto persone che hanno seguito un percorso lineare di ripresa di sé [...]. Ripensando all'esperienza, mi vengono in mente persone per le quali sembrava ci fosse una forte adesione al progetto

Una problematica che chiede nuovi modi di porsi da parte del sistema servizi, nei confronti di una fragilità chiusa, implosiva, che non si esprime in domanda.

INERZIE

Nella malattia mentale, queste caratteristiche assumono toni forti. “Inerzia e apatia sono le tradizionali compagne della psicosi: il futuro è morto, la malattia ha distrutto il desiderio, la capacità di progettare e di progettarsi. L’obiettivo è allora quello di risvegliare il paziente e di restituirlo, per quanto possibile, alla realtà relazionale e sociale, al tempo storico, di farlo nascere (orinascere) come soggetto sociale che reclama i propri diritti civili” (Pietropoli Charmet, Savuto, 2001, p. 17).

Un tempo che si è fermato caratterizza nel suo complesso l’area della cosiddetta cronicità, non solo della malattia mentale: i casi multiproblematici, le situazioni che hanno alle spalle anni di tentativi falliti. Situazioni pesanti che sfidano più da vicino operatori e servizi nella loro capacità di risposta, di resistenza, perché è difficile fare previsioni che spesso saltano, ma occorre farle.

Ma la cronicità può diventare anche un alibi per i servizi (“c’è poco da fare, è un cronico”) e andrebbe sempre considerata un destino “non ineluttabile” (Grosso, 2009). Essa richiede tempi lunghi di intervento, equipe di lavoro attrezzate, capaci di gestire evoluzioni e regressioni, passi avanti e ricadute. Ma soprattutto, di fronte alle situazioni più complesse, i servizi non possono essere soli: è cruciale lavorare in rete con le realtà del territorio (associazioni, imprese, gruppi, altri servizi), come indica il bel lavoro di Pasqualin e Bolognesi (2008).

TEMPO PER COLTIVARE LA FIDUCIA

Vengo ora al secondo punto: a che cosa può servire il tempo nelle relazioni aiuto?

Credo che le funzioni possano essere di due tipi. Una funzione più di tipo materno, volto ad accogliere, a proteggere il bisogno, la sofferenza, a offrire un ascolto emotivo; oppure più di tipo paterno, su cui ritornerò tra breve. Dal primo punto di vista, è limpido il racconto di Roger Gentis (1987, p. 5), psichiatra francese, riferito ai pazienti psicotici in carico a un servizio territoriale: “c’è in loro un’aspirazione alla per-

manenza e alla stabilità che resiste a ogni proposta terapeutica [...]. Occorre dunque, e talvolta per molto tempo, accettare questi malati come sono e non esigere niente da loro; è il solo mezzo per mantenere il contatto, per garantire loro un minimo di vita di relazione e preservare l’avvenire. L’esperienza mostra in effetti che questo atteggiamento di attesa rispettosa finisce quasi sempre per pagare: arriva immancabilmente un momento in cui le vicissitudini dell’esistenza minacciano il malato nell’equilibrio precario in cui si era rifugiato ed è allora verso coloro che hanno saputo conquistare la sua fiducia che egli si rivolge per chiedere aiuto”.

Un tempo generatore di fiducia è un tempo che predispose un atto fondamentale per cambiare: riconoscere di non bastare a se stessi, riconoscere di avere bisogno d’aiuto. Per arrivarci, la fiducia deve essere autentica, implica presenza, esserci: “io ci sono, mi fido di te”. Allora la fiducia può diventare generativa di uno sguardo diverso su di sé, di un modo diverso di “rappresentarsi” i propri problemi.

Tutto questo, nei servizi, richiede due cose: disporre di tempo, perché un tempo breve e un tempo che incalza è nemico di questo processo generativo; e poi un tempo che non chiede, che non esige risultati immediati, come dire, un tempo paziente.

TEMPO PER ATTIVARE LE RISORSE

Il tempo può avere una seconda funzione, secondo un codice “paterno”. Più normativo, centrato sulla razionalità, la separazione, l’autonomia.

Qui l’elemento chiave è la durata: gli interventi di aiuto hanno una durata più o meno prestabilita. Ci sono interventi che non ce l’hanno (gran parte delle psicoterapie), o che la misurano in diversi anni (per esempio, in psichiatria). Ricorre più spesso là dove i servizi offrono, oltre a un sostegno diretto, anche un sostegno monetario: l’indennità di disoccupazione non supera gli otto mesi per chi ha meno di 50 anni; alcuni assegni di cura regionali durano tra uno e due anni.

Tempi certi, condivisi, rinviano solitamente a una logica dell’aiuto di tipo contrattuale. Dove si stabilisce un progetto, obiettivi e contenuti del sostegno, diritti e doveri delle parti.

Legandosi a un patto che definisce impegni reciproci e tempi, il processo di aiuto acquista tensione all’autonomia: una durata certa può essere utile per evitare situazioni di dipendenza dai servizi; incoraggiare le persone ad attivarsi; capire meglio che cosa davvero ostacola il cambiamento.

Tempi e scadenze hanno però bisogno di essere presidiati. L’idea di una durata dell’aiuto assume, infatti, che in un certo lasso di tempo succeda “qualcosa”, in base al quale cessa il bisogno. Ma “qualcosa” non accade da solo, per magia (per inciso, qui sta il limite di un welfare tutto monetario). Affinché qualcosa cambi c’è bisogno di sostegni, di accompagnamento.

La definizione concordata dei tempi dell’aiuto, con l’accompagnamento e le verifiche necessarie, ha delle potenzialità secondo me ancora poco sfruttate dai servizi. Un uso maggiore di questa dimensione deve rispettare però due condizioni.

In primo luogo, tempi e scadenze vanno stabiliti in modo che si possa realisticamente rispettarli. I tempi che ci si danno per pura formalità sono un’ipocrisia che riduce molto la credibilità dei servizi e degli operatori. In secondo luogo, tempi e scadenze vanno stabiliti usando “parametri flessibili”. L’eccessiva rigidità nella gestione del tempo, delle scadenze, dei rinnovi, è nefasta quasi quanto l’indulgenza accomodante, che pone dei tempi, ma lo fa senza crederci davvero e in modo puramente formale.

Tempo per gli altri, tempo per sé

Ho avuto modo di conoscere un tipo particolare di percorso, che riguarda lo spostamento di attenzione da sé agli altri. E poi dagli altri a sé. È la dinamica che scatta nelle comunità terapeutiche tra gli ospiti più anziani nei confronti di chi è più giovane, o palesemente più debole.

È la dinamica su cui si fonda l’intervento degli alcolisti anonimi, che fanno volontariato intervenendo su chi è ancora dipendente, e ciò facendo continuano a occuparsi anche di sé. Motivi di spazio mi impediscono di approfondire questo tema, che trovo particolarmente interessante e fecondo. Dove l’idea è quella di arrivare a sé, e a uno sguardo diverso su di sé, dedicandosi agli altri, responsabilizzandosi nei confronti degli altri. Come dire: il tempo per sé arriva dal tempo per gli altri.

UN TEMPO ALLEATO: OSSERVAZIONI FINALI

A quali condizioni il tempo può essere utile ai servizi? Le scelte su come usare il tempo, nel lavoro dei servizi, sono oggi sottoposte a pressioni diverse. Ne individuo tre in particolare.

Primo: le persone chiedono risposte immediate. In un contesto sociale in cui i tempi sono sempre più frammentati, accelerati, la risposta pronta è ricercata, ma spesso impossibile. C'è un lavoro pedagogico da fare con le persone che si rivolgono ai servizi e che riguarda un' "educazione al tempo possibile".

Viviamo tempi saturi di sollecitazioni e di attenzioni, in cui mal si sopporta di stare da soli con i propri problemi. Ai servizi arriva una domanda che vuole risposte in linea con gli stimoli che ci circondano: veloci, risolutive.

Occorre far decantare questa urgenza, per difendersi da richieste che non possono trovare sbocco immediato. Certo, ci sono situazioni che richiedono velocità: un abuso su un minore, un trauma familiare, un incidente. Ma l'intervento tempestivo non è risolutivo, è il mettere a posto temporaneamente. L'intervento tempestivo chiama altre attenzioni, chiama la possibilità di fermarsi per guardare avanti, chiama un progetto.

Secondo: occorre dare tempo, lo abbiamo visto, alla parola del disagio. Tempi lunghi richiedono continuità: nelle figure di riferimento, nell'organizzazione dei servizi, nelle risposte. Esistono le condizioni per garantire questa continuità? Mi pare sempre meno. L'incertezza cronica sulle risorse disponibili, operatori inquadrati in rapporti di lavoro temporanei, a termine, le riducono fortemente. In un contesto in cui lo stesso tempo degli operatori per sé è sacrificato in termini di formazione, lavoro di equipe, sperimentazione.

Per ridare una prospettiva alle persone, gli operatori devono anzitutto averla loro. Il che è difficile con un contratto che scade fra sei mesi. Per questo, nei servizi, si parla malvolentieri dei tempi dell'aiuto: è un tema ostico che si scontra con organici ridotti e servizi poco inclini a misurarsi con questa dimensione. L'obiettivo della stabilità professionale rimane fortemente correlato con la qualità degli interventi realizzati.¹

Terzo: ai servizi si chiede oggi di dar conto della propria utilità,

dei propri risultati. Ma i tempi del cambiamento possono richiedere attese lunghe, dove i risultati semplicemente non esistono, o non sono rilevabili. È questo un tema che va affrontato, problematizzato, discusso. A volte nei servizi si tende a evitarlo, a rimuoverlo.

Quali sono i "risultati" di un servizio per le dipendenze, o di un'assistenza domiciliare a minori? Sono qualcosa di conoscibile? Come posso definirli, articularli, scomporli? Posso rendere trattabile un tema come questo?

Rispondendo a queste domande si porterà l'attenzione su dimensioni diverse: le componenti del benessere individuale; gli inneschi generati, non solo gli esiti; le tappe e i traguardi raggiunti, che possono preludere a passaggi successivi.

Si inizierà così a conciliare il

tempo dell'azione con quello della valutazione.

Bibliografia

Costa G., *Quando qualcuno dipende da te*, Roma, Carocci, 2007.

Fabbrini A., "Il cambiamento in psicoterapia della Gestalt", *Alianews*, 3-4, 1989.

Gentis R., "Il lavoro terapeutico on gli psicotici nell'istituzione psichiatrica", *Aliapapers*, 13, 1987.

Grosso L., "Perché la cronicità non è destino ineluttabile", *Animazione Sociale*, 4, 2009.

Pasqualin S., Bolognesi S. (a cura di), *Lavorare con storie difficili*, "I Geki" supplemento ad "Animazione Sociale", n. 10, 2008.

Pietropolli Charmet G., Savuto G., *Padre quotidiano. La cultura affettiva in un percorso terapeutico*, Torino, Bollati Boringhieri, 2001.

Rebuzzini R., intervista in: Comunità del Giambellino, *Continuità e cambiamento*, Milano, 2006. <http://www.giambellino.org>

Ranci Agnoletto D. (a cura di), *Successo e fallimento nei servizi sociosanitari*, Milano, Franco Angeli, 1990.

Note

1 Una ricerca Irs di molti anni fa lo aveva evidenziato: i servizi tendono a riprodurre con gli utenti relazioni analoghe a quelle messe in atto al proprio interno (Ranci Agnoletto, 1990).

Disagio psichico: un'esperienza a Milano

Giampietro Savuto

Fondazione Lighea, Milano

Piero parlava e il discorso veniva bene.

L'aula magna del liceo era gremita e la platea ascoltava attenta. Si celebrava il cinquantesimo della fondazione del più prestigioso liceo della città e Piero era stato scelto come oratore degli studenti: sì, si sentiva *leader*.

I suoi compagni e l'intero corpo insegnante gremivano l'aula: in prima fila il preside e l'assessore all'educazione, ex alunno.

Scoppia l'applauso, caloroso e prolungato, Piero, trionfante, scende dal podio... inciampa e travolge la bottiglia predisposta per gli oratori: il vetro si frammenta in schegge minute che s'irradiano e una sventagliata d'acqua inaffia la prima fila, schizza il viso del preside e bagna la giacca dell'assessore.

Quella bottiglia infranta è l'evento "traumatico" che cambia la vita di Piero. Alla vergogna di quell'epi-

sodio Piero si trova legato da un'incoercibile coazione a ripetere che lo induce a riprodurre ossessivamente gli stessi rituali. Viene dominato da un impulso che lo porta a rompere tutto ciò che è fragile.

È subito una strage: bicchieri, piatti, suppellettili di vetro devono essere continuamente rinnovati. La stessa sorte tocca ai suoi occhiali, più volte calpestati, spesso in occasione di visite lungamente desiderate a musei o mostre. Lo fa senza violenza, con signorilità e disinvoltura: mostrando di non accorgersene, fa scivolare l'oggetto fino al bordo del piano d'appoggio, poi ne provoca sbadatamente la caduta.

Ciò che lo spinge è il tentativo di ricreare esattamente quella prima situazione archetipica, di realizzare la stessa ricaduta di frammenti, come se solo riproducendo quella esatta configurazione potesse liberarsi. Analoghi rituali ossessivi

li manifesta nei confronti del linguaggio: campione di elucubrazioni capziose, è capace di ricominciare all'infinito lo stesso discorso variando leggermente la strutturazione delle frasi, nel tentativo, mai riuscito, di farlo aderire a un proprio disegno di perfezione.

Piero è dominato dal suo bisogno di "espiare", e quindi di soffrire. Non sopporta alcun tipo di gratificazione. Ogni più modesto piacere deve essere scontato con feroci docce fredde, preferibilmente da vestito.

Intorno al nucleo patogeno si struttura poi un universo delirante di tipo persecutorio. Intanto Piero si ritira sempre di più dalla vita sociale, fino a ridursi recluso volontario fra le mura domestiche: interrotti gli studi, frustrate le ambizioni artistiche, dimenticato l'amore per la pittura.

Alla fine viene convinto a entrare in comunità.

LA COMUNITÀ

La comunità che accolse Piero era una delle residenze Lighea.

Attualmente le comunità della Fondazione Lighea¹ sono tre: due ubicate in appartamenti di condomini del centro di Milano, una con sede in una villetta cui è annesso il centro diurno che accoglie pazienti sia interni sia esterni.

Sono concepite come unità residenziali a media protezione per numero ridotto di ospiti (8-10), ai quali viene offerta assistenza continuata lungo l'intero arco delle ventiquattro ore.

L'utenza è composta da uomini e donne affetti da disagio psichico di età superiore ai 18 anni, nei quali la malattia ha prodotto, come effetti collaterali, inerzia, isolamento ed esclusione sociale.

L'intervento praticato intende opporsi alla logica della normalizzazione rapida attraverso la soppressione dei sintomi, per dare invece spazio ad un lavoro terapeutico-riabilitativo che si propone di strappare l'ospite al suo isolamento e di restituirlo, almeno in parte, alla vita sociale e relazionale.

