

“PASSAGGI”: FONDAZIONE DI UNA COMUNITA' TERAPEUTICA

Luigi D'Elia – Marino De Crescente

INTRODUZIONE

Documentare la nascita e lo sviluppo di un'iniziativa così complessa come una comunità terapeutica per pazienti psichiatrici, assume per noi il significato di ripercorrere le fasi di un percorso e di riesaminare i momenti cruciali e i punti di snodo di una storia ancora recente e attuale, ma che nella percezione soggettiva, per la intensità e “densità” dell'esperienza, sembra essere invece stata fino ad oggi molto più antica.

Si fa un gran parlare, sempre a proposito di comunità terapeutiche o di strutture territoriali, di esperienze oramai sedimentate i cui modelli terapeutici e organizzativi hanno ispirato la ricerca di strategie e l'individuazione di fattori terapeutici più o meno efficaci, ma poco o nulla si sa e si scrive a proposito di tutto ciò che precede e che attiene la fondazione e l'iniziale allestimento di una realtà come la CT.

C'è inoltre un diffuso dibattito sulla specificità dei differenti interventi territoriali, con l'accento e l'attenzione del mondo clinico e scientifico che si sposta rapidamente da l'uno all'altro tipo d'intervento sulla gravità: residenziale, semiresidenziale, diurno, domiciliare. Sorge però il fondato dubbio che la ricerca e l'esperienza in questo campo siano in realtà ancora deboli ed insufficienti, e che queste fluttuazioni siano dovute più che altro ad impellenze od opportunità di ordine economico-politico piuttosto che motivate da opportunità cliniche. Non si comprende infatti, su un piano clinico, perché mai in molte normative regionali l'intervento residenziale (sulle 24 h) sia ancora prevalentemente previsto per una tipologia di utenza “cronica” o “difettuale” (le cosiddette residenze ad “alta protezione”), laddove per i pazienti giovani e alle prime crisi o non è previsto assolutamente nulla o in alternativa un intervento in un centro diurno, quasi sempre non orientato in senso terapeutico. Sembra esserci, dietro questa logica, una filosofia dell'intervento per nulla affatto centrata sul cliente. La nostra ricerca ed esperienza ci suggeriscono invece criteri di maggiore flessibilità e l'uso dell'intervento residenziale, temporaneo ed intensivo, soprattutto con finalità preventive (di tipo secondario o terziario), per un'utenza in grado di usufruire realmente di un'offerta terapeutico-riabilitativa attivante e trasformativa.

L'interesse per i temi relativi alla fondazione di una CT risiede nella volontà di mettere a fuoco gli aspetti significativi della “gestazione” e della nascita di un'istituzione di questo tipo in relazione all'unicità della trama storica che ne ha caratterizzato fin qui l'identità; aspetti questi che ci sembrano essere altrettanto importanti (se non più importanti) rispetto alla valutazione di modelli e strategie terapeutiche. Tutto ciò ha intimamente a

che vedere sia con l'efficacia terapeutica di un gruppo e di un'istituzione, sia con le configurazioni organizzative, di assetto, metodologiche che assumono i differenti spazi terapeutici-riabilitativi della comunità.

Affermare che la "terapeuticità" di una CT risiede in massima parte nella sua storia-cultura, nell'aspecificità degli elementi costitutivi, nel suo particolare "clima terapeutico" prima ancora che nella sua organizzazione o nel suo modello teorico di riferimento, vuol dire per noi affermare, in un certo senso ed in maniera anche piuttosto esplicita, delle coordinate nuove o, se vogliamo, un differente "sistema di valori" rispetto a ciò che comunemente viene definito come "fattore terapeutico".

