

**Sabato 27/10/2007 (ore 9.30 – 13)**

**Seminario di riflessione promosso dal Ce.A.S.. Con la partecipazione del dott. Leopoldo Grosso (figura storica del Gruppo Abele e attualmente anche consulente del Ministero della Solidarietà sociale). Sintesi del suo intervento**

*“VIVERE LA COMUNITA’ TRA PREVENZIONE E ATTENZIONE ALLA PERSONA”*

Leopoldo Grosso, con la consueta chiarezza e semplicità, ha affrontato il tema da una prospettiva storica. Ha ripercorso la storia della comunità in Italia (dagli anni 70 in poi) indicando quattro fasi cui corrisposero anche impostazioni “filosofiche” e pedagogiche peculiari.

Oggi, nella concezione della comunità terapeutica si dà per scontata l’individualizzazione degli interventi. La persona è al centro e si opera una sorta di “sartorizzazione”. Si cerca di confezionare un abito tagliato su : a) suoi bisogni b) sue capacità (risorse e limiti).

Dall’inizio ad oggi, però, la comunità è passata per varie fasi che Grosso indica schematicamente:

**Fase 1**

Di fronte all’esplosione dell’ emergenza droga si fece una scommessa di tipo essenzialmente educativo. Si aprirono comunità dove si accolse la gente e se ne condivise l’esistenza. Scommessa vinta, nella sostanza. Si dimostrò che il cambiamento è possibile.

Si partì però con uno spontaneismo talvolta selvaggio, con volontari disponibili ma inesperti o poco formati. I fallimenti sono stati molteplici in questa prima fase. C’era, nelle fondamenta, un errore ideologico, un atteggiamento “giustificazionista”, ossia l’idea che riparando i danni prodotti dalla società tutto si sarebbe aggiustato. Si pensò che bastasse una “ct” sufficientemente buona” (per dirla con Winnicot).

**Fase 2**

Si passò successivamente ad una maggiore strutturazione: si importarono nuove metodologie e tecniche (ad es. dagli USA, da DayTop ecc.). In Italia nacque su quest’onda “Progetto Uomo”.

Si fece ricorso soprattutto ad apporti di stampo comportamentista. Il fulcro della comunità divenne il rispetto della “Regola”. Si operò una rigida selezione sia degli ingressi che durante il percorso: chi non è disintossicato non entra; chi non mostra motivazione forte non entra; chi sgarrà viene dimesso. Così negli anni ’80, più della metà di chi accede alla comunità si perde per strada (e spesso muore anche di overdose; e anche questa è una dolorosa responsabilità di questo modello di lavoro). La ct si ingrandisce (spesso accoglie centinaia di persone) e si configura come orizzonte totalizzante (il dentro). Tutto il resto è fuori e deve restare a parte. Solo quando uno avrà finito il percorso parleremo del reinserimento.

**Fase 3**

Si sviluppa un maggiore realismo nella concezione della Ct. Si ammette che essa è uno strumento fra gli altri possibili. Si comprende che nella vita delle persone esiste un prima e un dopo la comunità e che il tutto deve “stare assieme”.

**Fase 4**

Oggi l’utenza della comunità terapeutica è del tutto diversa.

Molti fruitori di sostanze per un sacco di tempo non accedono neppure ai servizi. Altri si appoggiano ai servizi e fanno percorsi lunghissimi per l’assunzione di metadone (nell’ordine di 9/10 anni). Poi scalano lentamente per altri due anni. Intanto vivono, lavorano ecc...

Un gran numero sopravvive in eterno sotto metadone, ma sempre fuori della comunità.

Alla comunità accedono coloro che risultano fortemente problematici per gli stessi SERT. Gente con innesto psicotico, doppie diagnosi, infettivi ecc.

Da sempre si è stati convinti che sia fondamentale la motivazione a stare in comunità.

Oggi questa richiesta è difficile da declinare di fronte ad una utenza così complessa e fragile.

Con loro come lavori?

La ct si fonda da sempre su progetti di empowerment (riduzione dei limiti e potenziamento delle risorse individuali) e utilizzo del gruppo (come luogo di confronto, stimolo, controllo, auto-aiuto ecc.). Fare gruppo oggi, con questa utenza sembra molto più difficile.

Lo stesso avviene per quanto riguarda il rispetto delle regole: come si fa ad imporre il rispetto a persone che sta così male? Ma la ct non può essere neppure un albergo.

Di fronte a questi dubbi occorre tuttavia tener fermo qualche principio. Ad esempio oggi certamente occorre più negoziazione, ma occorre comunque tentare di stimolare il protagonismo degli utenti (essi rappresentano infatti la motivazione e il progetto stesso). Ovviamente persone così fragili chiedono una presenza, un monitoraggio ed un sostegno costanti da parte dell'operatore (che sempre meno dovrà isolarsi nel suo ufficio).