L'unità residenziale offre agli ospiti la possibilità di impegnarsi in attività al suo interno, ma è sempre concepita come struttura aperta, tappa di un processo generale di risocializzazione: l'obiettivo è infatti quello di mettere il paziente in condizione di non lasciarsi schiacciare dalla sua patologia, ma di saperci convivere, controllandone gli aspet-

ti più distruttivi che inibiscono la vita sociale e affettiva.

Nella comunità, l'ospite ha un ruolo di figlio, non più unico e onnipotente, ma alla pari con i compagni-fratelli, con i quali deve imparare a interagire, come loro sottoposto alle regole di una normativa comune. Al modello familiare di origine, dominato dalle simbiosi, universo regressivo che fissa il paziente nel ruolo di eterno bambino, se ne sostituisce uno diverso, nel quale l'equipe terapeutica incarna figure genitoriali sane, disponibili, chiare nella comunicazione e coerenti nel comportamento.

Tutti gli ospiti vengono progressivamente coinvolti nella gestione della casa attraverso la suddivisione di compiti inerenti la vita quotidiana (cura degli effetti personali, preparazione dei pasti, acquisti, ecc.) e decidono insieme le attività ricreative comuni. Partecipano a riunioni di gruppo settimanali con la presenza di terapeuti e operatori per discutere le dinamiche interne e organizzare la vita comunitaria; effettuano colloqui individuali con lo psichiatra per il controllo dei farmaci e con lo psicologo. Attenzione viene rivolta anche alla famiglia, che deve "crescere" insieme al paziente e i cui membri vengono seguiti con colloqui individuali e riunioni di gruppo.

CAMBIAMENTI

Il paziente che entra in comunità attraversa, nel suo *iter* terapeutico, alcune fasi di cambiamento che, nonostante le peculiarità dei singoli individui, presentano caratteristiche simili, facilmente individuabili.

All'inizio il paziente non si sente parte di un gruppo, spesso non ha piena consapevolezza della propria malattia.

Un primo passo è la presa di possesso dello spazio casa, che cessa di essere un non-luogo per diventare luogo di vita: il paziente smette allora di abitare un altrove per riconoscersi ospite.

Il passo successivo è l'accettazione del ruolo di malato e del bisogno di aiuto. All'interno della comunità l'ospite trova chi tale aiuto può offrirgli (operatori, psichiatri, psicologi), figure diverse alle quali impara a rivolgere richieste diversificate a seconda dei ruoli.

Un progresso ulteriore si realizza con l'integrazione nel gruppo, i cui membri riconosce simili a sé, uniti dalle stesse ansie, dalle stesse

paure, dalla comune sofferenza, da una storia di disagi e da un progetto di speranza.

Alla fine del percorso vi è l'uscita dal mondo solipsistico della malattia e la presa di coscienza della presenza dell'altro.

A questo punto, compito della cura è quello di valorizzare le singolarità dell'individuo, potenziando il programma terapeutico individuale proposto a ciascun paziente all'atto della presa in carico. Se all'inizio si tratta di semplici uscite con un operatore che lo accompagna in piacevoli attività (passeggiate, palestra, nuoto), ora vengono proposti al paziente impegni più strutturati: frequenza a corsi, partecipazione a gruppi di animazione teatrale, arte terapia, musica e danza terapia, tirocini lavorativi.

Obiettivi comuni sono:

- il recupero delle potenzialità compromesse dalla malattia;
- la conquista di un buon livello di autonomia;
- lo sviluppo di relazioni personali;
- l'acquisizione di un'immagine di sé più adulta e positiva.

L'ipotesi su cui poggia l'intervento è che il paziente possa intraprendere un autonomo cammino di crescita e integrazione attraverso il fare, l'interazione con l'ambiente e lo stabilirsi di una prima trama di relazioni sociali significative. L'intervento è poi sempre visto in una prospettiva di progettualità: attività anche modeste acquistano significato se inserite in un progetto globale che disegna un percorso di autonomia.

L'OPERATORE E IL SUO RUOLO

L'operatore che accompagna il paziente nelle attività si presenta come "agente del cambiamento": ha il compito di proteggere il suo assistito da eventuali situazioni traumatiche e di costituire per lui un modello comportamentale; si propone come un tramite rispetto alle diverse realtà nelle quali il paziente si trova a vivere, rendendo possibili esperienze che altrimenti gli sarebbero precluse.

Più che parlare, l'operatore "agisce con", compie cioè quegli "atti parlanti" che rafforzano il debole Io del paziente e gli permettono di affrontare emozioni che diversamente lo

Note

¹ Per un approfondimento di questa esperienza si rinvia a: Pietropoli Charmet G., Savuto G., *Padre quotidiano. La cultura affettiva in un percorso terapeutico*, Torino, Bollati Boringhieri, 2001.

devasterebbero. Funziona pertanto come un "Io vicario" (alcuni parlano di "stampella dell'Io") che non entra in collusione con il nucleo patologico ma, alleato al paziente, condivide con lui un'esperienza e gli offre l'occasione di promuoversi in modo diverso rispetto al ruolo consueto.

Nella relazione con il suo assistito, l'operatore deve fare i conti con la propria paura e con la frustrazione derivante dal senso d'impotenza. Se l'eccessiva paura è pericolosa, non è meno pericolosa la sua negazione: entrambe spingono a irrigidire il proprio ruolo, ad applicare la "regola" con intransigenza, laddove è invece fondamentale una duttilità che si adatti alle diverse situazioni; anche perché non c'è nessuna regola che possa essere prescritta in assoluto, nemmeno dal supervisore più esperto e sensibile, ma è il rapporto empatico con il paziente a suggerire il rapporto più idoneo.

La figura dell'operatore deve avere la capacità, secondo i casi e i momenti, di assumere tanto un ruolo paterno, di carattere più normativo, quanto un ruolo materno, più protettivo. Se proprio si trova in una situazione di *impasse*, è meglio che l'operatore non finga, non mascheri la propria impotenza, ma la sveli, verbalizzandola. Anche il paziente ha paura e mette alla prova il suo operatore, che deve rifiutarsi di occupare la posizione nella quale lo si vorrebbe relegare, reattiva rispetto ai comportamenti patologici, e saper trasformare l'attacco alla propria persona in comunicazione.

Paura e frustrazione, importanti per ridimensionare le tentazioni di onnipotenza, possono essere costruttivamente metabolizzate nel confronto settimanale con il supervisore.

Il lavoro esterno ha una ricaduta anche all'interno della comunità, sotto forma di un materiale più ricco da offrire alla discussione e al confronto.

Se ciascun ospite ha una sfera personale di attività, altre iniziative di carattere ricreativo e culturale (gite, cinema, pizza, ecc.) sono comuni al gruppo e vengono decise insieme.

TEMPI E RITMI

Ci si muove nella prospettiva di coinvolgere l'ospite in ritmi di vita il più possibile "normali": un orario per alzarsi, la cura della propria persona, dei propri spazi ed effetti personali, piccoli doveri quotidiani

imposti dalla vita in comune, l'uscita dalle mura domestiche a orari precisi per assolvere gli impegni stabiliti, il tempo libero da dedicare ad attività ricreative, i pasti consumati insieme.

Tutto questo agisce nella direzione di "dare ordine": dare ordine a un tempo vuoto attraverso la "costruzione" di una giornata scandita dal calendario delle diverse mansioni, di una settimana con i suoi ritmi e i suoi riti; dare ordine al flusso caotico di sollecitazioni cui il paziente è sottoposto, mediante il contatto con situazioni solidamente strutturate e l'individuazione di ruoli ben precisi; dare ordine alla confusione generata da modalità comunicative distorte e contraddittorie, cui vengono sostituiti messaggi diretti e chiari.

Emerge qui il valore tranquillizzante, consolatorio, terapeutico, dell'abitudine. La dimensione del quotidiano, con il suo modesto carattere di ripetitività, ha come effetto di ricompattare il "Sé" disperso di individui che anche nell'aspetto esterno e nei comportamenti riproducono il disordine interiore.

Da quanto detto, emerge l'importanza della circolarità della comunicazione fra tutti i membri dell'equipe coinvolti, a diverso titolo, nell'intervento, tanto più che i pazienti tendono a dividere, a mettere l'uno contro l'altro gli operatori. Si tratta di una strategia distruttiva in primo luogo per chi la mette in atto, che va protetto dal proprio autolesionismo attraverso la risposta di un'equipe che sa resistere agli attacchi compatti e solidale.

Il momento elettivo per lo scambio di comunicazioni sul paziente è lo spazio di supervisione, in cui le osservazioni attinte dalle diverse fonti (operatori interni ed esterni, psicologo, psichiatra) vengono a comporsi in un puzzle al quale danno e dal quale ricevono significato.

La peculiarità dell'intervento nel suo complesso è l'attenzione costantemente rivolta al futuro del paziente piuttosto che al suo drammatico passato. Tutti i passaggi descritti acquistano infatti significato solo se visti all'interno di un disegno di progettualità globale. Si parte dall'analisi del disagio presente, delle potenzialità e delle capacità residue, per immaginare un piano evolutivo, da realizzarsi per tappe, il cui punto di arrivo è la capacità di governare la complessità dell'esistenza accettando il cambiamento e la trasformazione.

VERSO L'AUTONOMIA

Una volta esaurito l'*iter* terapeutico-riabilitativo in comunità, il paziente viene trasferito in un alloggio autonomo, con una strategia graduale (attualmente tali alloggi sono 11).

Si tratta infatti di allentare progressivamente il cordone ombelicale che lega l'ospite alla struttura, senza tagliarlo del tutto. Non si usa nemmeno il termine "dimissione", che potrebbe spaventare, si parla piuttosto di "continuazione dell'intervento terapeutico in una fase diversa".

Per prima cosa il paziente viene coinvolto nella scelta e nell'arredamento dell'abitazione: si tratta di aiutarlo a personalizzare il nuovo spazio al fine di appropriarsene. In genere gli alloggi sono concepiti per due-tre persone e quindi è necessario promuoverne l'affiatamento. La presa di possesso del nuovo alloggio avviene gradualmente: vengono trasferiti alcuni effetti personali, ci si passa qualche ora pomeridiana con gli amici, ci si ferma qualche notte a dormire, ci si trascorre il *week-end*.

Dopo un periodo di *part-time*, che può anche durare a lungo, il soggetto prende pienamente possesso del proprio domicilio, pur continuando a mantenere rapporti assidui con la comunità di provenienza e con il gruppo, nonché con gli altri compagni che hanno seguito il suo stesso percorso, all'interno di una rete protettiva che realizza i presupposti per la riuscita dell'intervento.

Il grado di autonomia degli ospiti di comunità divenuti inquilini di alloggi indipendenti è diverso: alcuni hanno una vita sociale abbastanza intensa, qualcuno svolge piccoli lavori *part-time*, qualcuno ha ripreso gli studi; altri sono più chiusi, meno attivi, hanno bisogno di maggiore sostegno offerto dai quotidiani interventi domiciliari degli operatori. Tutti hanno però sviluppato un profondo senso di appartenenza al gruppo e di solidarietà, che li porta a offrire e ricevere aiuto.

PER CONCLUDERE

A questo punto mi siano permesse alcune considerazioni: l'assistenza pubblica ci ha abituato a istituzioni e servizi che prevedono un'alta concentrazione numerica, funzionale al contenimento dei costi.

Quello che è stato qui illustrato è invece un intervento che prevede comunità a dimensione familiare, inserite nel tessuto urbano, utilizzo di spazi sociali da tutti frequentati,

con il vantaggio di superare l'isolamento e l'estraneità del "diverso". La strategia dedica inoltre particolare attenzione al decoro dell'*habitat*: tutti gli spazi-casa sono ubicati in edifici di quartieri residenziali centrali o semicentrali, sono curati nell'arredamento e nei particolari, così come i luoghi in cui si svolgono le attività del Centro diurno.

Certo, i costi sono notevoli. Tuttavia, se il modello funziona, contrapponendosi alla logica dell'as-

sistenza alla cronicità, non è forse economicamente vincente?

Post scriptum

L'ultima volta che ne ho avuto notizia, Piero progettava vetrate artistiche. Mi aveva inviato una pubblicazione illustrativa di quelle da lui realizzate per una chiesa lombarda.

I frammenti della bottiglia infranta si erano finalmente ricomposti in un mosaico dai colori smaglianti.

Il cambiamento polifonico: io, gli altri, la comunità

Oliverio Motta
Comunità Nuova

In coscienza, non so dire se la situazione sarà migliore quando cambierà; posso dire che deve cambiare se si vuole che diventi migliore

Georg Lichtenberg,
Osservazioni e pensieri

"Ma poi, cambiano davvero?", quante volte ci siamo sentiti fare questa domanda dai nostri interlocutori.

Se siamo assistenti sociali ce l'avrà chiesto l'assessore o il consigliere comunale di turno, se operatori del privato sociale ce lo chiede il nostro potenziale donatore, l'assessore, il consigliere comunale, il giornalista frettoloso, ma anche l'assistente sociale di riferimento.

Non sempre, a dire il vero, si tratta di una domanda esplicita e diretta, ma l'interrogativo sta lì, negli occhi di chi guarda da un po' di distanza le questioni sociali. Quasi sempre si tratta di uno sguardo strano, un *mix* di speranza e scetticismo.

Non c'è niente di male, intendiamoci: se esistono dei servizi d'aiuto alle persone, questi sono chiamati a essere coerenti con la propria *mission* e a provare a documentare la propria capacità di rispondere veramente e concretamente alle domande d'aiuto che intercettano. In questi ultimi anni, la crescita di

questo tipo di domande, su un versante più esigente e competente, ha dato vita a un fiorire di iniziative volte a "misurare" e a "valutare" i risultati del lavoro sociale.

Occupandomi quotidianamente di promozione dei servizi e, su un altro versante, di valutazione di progetti sociali, questa domanda non può che essere uno degli "strumenti del mestiere". Uno dei principali.

QUALI CONDIZIONI FAVORISCONO IL CAMBIAMENTO? DUE PREMESSE

Cerco di rispondere alla domanda a partire da un percorso di valutazione che sto co-conducendo presso la comunità terapeutica Villa Paradiso di Besana Brianza.¹ Si tratta di un percorso lungo (dura ormai da più di un anno), che mi ha permesso di vedere da vicino il "funzionamento" di una struttura complessa orientata a sostenere il percorso di cambiamento di decine di persone con problemi di tossicodipendenza.

Ma prima di entrare in argomento, credo che valga la pena fare due premesse. Esse rappresentano, a mio modo di vedere, i due scogli (Scilla e Cariddi) attraverso i quali gli operatori sociali oggi devono passare.