Preoccupati, di contro, dai criteri di validazione, dai principi di standardizzazione regionali o nazionali che riguardano gli organigrammi e le modalità operative, assillati dai problemi di riconoscimento amministrativo e scientifico, e finanche perseguitati dalle cubature delle stanze e dalla tipologia dei sanitari o dalla larghezza dei piani cottura, finiamo invece sovente per perdere del tutto di vista ciò che ci dovrebbe precipuamente occupare, e cioè il benessere degli ospiti (pur consapevoli che anche questi aspetti strutturali hanno a che fare con la salute dei pazienti). Siamo infatti convinti che in una CT ciò che comunemente viene considerato "aspecifico" assuma quasi paradossalmente una sua cogente "specificità" diventando assolutamente determinante nel destino di quella CT (e dei suoi ospiti); ci riferiamo ad esempio a fattori di complessa analizzabilità quali:

- la cultura istituzionale: miti fondativi, storie, antropologie, declinazioni organizzative;
- la formazione dell'équipe: non intesa qui soltanto come apparato di conoscenze tecniche o di titoli accademici (pur necessari), quanto piuttosto come capacità dell'équipe di essere coesa e di costituire un campo mentale autenticamente "terapeutico", di avere un pensiero clinico abbastanza condiviso, di realizzare processi d'integrazione, di assumersi la responsabilità della presa in carico, di essere capace di processi osmotici con la comunità allargata e con la comunità scientifica;
- la quotidianità interstiziale e il clima terapeutico della CT: l'universo inesplorato di fatti, interazioni, relazioni dei momenti non strutturati, che come afferma Roussillon, godono dello statuto di "extraterritorialità" rispetto ai momenti organizzativi codificati, e che noi ben sappiamo quanto incida sul percorso terapeutico di ogni ospite;
- i processi relativi all'appartenenza: che riguardano sia gli ospiti che gli operatori e che definiscono i percorsi dell'identità: ci riferiamo alla multiappartenenza di ciascuno di noi attraverso la famiglia, le istituzioni, i ruoli lavorativi, i gruppi sociali ristretti e allargati.

UNA BREVE STORIA

L'IDEA E IL PROGETTO

<<All'inizio vi era un casale diroccato...>>. Se questa storia fosse un mito comincerebbe probabilmente così. Le fondazioni istituzionali, come afferma Kaes, affondano sovente le loro radici sulla trasfigurazione idealizzata, operate dalla memoria collettiva, su personaggi emblematici e carismatici (i santi, i capostipiti, i numi tutelari) le cui tombe rappresentano il punto di equilibrio dell'intera struttura architettonica. Così accade per certe chiese gotiche. Un casale di famiglia di uno di noi, malandato e abbandonato, può dunque ispirare il recupero di un progetto sopito nelle pieghe (e nei bisogni) di differenti storie familiari che s'incontrano in un comune intento.

Consapevoli dell'importanza dell'idea di salute che è sottesa ad ogni progetto del genere, più e più volte ci siamo interrogati su cosa porti qualcuno a far nascere una realtà di questo tipo: qual è l'idea portante, la motivazione profonda, il mito fondativo, e spesso ci siamo trovati di fronte a risposte alquanto deludenti: passioni missionaristiche o messianiche o carismatiche, una cultura di sapore pietistico; motivazioni profonde idealistiche e utopistiche; sete di prestigio o più semplicemente un atteggiamento controfobico rispetto la follia; una difficoltà a guardare fino in fondo la propria follia utilizzando la CT come un'eterna (e inconcludente) autoterapia; un conflitto irrisolto con le generazioni precedenti, e così via.

Nulla di tutto ciò ci appariva abbastanza "nobile" da poter rappresentare un "sano" mito fondativo (ma forse nessun mito fondativo è "nobile"), pur sapendo che anche le nostre motivazioni tutto sommato avrebbero potuto in qualche modo essere classificate tra queste appena citate.

Su un piano più esplicito ciò che fin dall'inizio intendevamo realizzare era un posto autenticamente vitale e nutritivo, nel quale ciascun ospite potesse ritrovare il filo della propria esistenza all'interno di un clima progettuale e all'interno di relazioni significative. Tutto questo avrebbe dovuto dispiegarsi attraverso un modello d'intervento multimodale nel quale convergessero le differenti culture di cui eravamo portatori, ed in particolare la cultura dell'attivazione e della progettazione riabilitativa e la cultura dell'ambiente terapeutico trasformativo. L'idea era quella di una struttura molto più aperta e flessibile di quelle fino ad allora a noi note.