Oggi un tema centrale sembra essere quello della gestione dell'aggressività. Fronteggiamo un'aggressività "classica" (quella che nasce dallo star male, dall'astinenza). C'è poi un'aggressività "di ruolo" (appresa ad esempio dalla strada o per la vita che si è condotto). Ma vi è anche un'aggressività che nasce dai meccanismi della mente "borderline" (che vede tutto bianco o tutto nero; che è travolta istantaneamente da un'angoscia indistinta che diventa rabbia esplosiva – vedi lavori recenti di Cancrini). Questo aspetto comporta essenzialmente la tenuta dell'operatore, che deve esserci, tenere, offrire una relazione accogliente e contenitiva.

Un altro tema attuale e sempre più centrale della ct è quello del reinserimento. Si tratta di un tema che si sviluppa fin dall'ingresso del soggetto in comunità (se non addirittura prima).

Possiamo indicare schematicamente (ma utilmente) quattro fattori che favoriscono il buon andamento del lavoro comunitario:

- 1) **La persona crede nel progetto** (condivisione del progetto fin dall'inizio - motivazioni positive). Questo accade anche perché la prospettiva del reinserimento si delinea fin dall'inizio (da subito infatti la persona sa bene che si lavorerà anche per aiutarlo nell'integrazione sociale, lavorativa e abitativa).
- 2) **Buon legame con lo staff e gli operatori.** Buona qualità della relazione: da parte degli operatori c'è alta disponibilità, capacità di mettersi in gioco, ad es. di fronte all'aggressività. La forte qualità del legame prepara una solida base anche per il reinserimento.
- 3) Si lavora da subito (e anche da prima) per la **costruzione della rete** (formale: coi servizi ecc.; ma anche informale: con parenti, amici, conoscenti, datori di lavoro ecc.). Lo staff diventa il sostanziale "case manager" (al di là degli incarichi formali che di solito stanno in capo ai servizi).
- 4) **Buone capacità del soggetto.** C'è sempre un "gap" fra volontà e risorse. Gli operatori sostengono la persona nella mediazione fra sogni e realtà. Ascoltano i desideri e aiutano la persona a costruirne una realistica messa in pratica. Lo aiutano nell'*insight*, nella lettura dei propri limiti soggettivi e oggettivi., ma soprattutto valorizzano le risorse della persona.

Esiste qualche altro elemento favorevole. Oggi, ad esempio, chi arriva in ct è spesso così compromesso da avere desideri normali: un lavoro, una casa, una ragazza (non più desideri di "trasgressione", come negli anni '70 e '80).

Oggi, con questa utenza, si tratta più che mai di lavorare sulla frustrazione ottimale (utile ma sostenibile), lavorare cioè sui limiti, ma soprattutto sulle proprie risorse, promuovendo le diverse risorse individuali (anche mediante percorsi concreti di organizzazione della ct: se hai un ospite bravo in cucina valorizzalo!). Il gruppo è in grado quasi sempre di riconoscere le risorse di ognuno al suo interno. L'operatore può a sua volta rafforzare queste risorse valorizzandole concretamente.

Tutto ciò serve a sviluppare identità più complesse (liberando la persona dalla “mono-identità” di tossicodipendente).

Schematicamente si posso indicare queste funzioni della CT:

- 1) Contenimento (e auto-contenimento) grazie allo staff e al gruppo.
- 2) Ri-modellamento della persona e dei suoi comportamenti, utilizzando anche tutto l’armamentario “comportamentista” e delle regole.
- 3) Offrire esperienze affettive correttive (rispetto alle relazioni spesso disturbate che la persona ha vissuto prima). E’ bene in questo senso favorire l’”insight”, ma occorre anche costruire buone relazioni, rapporti affettivi sani e reciproci.
- 4) Costruire un’identità alternativa (vedi sopra).

Tutto ciò implica un lungo e paziente lavoro, non privo di intoppi e difficoltà. E’ bene porre dei termini e immaginare un’uscita tempestiva e autonoma. Ma in molti casi occorre realisticamente un lungo accompagnamento anche dopo l’uscita. Al di là dei principi corretti, per alcuni il cordone ombelicale rimane e non può essere tagliato per molto tempo.

Riflessioni di politica:

Emergono nuove povertà. Occorre far riconoscere anche le forme di svantaggio temporaneo sempre più frequenti (anche ai fini della creazione di ammortizzatori sociali e assunzioni in cooperative sociali di tipo B).

Soprattutto occorrono prevenzione e lavoro sul contesto.

Vari interventi spostano necessariamente l’attenzione sul tema delle reti e dei territori. Noi attuiamo una buona prassi, ma non riusciamo a farne una cultura da proporre ai cittadini. Anche per questo la società è intollerante e noi rischiamo di collocarci solo in una funzione di controllo sociale (ed i nostri utenti vengono considerati esistenti solo per la loro presunta pericolosità sociale).

Invece occorre fornire cultura ai territori. Occorre dire alla politica che noi facciamo prevenzione, che produce vera sicurezza.

LEOPOLDO GROSSO