La prima riguarda la retorica del cambiamento che pare prevalere oggi nell'opinione pubblica e in buona parte del personale politico. È un'idea piuttosto semplice, direi superficiale, che fa corrispondere il cambiamento con il superamento di comportamenti eterodossi e *borderline*; una concezione più attenta ai fenomeni e alla condotta sociale che alla condizione di bisogno della persona in difficoltà. Una visione più orientata a ottenere conformismo che a offrire aiuto. Nelle versioni più radicali, il cambiamento passa attraverso non l'eliminazione della condizione di bisogno, ma attraverso la scomparsa (o almeno l'invisibilità) della persona portatrice di tale condizione. Appartiene a questo filone, a mio parere, il proliferare di ordinanze comunali in tema di sicurezza.

Se Scilla, insomma, è l'"aria che tira" attorno all'operatore sociale, Cariddi è rappresentato dal "mistero" del cambiamento. Sì, perché la svolta nelle storie delle persone, il progredire, il traguardare, è ancora tutto sommato un grande mistero. Ho sempre presente una frase che mi ha detto un giorno un esperto operatore di comunità: "Io, dopo tanti anni di lavoro, non ho ancora capito cosa 'funziona' davvero in una comunità di recupero. Ogni persona fa una strada tutta sua. Se scopriessi che la Nutella fa smettere di farsi, imposterei il mio metodo sulla crema alle nocciole".

Questo, naturalmente, non vuol dire che ci si debba arrendere al fatalismo o che si debba andare necessariamente per tentativi, ma che qualsiasi percorso e relazione d'aiuto risulta irriducibile a formule, percorsi o addirittura ricette precostituite valide sempre e comunque. E chi dice il contrario mente, sapendo di mentire.

Detto questo, vorrei sinteticamente esporre che cosa ho compreso attraverso il percorso di valutazione condotto a Villa Paradiso.

Indicherei sei punti che mi paiono in grado di favorire i cammini di cambiamento delle persone che in comunità vengono accolte e seguite.

Primo: conoscere sé stessi

Il primo elemento è la conoscenza di sé stessi, come servizio e come equipe di operatori. Non tutti i ser-

Note
1 "Villa Paradiso", nata nel 1984 su iniziativa di Comunità Nuova onlus, è una Comunità di tipo residenziale collocata in area terapeutico-riabilitativa. Può ospitare fino a 30 utenti con problemi di dipendenza, eventualmente con misure alternative al carcere e con terapie sostitutive.

vizi, infatti, sono uguali; ciascuno ha caratteristiche, orientamenti e stili educativi diversi. Nel caso delle comunità, per esempio, possono esserci strutture più orientate al contenimento e più normative, e altre più strutturate sulla relazione e il lavoro su di sé; servizi basati sulla prevalenza dell'attività ergoterapica e altri più sulla centralità del gruppo e così via. In questo quadro, avviene inevitabilmente che alcuni servizi risultino più adatti a un certo tipo di persone e altri più efficaci a sostenere il desiderio di cambiamento di altre. Diventa allora importante abbinare il servizio giusto a quella particolare persona. E diviene dunque essenziale conoscersi e descriversi correttamente: che cosa posso offrire alle persone che mi chiedono aiuto? Quali sono le mie caratteristiche? Quali i miei punti di forza? E cosa invece non riesco a garantire?

Se mi conosco a fondo posso fare proposte più mirate, posso selezionare in maniera specifica i miei potenziali utenti e dunque creare migliori condizioni per promuovere cambiamento.

Micaela Colombo, responsabile e coordinatrice della comunità, nel corso dell'intervista propedeutica al percorso di valutazione:

“Se uno venisse qui a lavorare convinto di cambiare radicalmente tutte le persone, si sbaglierebbe di grosso. Io penso che noi qui facciamo un pezzo del lavoro necessario per il cambiamento delle persone. Magari un pezzo determinante e qualche volta risolutivo, ma un pezzo. E comunque noi non andiamo bene per tutti, non siamo capaci di lavorare con tutte le persone. Questa è già una consapevolezza importante da avere, secondo me: non tutte le persone riescono a fare delle cose qui. Io credo che l'importante sia che le persone che stanno qui si portino via un'esperienza buona e significativa per loro. Qua, per capirci, non è un posto dove puoi stare solo per far passare il tempo, in parcheggio. Noi qui non puntiamo in basso, chiediamo tanto, sappiamo poi che si raggiungerà quello che si potrà. Ma noi non abbassiamo il tiro per adeguarci, chiediamo ai nostri ospiti di lavorare duramente su di sé. Siamo una comunità in cui centrale è il lavoro di rielaborazione della propria storia e di serrata relazione con gli operatori e con il gruppo degli altri ospiti. Per certi versi possiamo dire che al centro non ci sono le regole formali

della comunità, ma l'investimento emotivo e affettivo sulle persone e sulle relazioni tra loro. E questa non è cosa per tutti; qui devi metterti in gioco e molto. E certe persone, questa continua 'tensione relazionale', non la reggono.”

Tempo per la domanda

Il secondo elemento che mi pare abbia un'importanza notevole è quello del tempo lasciato alla domanda d'aiuto. Credo sia ormai un dato di fatto acquisito tra gli operatori che la domanda iniziale d'aiuto non sempre corrisponde ai bisogni veri che ci portano le persone che arrivano ai nostri servizi. Il vero problema è però come dare tempo e spazio alla domanda d'aiuto e di cambiamento per formularsi appieno, per articolarsi al di là degli aspetti formali e burocratici che possono caratterizzare i primi contatti con i servizi. Una domanda che ha il tempo e gli ambiti in cui chiarirsi, dispiegarsi (e spiegarsi) crea condizioni favorevoli a un ulteriore itinerario di cambiamento. È il caso, ad esempio, dei percorsi brevi che molte comunità, tra cui Villa Paradiso, hanno strutturato per coloro che hanno problemi con la cocaina. Si tratta di tre mesi dedicati a mettere a fuoco i reali problemi e a far crescere una maggiore consapevolezza attorno a ciò che è necessario e si desidera fare per uscire dalla condizione problematica in cui si è finiti. Un periodo breve nel corso del quale la “terapia” è iniziata, ma ha “solo” l'obiettivo di strutturare una più definita domanda d'aiuto.

Chiara Dornetti, responsabile dei percorsi brevi in comunità:

“L'esperienza dei percorsi brevi ci dice che è importantissimo darsi del tempo. La gran parte delle persone che accogliamo arriva qua dicendo ‘mi hanno detto che ho un problema’; ma manca quasi sempre la capacità di definirne i contorni. In questo senso, il programma breve a Villa Paradiso è una sorta d'inizio di conoscenza di sé, un tempo di valutazione. Le persone cominciano a entrare in contatto con un'idea più personale delle proprie difficoltà, superando quella indotta dalle condizioni esterne. La cocaina, in modo particolarmente forte (ancora di più dell'eroina), dà l'illusione di farsi controllare dal consumatore e quindi per quest'ultimo è molto più difficile entrare nell'ottica di aver perso il controllo e di avere un grosso problema che non riesce a gestire”.

La polifonia del cambiamento: il gruppo

La comunità è un ambiente particolare, che ha alcune caratteristiche sue proprie. A Villa Paradiso è ancora centrale il gruppo degli ospiti, considerato un potente fattore di lavoro su di sé e le proprie relazioni e quindi anche un potente attivatore di dinamiche di cambiamento. La “chimica” delle emozioni e la “fisica” delle relazioni sono considerati due tra gli strumenti principali per generare movimento verso i traguardi che insieme ci si è posti.

Ancora Micaela Colombo:

“Per me il gruppo e le riunioni sono un strumento fondamentale. Perché lì ci si gioca; se il gruppo lavora bene, fa da specchio, rimanda le cose. Lì avviene un bel confronto tra pari, c'è questo codice fraterno che gira e non è una roba indifferente. Il gruppo ti dà il limite, il gruppo ti dice chi sei. Per me il gruppo continua a rimanere una leva importante, nonostante qualcuno dica che ormai è uno strumento che appartiene al passato. A noi pare proprio il contrario: basti pensare che gli ospiti che arrivano a Villa Paradiso nella loro vita passata hanno avuto poche occasioni per vivere la dimensione di socialità. Dal mio punto di vista in gruppo possono succedere molte più cose di quante possano accadere in un colloquio individuale. In un colloquio individuale certamente c'è una parte di accoglienza importante (magari nessuno ti è mai stato a sentire nella tua vita), però nel gruppo sento, ascolto, ricevo questo rimando del limite dato dall'altro, di confronto con l'altro, di garanzia data dall'altro, di legame buono che posso sperimentare con l'altro. Non dimentichiamo che il gruppo non è solo la riunione formale, ma anche tutto ciò che è informalità, vita quotidiana. E questo rappresenta una profonda differenza con i programmi territoriali individualizzati o le strutture di tipo clinico ambulatoriale”.

La polifonia del cambiamento: l'equipe degli operatori

Allo stesso modo, gli operatori considerano fondamentale mantenere e alimentare una polifonicità dell'equipe. Significa innanzitutto comporre un'equipe costituita al proprio interno da operatori con capacità, professionalità e caratteristiche differenti: ciò consente agli ospiti di disporre di una gamma diversificata

di relazioni e di modalità di supporto al loro percorso. Ma la polifonicità presuppone che le diverse voci concorrano a un unico canto, e questa è probabilmente la parte più difficile: le diverse caratteristiche degli operatori devono costantemente essere ricondotte a unità attraverso un costante e aperto confronto in equipe. Dentro questo confronto serrato passa l'attenzione costante alla valutazione dei traguardi e delle mete che sono state prefissate per (e con) ciascun ospite.

Se cambiare stando da soli è difficile, un operatore sociale riduce le sue probabilità di "successo" se lavora per proprio conto.

Accompagnati a fare esperienza

Un altro elemento che ci viene dall'esperienza delle comunità e che può far riflettere rispetto alle dinamiche del cambiamento è la forza generativa dell'esperienza. E dell'esperienza accompagnata e rielaborata. In comunità si fa un percorso che mira al cambiamento attraverso la sperimentazione attiva di relazioni diverse da quelle vissute nella vita di tutti i giorni: sperimentare relazioni "diverse" dal passato con gli operatori, con i pari, con i familiari diviene così un potente agente di cambiamento. E in questo viaggio diventa importante avere dei compagni che hanno con te una relazione particolare: l'operatore di riferimento (o *case manager*), l'ospite senior che ti fa da accompagnatore nel primo periodo in comunità e poi ti fa da specchio nel resto del percorso. L'esperienza di essere accompagnati diventa poi esperienza di accompagnare, quando si diventa a propria volta *senior*.

È in questo spazio relazionale che, in comunità, si generano le possibilità di un cambiamento significativo.

Ecco due risposte alla domanda "Cosa ti indica che sei di fronte ai segnali del percorso di cambiamento? Da cosa capisci che si è avviato?".

Micaela Colombo:

"Dalla relazione che si crea con gli ospiti, dalla possibilità che c'è, anche quando loro stanno facendo qualcosa che non funziona, di poterlo dire e di poter rielaborare l'errore con loro; dal fatto che anche quando sono nella fase di reinserimento le cose che non vanno te le vengono a dire e si cerca insieme una soluzione. Dal fatto che senti che nella relazione ci sono, c'è quella roba misteriosa che è l'affidarsi, che non è 'faccio le

cose che mi dici di fare', ma 'sono davvero in ascolto e provo a fare qualcosa di diverso rispetto a quello che ho fatto prima'. È bello vedere quando i nostri ragazzi cominciano a provare a fare qualcosa di diverso, ad esempio quando si aprono l'uno all'altro, all'incontro con gli altri, con coloro che sono diversi da loro. Quando tu vedi questi piccoli cambiamenti, allora capisci che stanno provando a fare cose diverse rispetto a come erano entrati: allora erano più rigidi, più guardinghi, più sfiduciati, con più paura di essere fregati e/o il desiderio di fregare".

Anna Pappalardo, operatrice referente per la fase di reinserimento:

"Io credo che il cambiamento cominci quando si modifica la percezione di sé e delle altre persone, la capacità di leggere gli eventi e gli avvenimenti e di provare a dare significato alle cose. Molti dei ragazzi arrivano qui, come dire, tutti d'un pezzo, a una sola dimensione. Dopo qualche settimana di lavoro si sentono davvero delle differenze enormi, in termini di possibilità di scambiarsi delle cose, di stare in relazione con loro. All'inizio spesso ci guardano come se fossimo dei marziani, quando proponiamo loro un minimo di scambio. Molti di loro parlano a monosillabi: sì, no, va bene. La comunità è un continuo stimolo, in mille maniere diverse: provare ad aprirsi, provare a utilizzare modalità diverse da quelle usuali. Li provochiamo a ragionare, diamo aria al pensiero e alle emozioni, attraverso molti strumenti diversi, secondo le tappe del protocollo. Naturalmente molto avviene nell'informalità della relazione e dell'incontro. La comunità è uno spazio di opportunità, in cui ti vengono fatte un sacco di proposte".

Comunicare il cambiamento

Infine, mi pare che la comunità ci suggerisca un ultimo elemento in grado di sostenere e promuovere cambiamento: la comunicazione del cambiamento stesso. Vedere che chi ci ha preceduto ce l'ha fatta, o comunque è cresciuto e ha raggiunto traguardi magari inaspettati ma positivi diventa un ulteriore elemento propulsivo per il mio percorso di crescita.

La comunicazione del cambiamento e dei risultati d'autonomia raggiunti da ciascuno è uno degli strumenti più frequentemente utilizzati dalla comunità al suo interno, nelle dinamiche relazionali tra

ospiti e operatori (nella valutazione progressiva del percorso individuale) e nella relazione tra gli ospiti (utente/accompagnatore e attraverso l'interazione tra la fase di trattamento e quella di reinserimento). Tutt'altro che facile appare invece il compito di comunicare all'esterno dei servizi questa capacità di produrre cambiamento; qui gli operatori si sentono spesso inadeguati e agiscono una giustificata diffidenza nei confronti dei meccanismi della comunicazione di massa, del *marketing*, della comunicazione aziendale o politica (oggi tanto spesso difficilmente distinguibili). Le trappole della retorica deamicisiana, da un lato, e i rischi di venire stritolati nelle maglie della sterile polemica buonismo/antibonismo, dall'altro, ostacolano e frenano i servizi in questa loro funzione fondamentale.

Eppure questa nostra società avrebbe tanto bisogno di "buone notizie" e di prospettive positive. Prospettive e "buone notizie" di cui i servizi d'aiuto alla persona, nonostante tutte le difficoltà, sono ancora ricchi.

Anche su questo terreno i servizi e gli operatori sociali, a mio parere, avrebbero bisogno di essere aiutati, guarda caso, a cambiare.

SEGNALAZIONI

I. Colozzi (a cura di)

LA COESIONE SOCIALE: CHE COS'È E COME SI MISURA

Franco Angeli, Milano, 2008

Nel Rapporto annuale sulla situazione del paese uscito a fine 2007, il Censis sottolinea che la mancanza di coesione sociale è oggi il più grave problema dell'Italia. Anche a livello europeo il tema della coesione sociale è percepito come un problema centrale e strategico per le istituzioni comunitarie, al punto che il Consiglio d'Europa ha deciso di istituire una Direzione Generale espressamente dedicata alla Coesione Sociale. Ma di cosa parliamo quando diciamo coesione sociale? Come si misura il grado di coesione sociale di una società? Quali sono i modi con cui è possibile aumentarla? Il ruolo del terzo settore in questa prospettiva è marginale o centrale? A queste ed altre domande cerca di rispondere il volume, che si propone come primo inquadramento di un tema non sufficientemente indagato sia sotto il profilo teorico sia sul piano della ricerca empirica.