A quell'epoca (siamo nel '96) siamo in due.

Decidiamo allora di scrivere un progetto in cui fossero contenute tutte le idee migliori che avevamo in quel periodo circa la conduzione di una CT e ciò che venne fuori fu un ciclostilato forse troppo denso e trasudante di eccessivo entusiasmo.

Ad ogni modo, decidiamo di sottoporre questa nostra idea e questo progetto a coloro i quali erano (e sono tuttora) i nostri referenti istituzionali. Cominciamo così un lungo

periodo di spostamenti verso l'Abruzzo alla ricerca di interlocutori, ma soprattutto alla ricerca di un primo riconoscimento circa la fattibilità del progetto stesso.

IL DIALOGO CON LE ISTITUZIONI

Presentiamo quindi a più riprese il nostro progetto ai responsabili dei dipartimenti della zona in cui sarebbe dovuto nascere la CT, scoprendoci a svolgere un ruolo del tutto inedito, quello dei "venditori di idee" o se vogliamo dei commessi viaggiatori.

Faremo dunque degli incontri con i vari responsabili dei dipartimenti, con l'associazione dei familiari, col responsabile dell'ufficio regionale, con il manager della nostra A.S.L.. Come prevedibile, incontreremo una vasta gamma di reazioni contrastanti (anche nelle medesime persone): dalla diffidenza all'entusiasmo, dall'indifferenza all'interesse, ma mai un'aperta ostilità (almeno in questa fase embrionale).

Il bilancio tutto sommato positivo di questi primi incontri c'induce a continuare, e dopo circa un anno di peregrinazioni, decidiamo di dare inizio ad una fase successiva e di coinvolgere un ristretto gruppo di colleghi che sarebbe andato a costituire il nucleo fondatore della CT. Intanto, quel canale aperto già quattro anni fa ha rappresentato per noi l'inizio di un dialogo che rimane tuttora sempre aperto: una base di conoscenza reciproca che consente oggi di poter interloquire con le istituzioni pubbliche.

Era accaduto infatti che – fatto davvero singolare - dopo non molto tempo, in tutto l'Abruzzo tutti già conoscevano questa comunità terapeutica che ancora non esisteva: eravamo evidentemente riusciti a creare una notevole aspettativa che ci confermava l'idea della necessità di un progetto come quello che andavamo sviluppando.

IL NUCLEO FONDATORE E LA NASCITA DELLA SOCIETA'

La fase immediatamente successiva corrisponde dunque al coinvolgimento di altre tre persone nel progetto, ciascuna delle quali, a diverso titolo, sposteranno questo progetto seguendo un proprio progetto personale.

Ciascuno di noi dunque, fin dall'inizio, entrava nel progetto già con un orientamento di massima che andava a definire in qualche modo un futuro ruolo di responsabilità nella CT: A., il principale fautore dell'iniziativa, avrebbe svolto un ruolo di coordinamento e di direzione; L. si sarebbe occupato dell'organizzazione dell'ambiente comunitario e degli operatori; M. si sarebbe occupato del lavoro sociale, della riabilitazione e della creazione di eventuali iniziative formative e lavorative; G. avrebbe svolto la mansione dello

psichiatra clinico con la responsabilità del settore sanitario; Ma. si sarebbe occupata del lavoro con le famiglie.

Non passa molto tempo perché ci accorgessimo che le nostre cinque diverse storie professionali e le nostre cinque diverse attitudini rappresentavano in qualche modo l'intelaiatura di un modello, lo schema embrionale di uno stile d'intervento e, del resto, era con questo assetto e con questa storia che avremmo dovuto comunque fare i conti.