Cambiare aiutati dal gruppo

Patrizia Taccani
Psicologa, formatrice

I gruppi di auto-mutuo aiuto “sono strutture volontarie di piccolo gruppo finalizzate al mutuo aiuto e al perseguimento di specifiche finalità, costituite da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali”.¹

È questa una definizione classica dei gruppi di auto-mutuo aiuto che rappresenta efficacemente le loro caratteristiche essenziali. Successive riflessioni hanno portato (a seconda anche delle esperienze di riferimento) a nuove puntualizzazioni o a definizioni mirate ai singoli contesti, ma la presenza del problema comune e la ricerca di cambiamenti da parte dei partecipanti continuano a essere indicati come elementi caratterizzanti tale risorsa sociale.²

In questo articolo parlerò dei gruppi formati da persone che svolgono il lavoro di cura nei confronti di un loro familiare anziano non autosufficiente.³ Collocati dalla letteratura tra gli strumenti di sostegno sociale e approfonditi, in particolare, dalla psicologia di comunità, i gruppi di auto-mutuo aiuto di *caregiver* si orientano soprattutto all'aiuto reciproco, solo in seguito e solo in alcuni casi danno vita a forme associative o svolgono forme di pressione sociale.⁴ Nella mia esperienza, ciò che distingue i gruppi formati da *caregiver* di anziani dai molti altri in cui il “problema comune” è fortemente percepito, è la difficoltà iniziale dei familiari curanti a riconoscere i bisogni legati alla loro vulnerabilità. La cura di un anziano si configura ancora come compito/dovere familiare da affrontare all'interno delle normali vicende della vita. Per oltrepassare questa sorta di barriera culturale che ostacola una presa di coscienza

da parte dei *caregiver* circa i propri “nuovi” bisogni, occorre particolare attenzione ai modi con cui si costruisce e si propone il progetto: chi aderisce, infatti, deve aver chiarezza sullo scopo primario del gruppo, vale a dire aiutarsi aiutando altri, e lasciandosi aiutare. Sotto questo profilo (in ambito pubblico), ho vissuto esperienze diverse, che hanno condotto a esiti diversi. In alcuni casi la risorsa del gruppo è stata offerta dall'ente locale dopo un'analisi svolta dagli assistenti sociali del territorio che hanno investito tempo e competenza per ravvisare con i *caregiver* stessi l'utilità di una loro partecipazione al gruppo; in altra situazione responsabili del servizio hanno ritenuto sufficiente inviare ai familiari di anziani una lettera molto formale, risultata anche non chiara rispetto alle finalità dell'auto-mutuo aiuto. Non è difficile immaginare la differenza degli esiti: buona adesione e tenuta della partecipazione nel primo caso; incertezze e difficoltà di tenuta nel secondo caso. La fase informativa è da ritenersi dunque parte integrante del processo di aiuto. La comunicazione riveste inoltre una funzione importante a carattere simbolico. Si tratta del messaggio di un duplice riconoscimento: riconoscimento del lavoro di cura come risorsa del welfare informale, riconoscimento dei problemi che intorno a esso possono attivarsi. Da ultimo, con tale proposta, contrastando il tradizionale oscuramento del lavoro di cura svolto tra le mura di casa, si partecipa al processo di rinnovamento culturale su questo tema.

CAMBIAMENTI

Uscire dalla solitudine

Riflettendo sui movimenti prodotti nelle relazioni di aiuto, nel caso del gruppo rivolto a *caregiver*

il primo cambiamento va ravvisato nel momento stesso in cui aderisco consapevolmente alla proposta di partecipare al gruppo, poiché le persone accettano, in qualche misura, di dedicare una piccola attenzione a se stessi: un po' di tempo per sé, un po' di cura di sé, anche se alcuni di loro si accorgeranno solo più tardi del viraggio avvenuto. All'inizio, dunque, il gruppo apre a una “piccola” possibilità, stare un po' meglio.

“Quando devo venire qui, ci penso prima... aspetto la sera dell'incontro... a volte vorrei fosse più spesso... qui mi sento finalmente bene con gli altri”.

“Pensavo che venendo qui lo facessimo per i nostri malati... sì, è anche questo, ma mi sono resa conto che il gruppo è per noi, per far stare un po' meglio noi...”.

Proprio il senso di solitudine che tutti i *caregiver* incontrati nei gruppi dichiarano di provare li spinge a questa prima rottura: cercare di uscirne, incontrare altre persone accomunate da un lavoro di cura che si fa difficile con il passare del tempo, o si è fatto improvvisamente difficile.

“Si può vivere soffrendo, si possono vivere sofferenze inaudite, ma alla condizione che la nostra solitudine sia partecipata, che la nostra solitudine sia condivisa. Possiamo sopportare tutto in genere, ma la cosa più difficile da sopportare, quella che più facilmente distrugge, logora, corrode, divora i nostri cuori, è rappresentata e costituita proprio dalla solitudine, tanto più intensa e radicale quanto più si vive una condizione di sofferenza”.⁵

Accettare il “solievo”

Accrescere gli strumenti di autotutela emotiva di chi sta affrontando il lavoro di cura senza adombrare la spinta affettiva né invalidare i valori di impegno e di solidarietà che possono trovarsi alla base della scelta fatta: così può essere presentato uno degli obiettivi più rilevanti dei gruppi di familiari *caregiver* di anziani.⁶ I racconti dei partecipanti evidenziano quasi sempre condizioni che si possono definire di “vulnerabilità da cura”. Mostrano infatti quella “tenuta a oltranza dei legami” che a un occhio esterno possono apparire come inesauribili risorse dei *caregiver* nel fronteggiamento dei diversi problemi, e che invece, con paradosso solo apparente, in questa loro forza evidenziano la vicinanza del limite.

Dario

In un gruppo arriva un anziano signore, Dario, che da oltre cinque anni si occupa della propria moglie colpita dalla malattia di Alzheimer. Quando la malattia si è manifestata, Dario aveva già raggiunto il pensionamento e stava progettando alcuni momenti di stacco dalla vita quotidiana, come un viaggio con la moglie, evento particolarmente atteso, e un inserimento in un'associazione sportiva insieme ad amici di vecchia data. Dopo la diagnosi, del viaggio non si parlò più, e gli amici in Associazione lo videro sempre meno. In compenso, l'anziano signore diventa un casalingo via via più esperto. All'inizio porta a completamento le faccende che la moglie lascia a metà o quelle rischiose per la sua incolumità, poi diventa assiduo accompagnatore in lunghe passeggiate; spesa e mercato sono gli unici momenti in cui Dario esce da solo, sempre con il cuore in gola perché la moglie resta a casa da sola. Il racconto che viene fatto al gruppo dipinge la vita di un uomo dalla buona salute, con interessi e desideri, che accumula rinunce una dopo l'altra, trasformandosi, questo sì, in ottimo *caregiver* della propria compagna di una vita. Di queste rinunce Dario non si lamenta, sembra solo registrarle per raccontarcele. Ci sono due figli maschi e una femmina, che pare non si accorgano del "ritiro" del padre accompagnato da due sentimenti: un grande dolore per una moglie che "non è più lei" e una delusione profonda per l'irrealizzabilità di una vecchiaia serena e piena anche di novità. Dario appare molto spesso silenzioso, quando interviene si sofferma invece a lungo a descriversi nel suo fare minuzioso di marito curante. Sono i profondi sospiri a dichiarare un progressivo affaticamento, anche psichico, accompagnato dal venir meno di una speranza di cambiamento. Nel gruppo vi sono due membri giovani, un maschio e una femmina, entrambi con un genitore non autosufficiente curato dall'altro genitore, che entrano in contatto con i sentimenti contraddittori e dolorosi di Dario. Sono i primi a dialogare con lui sull'impossibilità, mostrata nei fatti, di mollare un po' lo scettro del *caregiver* perfetto per farsi aiutare, iniziando da qualche ora al giorno. La giovane donna gli parla dell'assistente familiare privata arrivata da poco in aiuto a suo padre che si prende cura della moglie ormai grave: sembra che le cose vadano benino. Per lui, Dario, potrebbe trattarsi di poche ore... L'anziano signore ascolta ma oppone sempre qualche buon motivo. Dall'altra parte non c'è accanimento nel fornire una prospettiva di sollievo; vi sono comprensione del suo dolore, rispetto per il suo impegno coniugale, stima per i valori che lo spingono alla "tenuta a oltranza". Il percorso prosegue, l'attenzione va data anche a tutti gli altri. In uno degli ultimi incontri, Dario arriva molto più disteso, colpisce il bel sorriso di quel vecchio che racconta: "I figli mi hanno messo in casa una brava badante, a mia moglie piace, io ho cominciato a uscire senza affanno, e tutto va meglio davvero. Sono contento". Nel gruppo si festeggia, senza enfasi, con la leggerezza di chi sa che ciascuno ha fatto la propria parte ad aiutare Dario ad aiutarsi, a partire da lui.

“La vulnerabilità da cura non è l'esito della rottura, dell'assenza o dell'indebolimento spinto dei legami familiari, quanto il risultato di una loro tenuta a oltranza, sia per fattori endogeni alle famiglie, sia per le condizioni di contesto in cui esse si trovano a fronteggiare gravi problemi di cura”.⁷

Nei gruppi di auto-mutuo aiuto sono frequenti i racconti che possiamo chiamare di “ordinaria/straordinaria quotidianità”, in quanto sembrano proporre a chi ascolta uno scorrere del tutto normale della vita di tutti i giorni (soprattutto quando si tratta di una coppia già anziana), mentre lo straordinario dell'alta tenuta del legame di cura è da leggersi come rischio di arrivare alla condizione di vulnerabilità di cui si è detto.

Chi e che cosa ha fatto cambiare al vecchio signore la sua prospettiva di una dedizione totale e totalizzante? “È stato il gruppo”, dirà Dario al termine del percorso, spiegando che senza il suo sostegno non sarebbe stato capace di accettare la condivisione della cura della propria moglie con la giovane donna straniera. Come osservatore e facilitatore (a seconda degli incontri), posso aggiungere qualche riflessione su ciò che la collega ed io abbiamo visto accadere.⁸ Nel gruppo vi è stato qualcuno capace di

accogliere con empatia i sentimenti dell'anziano coniuge (soprattutto il senso di colpa per desiderare uno stacco e, al tempo stesso, la paura di un esproprio dalla cura), ponendo domande semplici, offrendo concreti richiami alla propria esperienza. Erano dei figli che parlavano dei loro genitori *caregiver* mostrando che vi sono tanti modi di dedicarsi a un coniuge fragile. Nessun giudizio, nessuna rigidità quando i loro “consigli” cadevano nel vuoto. Il resto del gruppo ha incoraggiato questo scambio rinforzandone gli aspetti di funzionalità comunicativa ed emotiva. L'anziano signore dal canto suo ha raccolto quanto gli poteva servire e, quando gli è stato possibile, ha dato una svolta al proprio *care*.

Nei gruppi di auto-mutuo aiuto si impara che non esistono soluzioni giuste o soluzioni sbagliate, ma solo soluzioni che un certa persona, una certa famiglia può accettare per far fronte a un dato problema, in quel momento. Il gruppo aiuta in questa ricerca.

Piccoli cambiamenti nelle relazioni

Sappiamo che la malattia cronica, o la grave condizione di dipendenza di un anziano, irrompendo in un sistema familiare vanno a toccare identità, scompigliano affetti, chiedono

ridefinizioni di relazioni costruite in lunghi anni di storia comune. Molti figli, ma è meglio dire molte figlie, si sono buttate a capofitto nell'avventura del lavoro di cura sulla base di un sentimento di obbligo, o per rispondere a un'emergenza priva di altre soluzioni, o su richiesta del genitore stesso, o ancora come risposta ad antichi modelli relazionali, per esempio una mai abbandonata competizione tra fratelli; altre lo hanno fatto sulla base di un rapporto affettivo cresciuto nel tempo, ma anche modificatosi sino a diventare una risorsa di fronte a scelte difficili. Ciò che succede dopo dipende in parte dal modo con cui quel membro del sistema si è assunto il compito della cura, in parte da come sarà aiutato a maturare prospettive diverse e plurime circa le risposte da dare ai bisogni dell'anziano, molto dalla capacità del sistema familiare di trovare un inedito assetto relazionale, più capace di rispondere alla nuova tappa di questo viaggio di accompagnamento di uno dei propri membri lungo percorsi di fragilità, di malattia, alla morte.

“Nel costante evolvere della vita la crisi appare come una frattura paradossale e pericolosa. Costringe le persone a mobilitare risorse insolite, a prendere decisioni e a modificare un complesso di rapporti definito da tempo. Come ogni crisi familiare ha due possibili sbocchi: approfittare dell'opportunità offerta o mettere in 'avaria' un componente del sistema”.⁹

Note

1 Katz A., Bender E., *The Strength in Us. Self-help Groups in the Modern World*, Franklin Watts, New York, 1976.

2 Cfr. Noventa A., Nava R., Oliva F., *Self-help. promozione alla salute e gruppi di autoaiuto*, Gruppo Abele, Torino, 1990; Renzetti C., *Verso l'auto aiuto*, Quaderni di animazione e formazione, Gruppo Abele, Torino, 1996; Tognetti Bordonaga M. (a cura di), *Promuovere i gruppi di self-help*, Franco Angeli, Milano, 2002.

3 Su questo tema *Prospettive Sociali e Sanitarie* ha pubblicato: Canciani M., “Vai che quando torni sei diversa”, 11-12, 2008; Canciani M., “Promuovere l'auto-mutuo aiuto per caregiver”, 2, 2009; Giorgetti M., Rozzi G., “Familiari di anziani non più autosufficienti”, 1, 2004; Taccani P., “Esili indizi. Relazione di aiuto e valori etici”, 6, 2001; Taccani P., “L'albero e il bosco”, 12, 2004.

4 Levy L. H., “Processes and Activities in Groups”, in Lieberman M. A., Borman L. D. (a cura di), *Self-Help Groups for Coping with Crisis*, Jossey-Bass, San Francisco, 1979. V. anche Giorgetti, Rozzi, 2004.

5 Borgna E. (intervista a), “L'incontro con l'altro”, *Animazione Sociale*, 6-7, 1999, p.7.

6 Cfr. Taccani P., “L'attenzione per le istanze etiche delle persone nei gruppi di auto-mutuo aiuto”, *Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone*, 4, 2008.

7 Costa G., *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci, Roma 2007, p. 27.

8 Nelle mie esperienze con i gruppi di auto-mutuo aiuto siamo sempre stati due operatori con alternanza nei ruoli di facilitatore e di osservatore.

9 Camdessus B. (a cura di), *I nostri genitori invecchiano. Le crisi familiari della quarta età*, Raffaello Cortina, Milano, 1991, p. 41.

Luisa

Partecipa a un gruppo di auto-mutuo aiuto Luisa, professionista cinquantaduenne di origini toscane trasferitasi da molti anni in Lombardia, dove si è sposata e ha avuto due figli maschi, entrambi ancora studenti. La signora di recente ha portato ad abitare vicino a lei la vecchia madre che, restata sola al paese natale, aveva iniziato a dar segno di trascuratezza, perdita di memoria, confusione. Dopo poco verrà diagnosticata una forma di demenza. Al momento del trasferimento, alla signora Elide viene assicurato un pronto ritorno alla sua Toscana, ma è solo per tranquillizzarla. All'inizio Luisa esprime preoccupazione e dolore per lo spaesamento dell'anziana madre, ma successivamente nel racconto protagoniste indiscusse diventano le malefatte della madre: continue telefonate alla figlia, battibecchi per un nonnulla, pretesa di averla sempre vicina con fantasiose scuse, come la paura di malfattori alla porta di casa. Luisa è continuamente alla ricerca di una conferma che i comportamenti bizzarri della madre siano da attribuirsi al suo cattivo carattere. Dopo diversi incontri introdurrà nel racconto la "relazione non buona" che da sempre intercorre tra lei e la madre. "Oggi - dice - mi viene presentato il conto per non essere stata la figlia modello che mia mamma voleva". Così le cosiddette cattiverie assumono il significato di punizioni di una madre delusa. Nel gruppo sono molte le persone che hanno un familiare colpito dalla malattia di Alzheimer e per alcuni di loro gli stadi si sono già succeduti: sono quindi arrivati ad accettare l'inconspicuità e la totale mancanza di volontarietà del malato nel ferire chi gli sta vicino con parole o comportamenti gravosi da ricevere. Il gruppo percepisce lo smarrimento di Luisa, si levano numerose voci di persone che con tranquillità le raccontano di quanto tempo ci sia loro voluto per accettare la malattia, per "farsene una ragione", per elaborare la perdita del genitore di un tempo. Sono tanti i momenti in cui emozioni e commozone circolano con le parole, i toni di voce, gli sguardi. Luisa sembra tuttavia incapace di cambiare prospettiva. Una sera racconta disperata come marito e figli le appioppino ancora una volta l'etichetta di "cattiva figlia" perché non accetta con naturalezza l'inevitabile decadimento di sua mamma, ma continua a irrigidirsi attivando conflitti in cui tutti sono coinvolti. Ci vorrà l'intero percorso perché Luisa arrivi a una visione più oggettiva di quanto sta accadendo alla madre a causa della demenza. Riconoscere la malattia, accettare i peggioramenti porta Luisa anche alla decisione di affiancare all'anziana una giovane donna peruviana capace di assisterla adeguatamente. A sua volta l'essere meno coinvolta la porterà a una sorta di ammorbidimento nel rapporto. Il lavoro svolto nel gruppo e con il gruppo ha aiutato infine Luisa a riflettere sulla qualità del suo legame filiale, sulla sua storia. Proprio in coda all'ultimo incontro dirà che ha deciso di farsi aiutare individualmente da uno psicologo: "So che mia madre non avrà ancora tanti anni da vivere e saranno anni in cui dovrò prendere difficili decisioni, vorrei prenderle con la serenità di chi non ha più conti in sospeso, o per lo meno non così tanti come ho capito di averne io ancora oggi".

Quando nel gruppo figlie e figli narrano la storia del loro prendersi cura del genitore grande anziano e malato, colpisce la loro attenzione nel delinearne tutti gli aspetti di fragilità; sanno evidenziare la sofferenza di questi vecchi che avevano da sempre paventato ciò che è poi loro toccato in sorte, ricordano ad esempio con pena e rabbia insieme le molteplici disattenzioni subite dai loro anziani nei ricoveri ospedalieri. Si colgono accenti di compassione, espressioni d'affetto, desiderio di protezione. Mentre loro, i *caregiver*, restano inizialmente sullo sfondo della scena. Restano sullo sfondo i loro bisogni, le fatiche, i sentimenti; sullo sfondo resta soprattutto la qualità della relazione filiale, passata e presente. Soltanto dopo che la fiducia fra tutti i membri ha preso dimora nel gruppo di auto-mutuo aiuto, alcune persone riescono a dare voce a storie che raccontano di relazioni difficili, rese ancor più difficili dai compiti di cura richiesti oggi.

Nel caso di Luisa, il gruppo ha accolto il lungo racconto rispettando tutti i sentimenti che lo hanno accompagnato, anche quelli più intimamente dolorosi, non ha mai accennato a liquidare la questione banalizzando la situazione di stallo come incapacità della figlia a

mutare il proprio punto di vista. La pazienza del gruppo è stata di grande aiuto a far emergere nodi intricati del passato, e probabilmente ha contribuito a far prendere a Luisa la decisione di affrontarli.

Imparare che si può cambiare

Nel chiudere queste riflessioni, il primo pensiero riguarda il poco che ho comunicato rispetto alla ricchezza dell'esperienza: penso all'incontro con le persone in carne e ossa prima di tutto, penso all'ascolto delle loro storie, al contatto con il loro sentire, al confronto con il loro pensare, alla condivisione della crescita individuale e collettiva avvenuta nel gruppo. Penso a quanto il lavoro con loro mi abbia richiesto e a quanto io abbia ricevuto. Ogni gruppo meriterebbe di essere raccontato per rendere memorabile il suo percorso. Quando il suo viaggio termina, si coglie palpabile la speranza che ciascuno iscriva dentro di sé le tappe più importanti, vuoi per il singolo, vuoi per tutti i membri. Il percorso si chiude con un bilancio personale in cui si parla anche dei cambiamenti: cambiamenti di prospettiva nel guardare alla propria situazione di *caregiver* presente e futura, cambiamenti organizzativi alla ricerca di un maggior benessere

nel sistema familiare, cambiamenti che hanno attenuato tensioni con la persona anziana, con i fratelli, con la famiglia d'elezione; o ancora nuovi modi di percepire se stessi, come ad esempio sentirsi più sicuri, o più amabili. In genere si parla di "piccoli passi", sono assenti le note trionfistiche. Vi sono state, poi, svolte di cui non si fa parola anche se sono sotto gli occhi di tutti: una di queste riguarda l'essersi lasciati aiutare, e sono molte le persone che all'inizio temevano lo svelamento di una fragilità inaccettabile. Il processo personale messo in moto attraverso l'ascolto e la solidarietà verso i presenti ha consentito a molti di vedersi come loro, vulnerabili o anche già feriti: più facile accettare di essere confortati, sostenuti, incoraggiati. E infine, che venga verbalizzato o no, che le persone lo pongano fra gli apprendimenti nati nello svolgersi del lavoro comune oppure resti nell'ombra, tuttavia l'esperienza di auto-mutuo aiuto ha detto una sua inequivocabile parola sul cambiamento, ha detto a tutti noi che si può imparare a cambiare.

SEGNALAZIONI

LE TRE CASE DEGLI IMMIGRATI ISMU-Franco Angeli, Milano, 2008

Se il lavoro c'è, ma manca la casa, si può parlare di integrazione incoerente? Cosa si intende per integrazione abitativa? È sufficiente avere una casa per sentirsi a casa? Una casa è data solo da muri, dalla comunità di abitanti, o dall'interazione tra la materia e la cultura, le aspirazioni, le abitudini e i costumi degli abitanti? Qual è il legame tra cultura e casa e come gestiscono questo rapporto gli immigrati? La casa nel Paese di origine come influisce sull'idea di casa ideale in Italia e quanta distanza esiste tra casa ideale e casa attuale? Il volume propone una lettura organica del tema "casa degli immigrati", con l'obiettivo di verificare come si configura il bisogno-casa da parte degli immigrati, se e in che modo questo bisogno condiziona o influenza i processi di integrazione. Partendo dalla ricostruzione delle definizioni storiche e culturali del bisogno-casa e avvalendosi di due ricerche empiriche condotte nel territorio forlivese, il testo analizza i tre concetti chiave di integrazione, appartenenze molteplici e identità migrante, per poi descrivere come si delinea l'abitare nella società multietnica.

Cambiamento e presenza nella relazione con i migranti

Anna Rotondo, Dela Ranci
Cooperativa sociale Terrenuove

Prenderemo in considerazione alcuni aspetti del cambiamento legato all'elaborazione delle difficoltà vissute nell'esperienza migratoria, evidenziandone alcune specificità. Saranno leggibili, in filigrana, alcune linee di direzione sottese a un cambiamento in senso più ampio, relativo cioè ad altre popolazioni e tipi di sofferenza.

L'EMIGRAZIONE COME RISCHIO E COME OPPORTUNITÀ

La migrazione costituisce un'esperienza di rottura dei legami, un evento in sé traumatico che espone ogni persona a una situazione di fragilità; migrare da una terra a un'altra interrompe la continuità degli affetti, prevede la perdita di alcuni riferimenti (un contesto familiare, i riferimenti sociali, un'immagine di sé correlata alla quotidianità, i riferimenti geografici, la possibilità di capire e farsi capire parlando la stessa lingua, ecc.): la scelta migratoria contiene potenzialmente le caratteristiche di un'interruzione traumatica dell'esperienza e di un rischio conseguente. La vita nella terra di accoglienza, spesso vissuta in assenza di testimoni della propria storia, del proprio passato, fa sì che la persona migrante attraversi lunghi periodi di spaesamento, di incertezza: si parla di "sofferenza di identità", di un rischio di perdere se stessi e con sé il rapporto con il mondo. L'esperienza migratoria si configura come esperienza limite, che attiva aspetti di vulnerabilità in chi la compie.

Se pure l'evento migratorio si pone come esperienza traumatica di interruzione, disorientamento, sofferenza, e quindi come rischio, contemporaneamente è opportunità, occasione, possibilità. L'ambivalenza dell'esperienza migratoria, la duplicità insita nella sua valenza di situazione di crisi, si manifesta

come un periodo di transizione ambivalente, come un'occasione di sviluppo che contiene anche un rischio concreto di dissoluzione.

L'emigrazione, quindi, come evento di rottura di un equilibrio esistente, di solito una rottura di equilibrio tra l'individuo e il suo ambiente, che comporta la ricerca di un nuovo equilibrio. A orientare questa possibile ambivalenza contribuiscono più fattori, sottolinea Piero Coppo (2003): la storia della persona, le sue risorse, ma anche e soprattutto ciò che trova intorno, le possibilità che la realtà, il contesto di vita, offre alla persona. Il processo di recupero della pluralità di esperienze vissute è un processo che coinvolge la persona e anche l'ambiente, il gruppo sociale in cui la persona è inserita. La realtà quotidiana, il contesto in cui l'individuo è inserito possono aiutarlo a recuperare un pieno senso di sé, favorendo una sua consapevole presenza nella situazione di crisi, ma possono anche isolare la persona nelle sue difficoltà, rendendo l'esperienza alienante e aumentando il senso di spaesamento che la situazione di crisi comporta.

UN SERVIZIO DI CONSULENZA

Il Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica per immigrati di Terrenuove opera in questo contesto di bisogni psicologici e sociali. Come Servizio nasce nel 1999, nel pieno del boom migratorio in Italia: in breve tempo l'Italia, che da sempre si è vissuta come Paese di emigranti (in America, in Germania, in Svizzera, ecc.), diventa appetibile Paese di immigrazione, in ritardo rispetto ad altri Paesi europei. Il Servizio nasce all'interno della cooperativa sociale Terrenuove, con il desiderio di contribuire a un processo evolutivo di scambio e connessione tra culture e saperi dif-

ferenti e con il proposito di essere un luogo che le persone migranti riconoscono e frequentano, dove si può essere accolti e ascoltati. A distanza di dieci anni dalla sua nascita, oggi possiamo dire che questo luogo è stato fino a oggi frequentato: sono più di 500 le cartelle cliniche riempite, tanti i Paesi di provenienza delle persone che abbiamo incontrato.

Alcune caratteristiche della relazione di aiuto

Le persone che incontriamo a Terrenuove hanno in comune l'esperienza migratoria, qualunque sia il modo e i motivi da cui ha avuto origine. Quindi, nella relazione di aiuto con i migranti siamo consapevoli sia delle fratture di esperienza cui le singole persone sono state esposte, sia dell'ambivalenza che la situazione di crisi attraversata racchiude, ovvero, come si diceva prima, del rischio e dell'opportunità che essa comporta.

Spesso la persona che incontriamo è presente solo in parte al processo relazionale attivato: qualcosa di lei è rimasto impigliato nel suo passato; forse la dinamicità dell'esperienza è stata congelata nella situazione traumatica attraversata; in altre situazioni la nostalgia per i legami e gli affetti dei luoghi lasciati è come il canto delle sirene che attrae a sé il migrante, rendendolo assente alla situazione di oggi; si verifica, cioè, un certo tipo di possibilità che possiamo riconoscere, con le parole di Ernesto De Martino (1959), come "perdita o crisi della presenza". Qui la persona ha rinunciato in parte a essere un soggetto. Usando alcune categorie dell'universo della filosofia heideggeriana, diremmo che la persona si vive come un essere "buttato nel" mondo, come un oggetto; è in ombra la sua capacità soggettiva di esserci, essere-nel-mondo, essere presente alla situazione come soggetto, centro vitale di decisione e di scelta.

Cogliamo questi aspetti di "assenza" nella relazione di aiuto, che appare inizialmente sbilanciata: dei due soggetti presenti, uno è momentaneamente assente, almeno in parte.

Possono segnalarci questa assenza la confusione circa la cronologia degli avvenimenti o l'incertezza sui luoghi attraversati per giungere in Italia, la diffidenza a dire, la difficoltà a mettere ordine nelle parole, un certa distanza emotiva; tutto ciò è parte del percorso d'aiuto intrapreso.

Appunti da una storia

Un'assistente sociale del Servizio sociale per la famiglia contatta il nostro Servizio per una giovane donna cinese J., madre di tre figli, fuggita dal marito che la maltrattava e ospite di una comunità ormai da tempo. Sia l'assistente sociale sia gli educatori della comunità sono preoccupati perché J. ha crisi di ansia ripetute, accompagnate da forte agitazione e mal di testa che rendono più volte necessario il ricovero in ospedale. Inoltre, nell'accudimento dei figli di 5 e 6 anni che vivono con lei in comunità (il maggiore di 13 anni è in affido presso una famiglia italiana), appare distratta, anaffettiva, a volte utilizza comportamenti violenti, per i quali viene contenuta e "sgridata" dagli operatori della comunità. Gli educatori ipotizzano una patologia psichiatrica e ritengono che la donna non sia in grado di svolgere il proprio ruolo materno; temono inoltre che ci sia un rischio per i bambini che alla fine il TM possa decidere di allontanare i figli dalla madre con provvedimenti gravi.