Questo gruppo di cinque persone, provenienti da esperienze differenti, si frequenterà con assiduità per circa un anno e mezzo incontrandosi settimanalmente per discutere e per confrontarsi sul progetto della comunità. Questi – a volte estenuanti – incontri serali a casa di ognuno di noi, pur rischiando a volte di scivolare in un'attività intellettuale autoindulgente, hanno costituito comunque una base di partenza, una sedimentazione iniziale. Le differenze tra di noi erano (e sono) sensibili, ma questo non ci ha impedito di procedere ben sapendo che la gestione e la tolleranza dei conflitti all'interno dell'équipe rappresenta un punto cardine della gestione più in generale della CT.

Dopo lunghe e dure discussioni sulla forma sociale da assumere, decidiamo di costituire una società a responsabilità limitata (s.r.l.), dalla quale però rimarrà fuori, per sua iniziativa, uno di noi pur continuando a partecipare alle attività.

PERCHE' "PASSAGGI"

Il nome "Passaggi" nasce a seguito di uno degli incontri dei soci fondatori, nel quale, durante una discussione aperta si decise di cercare un nome adeguato alla specificità dell'esperienza della comunità che andava nascendo. Eravamo tutti consapevoli che il "nome" avrebbe dovuto rappresentare nella sua brevità la totalità delle aspettative, delle culture e delle esperienze di tutti i membri del gruppo: insomma l'identità della comunità. Il lavoro si presentava arduo.

Senz'altro, l'esperienza a cui volevamo dare inizio doveva rappresentare qualcosa di innovativo, di estremamente distante dalla cultura della mera assistenza custodialistica, dalla cultura autoreferenziale di molte comunità terapeutiche, da una cultura dell'intervento troppo ideologica e predefinita i cui modelli nascondono spesso, dietro un'apparente coerenza e organicità, prassi discutibili e votate all'inefficacia.

Era dunque necessario per noi il "passaggio" ad un'altra cultura dell'intervento che ci consentisse di realizzare quello che le precedenti culture, da noi conosciute, avevano lasciato inevaso, e cioè proprio la cura di quei "passaggi", di quegli attraversamenti esistenziali che sono spesso drammatici, catastrofici, a volte impossibili per coloro che soffrono di gravi disturbi mentali: dall'infanzia all'adolescenza; dall'adolescenza all'età adulta; dall'interno della famiglia al mondo sociale; dagli affetti familiari ai gruppi sociali

con i loro ruoli. Pensavamo agli attraversamenti non riusciti, ai percorsi bloccati, tipici delle biografie dei pazienti psichiatrici; ma pensavamo anche agli attraversamenti di costoro all'interno delle diverse istituzioni di cura, e quindi alle analoghe e simmetriche difficoltà delle istituzioni a porre la dovuta attenzione ai processi di appartenenza, alle fasi d'ingresso, alla verifica dei percorsi terapeutici, alle dimissioni e al reale reinserimento nel mondo sociale: passaggi difficili, ma essenziali.

La comunità terapeutica ce la rappresentavamo dunque come un luogo di confine specializzato in "attraversamenti", nel quale noi operatori, accogliendo l'angoscia dei "cambiamenti catastrofici" e dei fallimenti vissuti, diventavamo catalizzatori e tutori dei potenziali passaggi degli ospiti della comunità.

LA SELEZIONE E LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il passo obbligato successivo fu quello di creare un gruppo di operatori di base che riuscisse ad intendere e applicare i nostri obiettivi. L'indicazione che ci eravamo dati era di coinvolgere persone della zona in modo da creare una trama di rapporti ed interessi col territorio, dal momento che tutti noi fondatori provenivamo dalla capitale. I tempi lunghi delle ristrutturazioni, delle autorizzazioni comunali e regionali, delle esitazioni personali e di gruppo, ci consentiranno in realtà di avere il tempo necessario per creare un nucleo operativo motivato e di creare un primo campo mentale istituzionale.

Tra gli operatori iniziali (vi sarà nel tempo un'autoselezione spontanea: degli attuali operatori, solo tre provengono da quel gruppo iniziale, mentre gli altri "saliranno in corsa"), scelti attraverso i curricula e i colloqui, pochi avevano già una minima esperienza, la maggior parte era giovane, alcuni di loro non aveva mai sentito parlare di comunità terapeutica.