Organizziamo il primo incontro di gruppo costituito dagli operatori della Comunità, l'assistente sociale e le due persone di Terrenuove che prenderanno in carico J., una psicologa e uno psichiatra.

A questo primo incontro J. non partecipa e noi abbiamo informazioni che la riguardano prima di conoscerla direttamente: gli operatori della Comunità esprimono un giudizio severo rispetto alle competenze genitoriali di J. e la ritengono una "malata psichica"; l'assistente sociale dal canto suo sottolinea il coraggio della donna a fuggire dal marito, ritiene che J. abbia sofferto in Cina sia nella propria famiglia di origine, sia nel matrimonio imposto dalle famiglie, sia per i maltrattamenti subiti. Forse, se aiutata e compresa, può recuperare le proprie competenze materne.

Ci sono quindi pareri discordanti nel gruppo degli operatori coinvolti e anche i terapeuti di Terrenuove rimangono sospesi tra più possibilità: i diversi punti di vista, potremmo dire, evidenziano diversi aspetti di J. che impareremo a conoscere. Questa discordanza di punti di vista sarà una caratteristica del gruppo degli operatori praticamente per tutto il percorso.

Concordiamo un secondo incontro cui parteciperà anche J., con il gruppo degli operatori invidanti e i due colleghi di Terrenuove. Gli operatori esprimono le proprie convinzioni, le preoccupazioni. Di nuovo emergono nel gruppo diversi punti di vista, sostenuti da motivazioni personali e professionali. J. ascolta, interviene poco, sembra assente. I terapeuti di Terrenuove ascoltano J., si fanno dire e ripetono con attenzione il suo nome, chiedono il nome e l'età dei suoi figli: cercano di suscitare un primo contatto attraverso un'accoglienza che possa motivare gli incontri successivi.

Le propongono poi incontri individuali di consulenza a cadenza quindicinale. Si stabilisce anche che gli incontri con il gruppo più grande accompagneranno il percorso individuale: il gruppo si costituisce come una prima rete di riferimento, una sorta di "famiglia di passaggio", che si troverà ogni due mesi circa per discutere insieme ciò che avviene, trovare soluzioni nel quotidiano e costruire processi di integrazione sociale per J. e i suoi bambini.

Negli incontri individuali J. esprime la sua insofferenza per la vita in Comunità, in cui non si sente compresa, dichiara l'amore per i figli e il suo desiderio di occuparsi di loro, di crescerli: non condivide le preoccupazioni degli operatori rispetto alle sue competenze genitoriali. Ci ripete che in Cina si dice "I genitori sono il cielo, i figli la terra".

La situazione con J. è bloccata tra le sue proteste verso gli operatori della Comunità, le sue crisi d'ansia che si ripetono e i ricoveri urgenti al pronto soccorso; si occupa ancora poco e svogliatamente dei figli, è inadempiente nei compiti quotidiani che le competono.

Nei diversi incontri che si susseguono con tutto il gruppo J. parla poco, è assente, a volte sostiene i propri interventi educativi con i figli. Allo stesso modo il gruppo tende a riprodurre le oscillazioni e le diversità di opinioni del primo incontro.

Notiamo che negli incontri individuali J. è molto assidua; viene puntualmente, si siede rigida e distante, parla poco di sé, eppure sembra tenere a questo spazio. Nel poco che dice cogliamo qualche spiraglio, le sue proteste e il suo dolore cominciano a essere riferiti in modo più articolato e a noi più comprensibili. Ci racconta che con i suoi figli non può parlare cinese perché non la capiscono; alla sera, per farli dormire, è costretta a leggere storie in italiano e i bambini le dicono di prepararsi durante il giorno perché legge male.

Cogliamo nel concreto aspetti del suo senso di spaesamento, come se J. fosse sospesa tra i suoi due mondi, tra la nostalgia della Cina, Paese che ha dovuto lasciare, e la difficoltà di inserirsi in Italia, dove si sente incapace, disconosciuta, rifiutata da chi la circonda, anche dai propri figli: ci diciamo che, in qualche modo, J. rischia di perdere i suoi riferimenti, il suo "cielo" (De Martino, 1977, direbbe il suo "campanile") e questo le causa insicurezza. Forse le crisi d'ansia sono connesse a questa possibile perdita di riferimenti culturali, evidenti soprattutto nella relazione educativa con i figli. Decidiamo di parlarne con J., che ascolta, attenta, forse per la prima volta da quando ci incontriamo, sembra commuoversi. È vero, ci conferma, si sente sperduta, non sa più bene chi è, soprattutto come madre non sa più bene cosa sia giusto fare e sta male. Vorrebbe qualcuno che conosca la sua terra, che comprenda il suo pensiero; una persona saggia, con cui ritrovare alcune cose, parole, usanze educative della sua terra, una guida per sé nell'educazione dei figli.

È la prima richiesta che ci giunge direttamente da J., una richiesta che ci sembra legittima, un segno di "presenza", in questo senso ci sembra un punto di svolta: J. si pone come un interlocutore e ci suggerisce una direzione di intervento che non possiamo lasciar cadere. Le proponiamo di cercare una mediatrice culturale che partecipi ai nostri incontri e si faccia interprete dei suoi bisogni nella sua lingua materna: J. accetta la proposta e quindi gli incontri di consulenza individuale proseguiranno allargati alla presenza della mediatrice. Cerchiamo una persona che possa rispondere alle esigenze espresse da J.: la mediatrice culturale è una donna cinese più anziana di J., ha una sua famiglia in Italia, parla bene l'italiano, pur conservando una chiara cadenza e pronuncia cinese. Diventa un interlocutore autorevole per J. e un partecipante alla pari nel processo di consulenza.

Nel *setting* individuale con la mediatrice, il tenore degli incontri cambia praticamente da subito: J. parla vivacemente e a lungo in cinese, non lascia tempo per la traduzione ai terapeuti, è animata ed esprime le proprie emozioni in modo evidente, il suo corpo si muove, accompagnando le parole. Il cambiamento nello stare in relazione appare evidente: parlando la propria lingua ci sembra che J. ritrovi parti antiche di sé, che la mediatrice può comprendere, confermare, comunicare ai terapeuti. Inizia un lento lavoro di rammendo, di racconti della storia vissuta da J., di connessione tra le sofferenze vissute in Cina, la sua vicenda migratoria e, infine, la difficile accoglienza dei servizi in terra di migrazione. Alcune ricuciture tra passato e presente sono possibili: il suo nome in cinese vuol dire "fiore di primavera", fiore forte che cresce per primo dopo il freddo dell'inverno. Il significato attribuito al nome ci permette di sottolineare alcune qualità della giovane donna, aspetti identitari che J. può riconoscersi e che le sono utili per integrare dei cambiamenti di visione di sé come genitore. Poiché, ci spiega, i genitori sono il cielo e sanno come guidare i figli; si decide con i terapeuti che parlerà cinese con i suoi figli e che loro pian piano impareranno a capirla; va con la mediatrice a comprare libri cinesi da leggere la sera ai bambini.

Gli incontri di gruppo con tutti gli operatori accompagnano il percorso di J., che ora si fa ascoltare nel gruppo e dice man mano ciò che le sta a cuore: vuole essere con i suoi figli severa come in Cina fanno i genitori, ma anche affettuosa come fanno le mamme italiane che abbracciano i figli all'uscita da scuola. Parla con i figli in italiano e in cinese. È consapevole delle proprie responsabilità di capofamiglia; inizia un tirocinio lavorativo; ricomincia a fare progetti. Vuole prendere la patente come le mamme dei compagni di scuola dei suoi figli; trovare casa e lavoro. Anche nel gruppo allargato è stato possibile stabilire un dialogo e il cambiamento ha raggiunto gli operatori, che si sono lasciati coinvolgere e hanno accettato di avere fiducia nel confronto che si andava sviluppando con J. come interlocutrice. Questo ha permesso un passaggio concreto di mediazione tra diversi mondi, tra modelli culturali e professionali tra loro diversi in un percorso costruito a più mani. Riassumendo, a nostro parere ciò che ha reso possibile il cambiamento in questa situazione è stato renderci conto, come operatori, di quanto J. fosse "altrove" emozionalmente, persa nel desiderio di ritrovare le proprie certezze di appartenenza culturale e di usanze educative e di quanto temesse di doverne fare a meno per inserirsi in una diversa società. Correva il rischio di perdere, J., il proprio cielo, una parte importante di lei, la propria guida.

Il processo relazionale ci porta ad accogliere e legittimare ciò che emerge. A volte anche chi conduce il colloquio perde il filo, lo sappiamo come operatori, si lascia prendere da qualche particolare, è tentato di riempire i silenzi con qualche

discorso, qualche ipotesi.

Si tratta di ricostruire pazientemente con pochi frammenti un pezzo (più o meno grande) di trama dell'esistenza, un pezzo smarrito, distrutto, bruciato durante il transito migratorio. L'attenzione

alla persona, a ciò che dice, a come lo dice, consente un po' alla volta di trovare i fili per un rammendo, fili che la persona stessa fornisce, inconsapevolmente, con i frammenti della sua narrazione (Mellina, 2001). Quando questo avviene e si

comincia a intravedere la trama, con i tempi propri di ciascuno, con la delicatezza necessaria, con inevitabili andirivieni, vediamo che la relazione in atto si sta bilanciando, assume un carattere di maggiore reciprocità. Si verifica un passaggio importante: le persone (soggetti), sia chi cura sia chi riceve la cura, implicate nella relazione di aiuto, in qualche modo abbandonano le differenze dei ruoli precedenti e insieme si dedicano a cercare una via di uscita, una soluzione.

Alcuni indicatori significano questo passaggio: i turni verbali sono più bilanciati, la persona parla di sé più ampiamente, con frasi più lunghe, connette alcune informazioni tra loro, i suoi vissuti emotivi sono più presenti, ripesca ricordi che aveva smarrito; il racconto, anche se ancora frammentario, è comprensibile sia per chi lo narra sia per chi lo ascolta, si discutono insieme possibili soluzioni alle difficoltà portate. Si aprono delle possibilità, emerge una motivazione a pensare a ciò che potrà succedere, a guardare il futuro.

Questi sono per noi segnali di cambiamento o, meglio, di un processo di cambiamento in avvio. Quasi mai il cambiamento è unidirezionale, dato una volta per sempre. Anche il cambiamento comporta dei continui andirivieni, delle esitazioni, degli arricchimenti, degli aggiustamenti *in itinere*: quando un processo di cambiamento è attivato va bene coltivare la fiducia che da lì, da quel luogo relazionale, il cambiamento potrà essere esteso ad altri ambiti dell'esperienza di vita della persona.

Il cambiamento si allarga: l'uso del gruppo

Vogliamo concludere queste pagine con alcune riflessioni sull'uso dello strumento gruppo al Servizio di Terrenuove. Negli "Appunti da una storia" riportati è evidente il funzionamento nella relazione di aiuto di più *setting* tra loro connessi; spesso, a Terrenuove utilizziamo diversi *setting* e la relazione di aiuto si svolge in un contesto individuale o di piccolo gruppo, e contemporaneamente è accompagnata da un gruppo allargato, un gruppo grande; noi lo chiamiamo il gruppo rete. L'articolazione tra consulenza individuale e gruppo rete rappresenta una caratteristica del Servizio, ed è coerente con una sua vocazione, consolidata negli anni, di propor-

si come uno spazio intermedio, di transizione, uno spazio "tra": tra passato e presente, tra cultura di origine e cultura di accoglienza, tra approccio clinico e intervento sociale, tra individuo e territorio. Il gruppo allargato rappresenta il contesto attuale di vita del paziente migrante: è composto da tutti i soggetti, familiari, amici, operatori, che a diverso titolo sono in contatto con il paziente e lo accompagnano nel suo percorso quotidiano di sopravvivenza e di inserimento. In qualche modo è il territorio di riferimento del paziente in questa fase del processo di integrazione sociale. In alcune situazioni, soprattutto con gli adolescenti, il gruppo allargato ha avuto la funzione di rappresentare una "famiglia di passaggio"; un adolescente ha inserito nel proprio genogramma attuale la propria educatrice, l'ha adottata come figura nella propria rappresentazione familiare.

Il gruppo allargato si incontra periodicamente, in media ogni due mesi; nel gruppo grande tutti coloro che sono coinvolti nella relazione con il paziente contribuiscono al processo di cura, ciascuno con le sue competenze. I diversi partecipanti esprimono, manifestano, discutono le loro opinioni su ciò che il paziente dice di sé, riformulano definizioni, offrono punti di vista differenti, diverse prospettive: è un invito a uscire dal chiuso di una definizione, di un'etichetta, e costituirsi come "ricercatori", paziente compreso, per aprire strade possibili. Il processo di gruppo consente al paziente di uscire dal chiuso di un'*impasse*, di un blocco, e di attivarsi per trovare le "parole", scegliere e integrare tra i diversi contributi ciò che gli è utile. Chi conduce il gruppo allargato, di solito uno dei terapeuti, svolge una funzione di rimessa in circolo delle diverse posizioni emerse, mette in evidenza e riformula i differenti apporti dei partecipanti al gruppo: in una parola rende possibile il costituirsi di un gruppo democratico.

Nella visione di Tobie Nathan, il gruppo è il luogo privilegiato di lavoro etnopsichiatrico e svolge molte funzioni, di cui l'autore parla sia in *Principi di etnopsicoanalisi* (1996), nel capitolo 5, sia ne *La folies des autres* (2001): la composizione del gruppo etnopsichiatrico di Tobie Nathan, sperimentata per molti anni al Centre Devereux di Parigi, raccoglie, accanto ad amici e familiari del paziente, coterapeu-

ti di diversa provenienza culturale, diplomati presso università francesi e tutti di formazione psicoanalitica, legati come Nathan, all'ambito universitario.

Nel Servizio di Terrenuove dividiamo ciò che Tobie Nathan scrive sul gruppo, in particolare sulle funzioni del gruppo. Nel dispositivo etnopsichiatrico di Terrenuove, il gruppo concretizza e rende possibile una dimensione sociale che sostiene e consolida il cambiamento individuale. L'etnopsichiatria cui ci riferiamo è un'etnopsichiatria di territorio (Rotondo, 2009).

A volte il processo di cambiamento, avviato nella consulenza individuale, si trasmette al gruppo allargato, come una cassa di risonanza, e contagia i partecipanti del gruppo, coinvolgendo gli operatori in relazioni di maggiore scambio e vicinanza. A volte accade che difficoltà nel processo concreto di inserimento sociale attivino la motivazione per approfondire nella consulenza individuale eventi antichi, rimasti sospesi: in questi casi il materiale "culturale", alcuni aspetti dell'inserimento sociale, fanno leva per il lavoro clinico. Accade così che un cambiamento attivato in un ambito si estenda e contagia altri ambiti.

Bibliografia

- Coppo P., *Tra psiche e culture*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- De Martino E., *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano, 1959.
- De Martino E., *La fine del mondo*, Einaudi, Torino, 1977.
- Mellina S., "La tutela della salute mentale degli immigrati e il progetto Michele Riso nell'Asl Roma B", in Rotondo A., Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote*, Terrenuove, Milano, 2001.
- Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Nathan T., *La folies des autres*, Dunod, Paris, 2001.
- Rotondo A., (a cura di) *Etnopsichiatria e territorio. Esperienze*, Terrenuove, Milano, 2009.



Oltre la relazione d'aiuto

Maria Grazia Guida,* Claudia Polli **
Centro ambrosiano di solidarietà (Ceas)

Il Centro ambrosiano di solidarietà (Ceas) è un'organizzazione non lucrativa del privato sociale che dal 1986 si occupa di accogliere, accompagnare nella crescita, orientare e reintegrare nella società persone con esperienze di disagio individuale, familiare e sociale, aiutandole a raggiungere il maggior grado possibile di benessere personale e autonomia.

I valori ispiratori, nei quali si riconoscono gli interventi del Ceas, sono così riassumibili.

- **Accoglienza:** significa favorire un'organizzazione e un clima in cui ognuno possa sentirsi a proprio agio, ascoltato e compreso. È molto importante far sentire l'altro a proprio agio, facilitando una relazione "empatica", fondata sull'osservazione del comportamento, sul farsi carico della sofferenza dell'altro, sulla sospensione del giudizio e sulla

capacità di un aggiustamento continuo e reciproco della relazione.

- **Ascolto:** significa aprirsi all'altro fino a coglierne i limiti, le paure, le risorse e i desideri: il nostro obiettivo è acquisire strumenti che permettano un ascolto che sia comunicazione responsabile e pertinente. Ciò significa divenire consapevoli del contesto e degli elementi personali che possono condizionare l'ascolto e la comunicazione. Significa, inoltre, promuovere la cultura dell'empatia e dell'autenticità, riconoscendo e utilizzando nella relazione i propri sentimenti e ricercando linguaggi utili a creare una relazione rassicurante e autentica. Noi vogliamo assicurare un clima adatto a rielaborare le storie ed i vissuti personali e un'atmosfera che favorisca il costante mantenimento della qualità delle comunicazioni e delle relazioni.

- **Relazione di aiuto:** è la condivi-

sione della progettualità, che fa sentire ospiti e operatori co-protagonisti di scelte nelle quali si definiscono gli obiettivi, i valori e le azioni.

Nel nostro operare abbiamo scelto un approccio che valorizzi l'incontro con il singolo, il rispetto della sua storia, il condividere desideri di futuro nell'uscita dal bisogno. Porre la persona al centro significa privilegiare e sostenere il benessere individuale e collettivo di coloro che, a diverso titolo, partecipano alla vita della nostra organizzazione: l'intento è quello di "mettere al centro" la persona, con i suoi bisogni, le sue attese, le sue sofferenze, le sue caratteristiche e i suoi sogni, elaborando, con questa e per questa, le risposte più adeguate. Sostenere e facilitare l'altro nel proprio progetto non vuol dire sostituirsi alla persona, bensì favorire la sua responsabilità come protagonista del progetto.

Un approccio relazionale a valenza empatica permette di individuare e valorizzare le risorse delle persone e garantire la personalizzazione di progetti di vita, avendo rispetto e cura di ogni diversità.

Con questo spirito abbiamo riflettuto sugli ingredienti immateriali, che vanno "oltre" la relazione di aiuto e che favoriscono evoluzioni che consentono un'uscita da situazioni emergenziali, anche là dove sembra non sia più possibile una svolta,

TAVOLA 1 Sara: il futuro ritrovato

Sara ha 34 anni, un marito da cui si è separata e due figli. Ha avuto una diagnosi di schizofrenia nel momento della manifestazione più grave del suo star male. Ha trascorso gli ultimi anni della sua vita scappando da sé, dalla sua malattia, dalla sua sofferenza psichica. Ospite della nostra struttura per due anni, ha lasciato le tranquille quotidianità familiari, precedentemente conquistate, separandosi dal marito, a cui sono rimasti i figli. Dopo anni di ricerca, con il nostro aiuto, ha trovato notizie sulla sua madre biologica grazie all'incontro con la zia materna: l'unica parente ritrovata e recuperata nella sua storia. L'inizio dell'elaborazione della sua storia più vicina Sara l'ha vissuta parlando della sua sofferenza di bambina adottata e non amata, non curata, maltrattata. Di volta in volta ha scelto gli operatori, in un movimento continuo di provocazione e ricerca di dialogo fuori dagli schemi rigidi dell'organizzazione della comunità, con una rete interna che ha collegato tra loro volontari, operatori di varia esperienza e competenza. Ora le sue radici hanno un volto e Sara mi chiede ancora un aiuto: ha saputo che la mamma è morta, vorrebbe sapere dove è sepolta e chiede di essere aiutata in questa ricerca. La comunicazione è come sempre "seduttiva", mi dice: "Come età potresti essere la mia mamma, vero che mi aiuti?". Questa ricerca ci impegna alcune settimane, poi una mattina mi arrivano le informazioni richieste alla Procura del Tribunale che per ultima ha avuto notizie della madre. Ho l'indirizzo del cimitero dove da anni è sepolta la donna e lo comunico a Sara. Lei guarda il foglietto e mi dice: "Non so se avrò la forza di andare a trovarla. Grazie, adesso so che è veramente morta". È l'inizio di un cambiamento. Comincia a vestirsi in modo diverso, più femminile, più curato. Una mattina arriva assieme ad Amir, uno splendido ragazzo nero, imbarazzato nella presentazione, ma con due occhi limpidi che puntano lo sguardo dritto nei miei. Ci presentiamo e spiego che gli amici veri di Sara sono anche i miei amici. Sara mi ringrazia con gli occhi che ridono e salutandomi se lo trascina via a pranzo. Dopo tanto tempo questa donna sembra uscire dal tunnel della sofferenza psichica. Dopo una settimana torna, va e viene quando vuole. Lasciare una porta aperta in questa fase della presa in carico credo sia

il modo migliore per continuare in modo produttivo l'accompagnamento nella scoperta delle proprie radici. Anche oggi è raggiante, come ogni volta che ha aggiunto un pezzo in più nel mosaico del disegno delle sue radici. Mi annuncia: "Sono andata a trovarla! Le ho portato dei fiori". Un sabato d'estate mi chiama, mi vuole vedere subito. Le propongo di venire a casa mia a prendere un tè. Arriva, guarda tutta la casa, le piace, come sempre ridendo chiede: "Qual è la mia stanza?". Cerca rassicurazioni sul fatto che la ascolterò davvero. Sara è pensierosa e nervosa, mentre preparo il tè cerco di sapere qual è il problema urgente che l'ha portata a chiedere di vedermi. "Ho fatto il test di gravidanza, è positivo". Mi sento improvvisamente addosso una responsabilità enorme nell'aiutare questa donna a leggere dentro se stessa. Alle mie domande risponde con tranquillità, non nascondendosi le reali difficoltà, solo per un attimo perde le sue sicurezze e mi chiede: "Pensi che ce la farò? Mi aiuterai?". Non avevo pensato a una simile eventualità e abbandonando preconcetti davanti a una serena autodeterminazione le dico di sì, che le sarò vicina e che le ricorderò ogni giorno tutte le difficoltà che dovrà sostenere, perché siano un'occasione per lei di sperimentare responsabilità e autonomia. Oggi Sara ha una deliziosa bambina di un anno e mezzo: Sonia è una bimba solare, come sua mamma, soprattutto da quando ha iniziato a parlare e ad esprimersi con serenità. Sara, infatti, si è accorta nei primi mesi che qualcosa non andava per il verso giusto. In ospedale hanno fatto gli esami e la sua piccola è sorda. Dopo il primo momento di sconforto la mamma ha cercato il centro più adatto per intervenire precocemente, la piccola è stata operata e seguita con molta cura, ora parla. Un dato che sarebbe sfuggito nella prognosi è stata la capacità affettiva e culturale di accettare l'handicap da parte di Amir. In un incontro con loro, davanti alla preoccupazione di Sara sulla fatica di portare avanti la responsabilità di una cura impegnativa, lui teneramente e fermamente le ha detto: "Vedi, noi siamo fortunati, nostra figlia è fortunata perché nel mio Paese, dove i bambini al mattino nei villaggi non sanno cosa mangiare la sera, non sarebbe stato possibile curarla, sarebbe diventata adulta parlando a gesti, restando alla scema del villaggio".

TAVOLA 2 Morgan: la doppia dipendenza

Morgan ha 32 anni, metà dei quali passati fra eroina, cocaina, ecstasy e amfetamine, un passato di ricoveri falliti in quattro comunità e una relazione del Sert che chiede "un inserimento con l'obiettivo di osservare i suoi movimenti, quelli della madre e la loro relazione". Due righe per sintetizzare una vita, quasi l'ultimo atto dovuto prima di una resa definitiva. Morgan, la mamma, la droga: un triangolo che va spezzato. Nel dossier dell'Asl che precede il suo arrivo a Milano c'è un passaggio in cui il male di Morgan viene svelato, nero su bianco. Per l'operatrice, la psicologa e la psichiatra del Sert (guarda caso tre donne), il ragazzo ha un tramite con il mondo che è anche la ragione del suo male: il dolore della madre per l'abbandono patito dal marito è passato per osmosi sul figlio. Il confine tra i due si è fatto poroso, come l'argilla di un vaso che fa respirare ogni sentimento, condividere ogni moto dell'anima, negare ogni differenza, ogni conflitto, quindi ogni possibilità di differenziarsi. Morgan e la mamma hanno una relazione fusionale e simbiotica: nonostante le reiterate richieste di una cura per Morgan, che permetta quindi anche alla mamma di star bene, non riescono né l'uno né l'altro a pensare di potersi realmente separare. Ma tutto questo ha un prezzo molto alto: i numerosi fallimenti per uscire dalla tossicodipendenza tra il 2000 e il 2006, gli ingressi in comunità, le dimissioni. Come in un'emorragia di fiducia, Morgan si lascia dissanguare. Per sei anni chiede aiuto a operatori, metadone, antidepressivi, ansiolitici. Ma c'è una calamita che lo aspetta ogni volta, fuori. È una coperta che scalda. E lo sta soffocando. Dopo tre mesi gli operatori fanno il punto. Bisogna decidere se diminuire metadone e antidepressivi. Per lo psicologo è presto, Morgan fa dei passi avanti, ma ha ancora un livello altissimo di abuso e di dipendenza per ogni tipo di sostanza. Tuttavia, la voce che chiama Morgan a staccarsi dalla madre comincia, con il tempo, a prendere corpo. A tratti scappare, com'è ovvio, e i pomeriggi si passano a letto. Ma poi riprende a parlare. Morgan non scappa, come ha fatto sempre fin qui. Comincia a essere confusamente chiaro anche a lui che prendere distanza dalla madre significa smettere di assumere il suo dolore come proprio, uscire dalla casamatta della sofferenza, dal senso di colpa di non potere lenire la sofferenza di mamma. Vuol dire cominciare a guardare negli occhi quello che c'è dietro il bisogno di farsi: un dolore che è anche rabbia. Verso chi? Proprio verso la madre, protettrice, ma anche padrona. Morgan sembra manifestare un'intensa ambivalenza, che spesso fatica a tollerare, in particolare verso le donne. Molto probabilmente è da collegare al rapporto simbiotico con la madre, che da una parte lo rassicura rispetto alle sue intense angosce di separazione, dall'altra gli impedisce di diventare adulto e autonomo e aumenta la sua insicurezza e la sfiducia in se stesso, oltre probabilmente a generare aggressività. In parallelo procede anche il lavoro sulla madre e si arriva a un accordo importante: i due si vedranno solo a intervalli e su richiesta di Morgan. È un passo decisivo, perché il collante tra loro è forte. Lo dimostra anche il test di Rorschach, dal quale "emergono aspetti perversi della sessualità che paiono collegati al rapporto simbiotico che Morgan ha instaurato con la madre... qui pare evidenziarsi tutta la sua confusione, sia conscia che inconscia, rispetto alla propria identità sessuale. Che tenta di risolvere attraverso atteggiamenti seduttivi inappropriati con le donne". Morgan è arrivato al punto di non ritorno: decidere di entrare in una comunità terapeutica di Pavia per pazienti con doppia diagnosi. È passato meno di un anno dal suo arrivo a Milano e ha deciso di troncarsi con il passato e farsi curare davvero.

anche in situazioni dove i ripetuti fallimenti dei precedenti interventi dei servizi fanno definire "cronica" la situazione di bisogno.

Proponiamo allora due storie, diverse tra loro, dove ci sembra che l'attesa paziente dei tempi di crescita e decisione soggettiva dei percorsi di vita siano un punto importante di svolta nei corsi di vita delle persone.

ALCUNE RIFLESSIONI

Eraclito diceva che "La realtà è un perpetuo fluire e trasformarsi di tutte le cose. Lo stato di quiete che appare a volte nelle cose in realtà non è altro che un precario equilibrio fra forze opposte".

Questo principio però non deve essere cercato solo all'esterno, ma anche dentro noi stessi, come affermava del resto l'oracolo di Delfi che più tardi ispirerà anche Socrate ("conosci te stesso").

Quando parliamo di cambiamento, a cosa ci riferiamo? Quando si cambia? quanto il cambiamento è consapevole?

Le storie presentate fanno riferimento a percorsi di comunità e han-

no per protagonisti soggetti, persone fragili con numerosi e precedenti fallimenti terapeutici, soggetti che normalmente vengono definiti "casi multiproblematici e irrimediabilmente compromessi". Situazioni che spesso fanno cogliere il limite delle capacità/competenze degli operatori e restituiscono il valore delle capacità di ogni vita, di ogni persona di ritrovare percorsi evolutivi e strade inedite. Entrambe le storie fanno riferimento a esperienze di comunità. Vorremmo meglio focalizzare i punti di riflessione di queste esperienze.

L'esperienza di comunità

La comunità è luogo di prossimità di relazioni, provoca "perturbazioni": l'esperienza di condividere un tempo e un luogo di vita porta le persone a rendersi conto dell'esistenza dell'altro e di nuovi punti di vista. Questo avviene nella quotidianità: mangiare insieme, dormire, parlare e a volte litigare in un ambiente rassicurante, una vera e propria dimora fatta di rituali, regole e abitudini. Nell'esperienza di Ceas e di Casa della carità (da cui è transitata la storia di Sara)

vediamo che la vita in comunità si caratterizza anche per ingredienti nuovi, che possiamo così sintetizzare. In primo luogo la comunità è "casa", anche quando, come in Casa della carità, vivono ogni giorno 120 persone. Casa significa essere tutti ospiti, e residenti. Diventa, in questa dimensione, molto importante leggere i movimenti relazionali che vanno oltre la relazione terapeutica "accreditata". Nelle varie presenze degli operatori e delle persone che operano, capiamo che spesso, oltre agli educatori, ci sono presenze importanti che possono assumere il ruolo di figure paterne o materne simboliche, che possono giocare liberamente, nella trasparenza di una relazionalità diffusa e condivisa. In tal senso, molto importanti sono i volontari che condividono parti della quotidianità. Questo essere comunità "fluida" consente alle fragilità delle persone di vivere più identificazioni, senza stigmatizzazione (Sara è paziente psichiatrica, ma è anche donna, madre, è artista eclettica, operaia in una cooperativa), insomma in una struttura con una relazionalità diffusa può permettersi di essere Sara e di navigare a vista nel mare della malattia psichica, avendo sempre un attracco a disposizione dove sostare. Può permettersi di non fare più la "matta" dopo anni di ricovero in varie strutture dalle quali è stata rapidamente dimessa perché non in grado di "reggere".