Prepariamo lo schema di un breve corso di formazione (circa 100 ore), che terremo settimanalmente da febbraio e luglio '98, nel quale sono incluse quelle cose essenziali che un operatore deve secondo noi sapere: storia delle comunità terapeutiche, teorie psicodinamiche di riferimento, setting e quotidianità, cenni di psichiatria, il setting dell'assistenza domiciliare, la formazione al lavoro e la cooperativa sociale, alcuni incontri sulla metodologia dell'osservazione diretta, alcuni incontri sul lavoro con le famiglie (queste due ultime tematiche sono state svolte da colleghi esterni).

Ma al di là delle finalità formative-informative di questo breve corso, l'obiettivo esplicito era in realtà quello di creare una situazione grupppale di pensiero e di discussione intorno ai temi della cura, della riabilitazione, dell'ospitalità, della comprensione del disagio psichico. Cominciavamo noi stessi ad abitare le "fredde" stanze del casale appena ristrutturato.

Parallelamente ed in coda a queste lezioni, organizzeremo altri incontri con responsabili di comunità private e pubbliche e con responsabili psichiatri dei servizi (compreso quello territoriale).

Passeranno ancora alcuni mesi prima che l'iter burocratico ci permetta di cominciare a vedere i primi pazienti, evento questo che ci permetterà di dare inizio alla fase successiva di tirocinio degli operatori, con le prime riunioni cliniche e le prime presenze in comunità in coincidenza delle visite dei pazienti.

LA SELEZIONE DEGLI OSPITI: UN PROBLEMA ETICO

A febbraio '99 giunge l'autorizzazione regionale contestualmente con l'accreditamento provvisorio (fatto davvero singolare e inedito) ottenuti, oltre in virtù del lavoro di dialogo e promozione svolto negli anni precedenti, anche grazie alle pressioni politiche dell'associazione regionale dei familiari che chiedeva a gran voce la creazione di strutture territoriali terapeutiche, fino ad allora inesistenti in Abruzzo.

Subito dopo giungono i primi invii, provenienti da conoscenti, ma anche dal responsabile del C.S.M. della zona.

Il problema più grande in questa fase (ma in realtà è uno dei problemi "capitali" delle comunità terapeutiche) era chiarire a noi stessi e ai servizi invianti con quali utenti una comunità terapeutica come la nostra è in grado di essere efficace ed efficiente. Questo problema, prima ancora di avere una rilevanza clinica, costituisce un problema etico che né le comunità terapeutiche, né i servizi invianti riescono quasi mai a porsi correttamente. Non ci riferiamo soltanto all'etica elementare della corrispondenza tra offerta e domanda (anch'essa ampiamente disattesa), ma all'etica della tempestività della risposta sociale al disagio, all'etica della predittività dei diversissimi percorsi di cura, all'etica del servizio e della responsabilità verso tutta la committenza (paziente, famiglia, società, ente pubblico, comunità stessa), all'etica professionale.

L'unica "etica" che invece viene generalmente applicata è quella della sopravvivenza con buona pace dei bilanci privati e pubblici (ma anche su questo i dubbi sono fortissimi), ma a grave discapito della cura e della riabilitazione sociale dei pazienti.

Decidiamo dunque di svolgere una selezione accurata dei pazienti, anche attraverso una valutazione diagnostica lunga ed articolata che prevede fasi e contesti successivi di osservazione e valutazione, sia da parte nostra che del candidato ospite: un colloquio psichiatrico, un colloquio familiare, una fase domiciliare di preparazione e riflessione, una fase di avvicinamento e di esperienza in comunità, una fase di accoglienza. Tutti questi momenti costituiscono osservatori differenti, individuali, gruppal, istituzionali,

che permettono una ponderazione adeguata e un adattamento graduale del paziente e della famiglia nella nuova appartenenza terapeutica.

Laddove questa procedura non può avvenire o non si riesce ad applicare per svariati motivi (collusioni, inesperienza, accettazione di processi perversi di delega, necessità economiche), prima o poi s'incontrano durante il percorso ostacoli insormontabili. Secondo la nostra esperienza dunque, una buona etica coincide sempre con le opportunità del buon senso clinico, e dove c'è attenzione a questi particolari i risultati sono quasi sempre eccellenti.

Rallentare gli ingressi quando sembra non ci siano alternative o quando le paure e la fretta dei familiari e dei servizi sono altissime; declinare gli invii improbabili anche quando sono "politicamente opportuni" per il buon rapporto con gli invianti e per le poverissime finanze degli operatori, non è solo consigliabile, ma necessario per la fondazione di un ambiente terapeutico forte e autentico.

L'INIZIO DELLE ATTIVITA'

Il giugno del '99 segna l'inizio dell'ospitalità di tre pazienti, due maschi ed una femmina, due dei quali provenienti da paesi vicini, quindi inviati dal CSM territoriale, l'altro proveniente da un paese del sud. Vi è dunque l'avvio ed il collaudo di tutti i meccanismi organizzativi necessari: la turnazione e l'orario degli operatori, l'allestimento dei primi spazi strutturati, l'avvio delle prime attività.

Contestualmente cominciamo anche una supervisione di gruppo col Prof. Pontalti.

In questa prima fase (per i primi tre mesi) saranno i più esperti tra di noi a sobbarcarsi di orari di lavoro elevati per consentire agli altri operatori di svolgere il loro tirocinio e di prendere visione delle caratteristiche del lavoro affiancandoci progressivamente nell'operatività.

In questa fase, l'entusiasmo della situazione nascente (in verità ancora molto presente) compensava l'inesperienza del gruppo complessivo e le inevitabili magagne.

Gli stessi ospiti ci rimandavano spesso l'immagine di incompletezza, di insufficienza, d'inefficacia (Loredana in particolare, una paziente con tratti borderline, non perdeva mai occasione di rigirare il coltello nella piaga con la sua modalità così affettivamente coinvolgente), ma partecipavano anch'essi al momento fondativo del gruppo, per cui alla fine ci rinnovavano sempre la loro fiducia. Non a caso, due dei tre pazienti di questo periodo, dopo aver deciso unilateralmente l'abbandono della CT, decidono spontaneamente e a distanza di pochi mesi di tornare*.

Scopriamo in questo primo periodo di “accoglienza” di gestire la quotidianità e i rapporti con i pazienti con una modalità differente dalle precedenti esperienze: evitavamo inutili irrigidimenti difensivi sulle regole, che però cercavamo di discutere tutti in assemblea; evitavamo di fermare gli ospiti che volevano irresistibilmente tornare a casa fuori dagli accordi, ma cercavamo di comprendere con loro il senso di questa esigenza; tolleravamo alcuni eccessi comportamentali, dettati da ansie ed angosce, rinforzando di contro la nostra alleanza con loro; cercavamo il dialogo in ogni momento della giornata pescando dalle nostre e dalle loro storie, facendo “gruppo” in tutti i momenti possibili. Lasciavamo insomma che loro abitassero la CT favorendone l’impossessamento seppure con modalità a volte patologiche. Si ricreavano le stesse situazioni che ciascuno di loro viveva a casa: la birra in più o il panino in più di Davide, rubati proditoriamente e “spuntati” grazie ad una consumata capacità manipolatoria, non ci scandalizzavano; il quarto caffè serale di Vincenzo o la sua apatia non ci turbavano; le continue recriminazioni rabbiose di Loredana non ci spaventavano. Tutte queste cose (ed altre ancora), che in altri contesti avrebbero provocato escalation, furiosi litigi, alzate di scudi, e finanche ricoveri, noi cercavamo di leggerle in controluce rispetto alle rispettive storie di vita e familiari, provando a restituire loro un senso differente e risposte emotive meno drammatiche.