La relazione

La relazione è strumento e patrimonio tecnico di molte "professioni immateriali" che utilizzano la parola, il colloquio, lo scambio tra persone in una relazione. Nella relazione assistiamo e accompagniamo al cambiamento co-costruendolo con i nostri ospiti quotidianamente, e nello stesso tempo leggiamo in modo interrogante e trasparente i cambiamenti su di noi.

"La bellezza del lavorare con la persona umana sta proprio in questa indicibilità dell'azione fino al tempo in cui va compiuta, alla sospensione del risultato, del significato stesso del mio parlare, fino a che non è l'altro a restituirmi il senso del mio dire, l'emozione grande consiste nel poter apprezzare veramente solo nell'attuarsi della relazione, il mio stesso coinvolgimento e la direzione del mio pensiero che l'altro mi ripropone a specchio rendendome pienamente

Note

* Presidente Ceas, direttrice Fondazione Casa della carità.

** Responsabile Area Dipendenze.

consapevole" (Lai, Koch, 2008).

Relazione è assumere tutto il limite della tecnicità e sviluppare azioni responsabili, ma soprattutto uno stile relazionale che, nelle storie presentate, restituisce l'unicità non stigmatizzante dell'essere persona, ciascuna con una propria originalità, diversa dall'altra, riconosciuta e identificata con un volto, un nome e una storia.

Il cambiamento

Il cambiamento diventa così non una meta ma una parte di un processo di transizione, da una fase della vita della persona a un'altra fase. In quanto processo non è pensabile come "prevedibile e astratto" ma incarnato e in continua evoluzione; ogni stadio di tale processo rimane come traccia di memoria e motore verso il passaggio successivo, compito dell'operatore è leggere tra le righe di uno spartito in una composizione nuova e originale.

Nell'esperienza si riscontra che anche l'insuccesso o la ricaduta, in percorsi di presa in carico di persone

spesso fragili, anche per le storie di provenienza dei nostri ospiti, sono passaggi inevitabili per poter proseguire il percorso. Talvolta tutto questo viene vissuto come un fallimento anche dagli operatori stessi e la sfida è quella di poter utilizzare anche ciò che apparentemente si allontana dagli obiettivi prefissati come una riattivazione del processo di cambiamento. Tutto ciò porta la persona a "riconoscersi" la possibilità di percorrere strade diverse da quelle sperimentate in precedenza e l'accompagnamento fortemente relazionale diventa uno strumento che agevola, ma non è più l'unico stimolo al cambiamento. Si può allora pensare che la "perturbazione" del cambiamento inizi ad arrivare dall'interno e non più solo dall'esterno.

Bibliografia

Lai G., Koch M. C., *Misurare l'immateriale, riflessioni per una società trasparente*, Franco Angeli, Milano, 2008.

Folgheraiter F., *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Erickson Lavis (TN), 2000.

Twelvetrees A., *Il lavoro sociale di comunità*, Erickson, Lavis (TN), 2006.

necessità di definire obiettivi raggiungibili, per accompagnare il percorso di vita della persona e quindi il progetto. Definire obiettivi non è facile, a meno di non scegliere la strada dell'obiettivo-contenitore, cioè l'obiettivo che consente di declinare le attività in modo generale, per esempio "raggiungimento del benessere della persona e della sua famiglia": ma, ci domandiamo, cosa significa per quella singola persona e/o per la sua famiglia "benessere"? Cosa significa per gli operatori e per i servizi? A volte vediamo come la definizione di obiettivi generali e lontani dalle specifiche singole situazioni impedisca in realtà uno sviluppo aperto della progettazione dei percorsi di cura e assistenza.

Un elemento rilevante è legato alla partecipazione diretta dell'utente e/o della sua famiglia: questa consente di andare incontro alle difficoltà e di sostenere i carichi di cura, considerando gli equilibri o disequilibri tra domanda (il bisogno) e offerta (i servizi e le prestazioni), cercando di mettere a disposizione della famiglia tutte le risorse disponibili (Folgheraiter, 2006).

Siccome il progetto personalizzato non è una novità, ma uno strumento che gli operatori conoscono bene, diventa importante capire come si può utilizzare questo importante riferimento metodologico, per sostenere i percorsi di cura.

PROGETTARE NELLA COMPLESSITÀ DELLE SITUAZIONI CRONICHE

Parlando di "cronicità" mi riferisco alla complessità data dalle situazioni di difficoltà vissute da persone anziane non autosufficienti o adulte disabili, difficoltà legate non solo alle condizioni di salute, ma anche a condizioni di vita difficili, date dalla debolezza o assenza delle reti familiari, o da problemi di tipo economico.

Un elemento che diventa critico e quindi fondamentale nella cronicità è la variabile tempo: quanto sarà lungo il percorso? A quali risultati ci porterà? Cosa possiamo attenderci? Nelle situazioni che sembrano aprire a una presa in carico "a tempo indeterminato" intervengono spesso sistemi di cura e assistenza prevalentemente organizzati per prestazioni o servizi singoli, con sistemi di accesso differenziati, regole e procedure differenti e una rigidità che è tutelante per gli operatori, ma poco adatta ad andare incontro a

Costruire l'aiuto ai non autosufficienti

Diletta Cicoletti
Irs, Milano

Da qualche anno si parla insistentemente di progettazione personalizzata degli interventi socio-sanitari: la personalizzazione è un valore e un principio, un modo di lavorare e di assistere che richiama fortemente il tema dell'umanizzazione dei percorsi di cura, della centralità della persona, nell'ottica di uno sviluppo sempre maggiore della qualità degli interventi.

I nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) e le normative regionali sulla non autosufficienza richiamano all'utilizzo dei progetti personalizzati come strumenti per sostenere l'integrazione tra servizi, tra operatori, nell'ottica del miglior sviluppo degli interventi a favore dei cittadini in difficoltà (Cicoletti, 2008).

Molte Regioni italiane sottolineano l'importanza dell'utilizzo del Pai (Piano o Progetto di assistenza

individualizzato), anche come strumento di monitoraggio e valutazione della situazione problematica. Un'attenzione specifica riguarda la costruzione del progetto insieme alla persona-utente e/o alla sua famiglia: il Pai può diventare un vero e proprio "contratto di cura", uno strumento di tutela per la persona non autosufficiente e per la sua famiglia (Taylor, White, 2005).

Le "schede progetto" utilizzate nei servizi sociali e sociosanitari italiani si somigliano molto: vengono indicati obiettivi, attività realizzate o da realizzare, in alcuni casi si indicano tempi e modalità di intervento, in pochi casi c'è un'individuazione sistematica di indicatori per monitorare o valutare il risultato o gli esiti del percorso di presa in carico.

Nelle realtà dei servizi socio-sanitari si mette in luce una forte

esigenze individuali e personali.

Per assistenti sociali e infermieri, medici ed educatori, Asa/Oss, fisioterapisti e terapisti occupazionali, il progetto personalizzato, con le sue procedure e regole, aiuta a non perdere l'ordine, per riuscire ad attivare l'intervento, a curare le persone, a incontrare le famiglie.

Nei casi complessi e cronici la progettazione innesca invece un movimento disordinato, per il quale non si ha una definizione a priori dei tempi di intervento, non ci sono prognosi certe, non ci sono diagnosi chiuse, non ci sono obiettivi declinati a priori.

Nel caso presentato nella tavola, emerge bene la dimensione del tempo non definito a priori, ma costruito attraverso le azioni, monitorando e tenendo traccia degli eventi che accadono.

Oggi si può dire che Maria abbia seguito un percorso "incrementale". Come si è arrivati a costruirlo? Quali sono gli elementi che hanno favorito questa costruzione?

Gli eventi traumatici che, a un tratto della vita di Maria, hanno sconvolto la sua quotidianità sono stati due: la morte del marito e il trasferimento. Da qui si è attivato un percorso che non aveva certamente chiari gli obiettivi: essi sono diventati chiari nel corso del tempo. Vi erano alcuni elementi assolutamente incerti, che non consentivano alcuna previsione: come avrebbe reagito Maria agli eventi?

Uno degli elementi particolarmente importanti è stata la possibilità che tutte le persone coinvolte si sono date di rimanere in contatto con l'indeterminatezza, l'incertezza, cercando di costruire quotidianamente una possibilità di sviluppo di un percorso di cura e di assistenza. L'intero progetto non è certo a costo zero per la famiglia e per Maria, poiché si fa ricorso all'assistenza privata al domicilio, oltre che al Sad. Tuttavia c'è un innesto di domande e offerte di servizi (Maria e Teresa, Maria e Giovanna), che aprono a possibili spazi di intervento, pur restando la regia dell'intervento delle mani dei servizi sociali.

Certo non si tratta di un intervento organico, pensato a priori, ma si è proseguito anche per tentativi, nel rispetto della volontà di Maria, pur considerando le necessità della figlia e della sua famiglia, oltre che di altri soggetti e attori. Si sono utilizzate singole pianificazioni (quella dell'assistente sociale per il Sad e l'Adi attivato dal Mmg) per ricomporre

Maria

Maria rimane improvvisamente vedova a 79 anni, a pochi giorni dal trasferimento in un paese di poche migliaia di abitanti, dopo aver vissuto una vita in città. Il trasferimento si era reso necessario in seguito a uno sfratto esecutivo: nell'impossibilità di acquistare una casa o di pagare un affitto più alto in città, l'unica possibilità è sistemare un piccolo appartamento in campagna (paese natale di Maria). Si trova a fronteggiare una serie di problemi di inserimento nella nuova realtà, con l'aiuto della figlia e della sua famiglia.

La figlia comincia a informarsi sui servizi presenti per gli anziani, va in Comune e incontra l'assistente sociale: apre la cartella sociale, verifica il reddito e l'Isce ed attiva il Sad (Servizio di assistenza domiciliare) per due ore la settimana: la prima richiesta della figlia è che l'assistente sociale verifichi le condizioni della madre settimanalmente.

Intanto Maria di notte chiama il medico di base perché si sente male: da questa chiamata notturna scaturisce un piano di monitoraggio con l'invio a casa di un cardiologo e con la possibilità di fare prelievi al domicilio attivando l'Adi (Assistenza domiciliare integrata).

La figlia di Maria ritorna dall'assistente sociale e chiede se conosce una badante, una persona che possa dormire a casa della madre, ovviamente a pagamento, per cercare di contenere il senso di solitudine che aumenta di notte. Si trova una signora, Teresa. Si regolarizza anche la sua posizione contrattuale, ma la signora Maria non è molto contenta: nella sua vita non ha mai avuto bisogno di interventi dall'esterno, si sente invasa nella sua privacy. Alla fine però, siccome ha paura di stare sola la notte, accetta la presenza di Teresa (e viceversa) dopo un lungo periodo di prova. Teresa dorme a casa di Maria, e al mattino torna dal marito. Proprio in questo periodo Maria conosce una volontaria, Giovanna, quasi coetanea, e cominciano a frequentarsi. Oggi Maria sta abbastanza bene, considerando l'età e la malattia, si è ricostruita una sua rete di amicizie e di contatti.

il percorso in un'ottica progettuale, ricostruendo le ipotesi di sviluppo e cercando di individuare quale fosse il problema, che non si esauriva né nella sola situazione clinica, né solamente in quella personale, psicologica o sociale ed economica.

Nelle situazioni di cronicità, la progettazione è fortemente connessa alla possibilità di stare in contatto con queste dimensioni di incertezza: di fatto, implicare la possibilità di mettere da parte la pianificazione del singolo intervento per pensare alla progettazione in un'ottica dialogica e ricompositiva (Dal Ponte, Olivetti Manoukian, 2004). Se in campo sociale la tendenza è questa per definizione, le cose si complicano quando nei percorsi entrano con propri ruoli e funzioni altri servizi: la sanità, il privato sociale.

QUANDO LE DOMANDE SONO DIVERSE

Lavorando sul territorio accade di incontrare casi complessi, che manifestano bisogni diversi. È il caso per esempio di un uomo che, ancora giovane, è stato colpito da ictus e per questo ha acquistato una grave disabilità fisica, e rispetto al quale è stato svolto un accompagnamento teso a esplicitare i diversi "punti" di vista delle persone coinvolte (familiari, colleghi, operatori dei servizi).

In questo caso la difficoltà della progettazione era tanto maggiore quanto più si faticava a restare in contatto con la rabbia, la frustrazione, il senso di impotenza dei familiari dell'uomo, oltre che di lui stesso. Gli operatori continuamente richiama-vano la possibilità di attivare singoli servizi o prestazioni (il Sad, il fisiatra privato, la riabilita-

zione privata), ma faticando molto e comprensibilmente a stare in contatto con il problema, che aveva a che fare con la fatica da parte dell'uomo ad accettare la nuova condizione, purtroppo permanente, di disabilità fisica.

Gli obiettivi cominciano a poter essere nominati solo dopo aver messo a fuoco alcune ipotesi o letture del problema nel suo complesso. Anche in questo caso si potrà avere qualche risultato solo se ci si rappresenta l'incertezza, l'indeterminatezza del percorso, a fronte di una prognosi incerta almeno nei tempi e di una diagnosi tremendamente certa.

Entrambi i casi proposti ci consentono di parlare di progettazione anche dove lo sviluppo di percorsi di assistenza e di cura si vede poco a priori. Tra le mille pressioni che gli operatori vivono, le domande e i bisogni reali e vivi dei cittadini, i vincoli del contesto con risorse limitate, sono ancora una volta i piccoli passi verso le possibilità afferrabili che consentono forse di costruire percorsi di cura e assistenza veramente di qualità. Potremmo anche dire che a fronte di una continua richiesta di dotarsi di strumenti raffinati ed esatti, gli operatori sono chiamati sempre più a fare leva su ciò che lo sguardo, nella relazione d'aiuto, può cogliere.

Bibliografia

Cicoletti D., "Il percorso assistenziale", in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, 2008.

Dal Ponte A., Olivetti Manoukian F. (a cura di), *Lavorare con la cronicità*, Carocci, Roma, 2004.

Folgheraiter F., *La cura delle reti, nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Erickson, Trento, 2004.

Taylor C., White S., *Ragionare i casi. La pratica della riflessività nei servizi sociali e sanitari*, Erickson, Trento, 2005.