Questo clima accogliente e dialogante ha creato ben presto una coesione di gruppo significativa che oggi ci permette di continuare più forti di prima.

Parallelamente cominciamo le prime attività formative (restauro, orto, equitazione) e terapeutiche (gruppo terapeutico, gruppo lettura, alcuni colloqui individuali) partecipate inizialmente con discontinuità e scetticismo, poi con maggiore convinzione. Ed intanto continuavamo, come gruppo curante, ad interrogarci sul senso di ciò che andavamo facendo.

PER UN’ANALISI DELLA FONDAZIONE E DELLA STORIA INIZIALE

LA FORMAZIONE DELL’ÉQUIPE

Della formazione dell’équipe abbiamo in parte accennato nella sezione introduttiva ed in quella dedicata alla storia. Qui vogliamo solo aggiungere che la costruzione di un’équipe operativa pensante è, in una comunità, un processo interminabile che vede l’intervento di numerose variabili individuali e di gruppo:

- Un lavoro su se stessi nei termini di formazione personale professionale non necessariamente legato a stereotipi o ruoli sociali-professionali predefiniti. Una presenza massiccia di personale ruolizzato (troppi psicologi, troppi infermieri, troppi**

educatori, ma anche troppo personale non specifico) “magnetizza” il campo mentale e l’operatività in direzioni non auspicabili. In realtà, l’operatore di CT è una professione a parte e specifica che richiede una formazione complessa e articolata di alcuni anni. In “Passaggi”, oltre ai soliti psicologi-psicoterapeuti, psichiatri, educatori, assistente sociale, ci sono, ad oggi, un laureato in lettere, una mediatrice culturale, personale non laureato, collaboratori tecnici esterni.

- Un lavoro nei termini di “domanda soggettiva” su se stessi e sui propri presupposti motivazionali, oltre che sulle proprie risposte emotive-affettive-cognitive rispetto all’operatività.

- Un percorso formativo sul lavoro di gruppo e sul contesto istituzionale. Questo è il capitolo allo stesso tempo più delicato e meno approfondito della formazione dell’operatore. Gran parte del lavoro dell’operatore di CT avviene in realtà all’interno di una matrice gruppale-istituzionale di cui in genere non si conoscono quasi per niente le coordinate. Saper lavorare in gruppo e col gruppo passa invece dall’esperienza di ciascuno attraverso la conoscenza delle dinamiche specifiche della situazione di CT dove il funzionamento dell’équipe terapeutica è in continua interrelazione col funzionamento del gruppo degli ospiti. Il modello culturale dominante risulta invece spesso quello individualistico-duale per il quale si confonde la responsabilità soggettiva (necessaria e inalienabile) con la solitudine onnipotente dell’operatore, il principale boomerang alla radice di tutti i burn-out. Passa molto tempo (e ce ne accorgiamo anche noi a “Passaggi”) prima che l’operatore interiorizzi il senso e l’efficacia del “livello gruppale-istituzionale del lavoro in CT”, e il senso e l’efficacia del gruppo di lavoro pensante. Fino ad allora la fatica è molto maggiore.

- Allo stesso modo, la stessa “domanda soggettiva” sul senso e sulla motivazione personale al lavoro in CT e in generale sul proprio mondo interno, passando attraverso la cassa di risonanza gruppale, acquista spessore ed avanza più rapidamente. La riunione e le discussioni di équipe diventano allora il campo di applicazione non più e non solo del lavoro clinico ottimizzato, ma anche e soprattutto il campo di applicazione della domanda sul senso dell’appartenenza ad un gruppo di lavoro e ad una particolare professione con tutti i suoi risvolti, sociologici, antropologici, filosofici. Questo fa dell’operatore non un esecutore di un mansionario, ma un soggetto culturale che con la sua storia e personalità è in grado di reggere le domande dei pazienti.

LA CREAZIONE DI UN CLIMA TERAPEUTICO

Siamo stati da sempre fermi sostenitori dell’idea che ciò che “passa”, in termini di buon clima e di convivialità, nella quotidianità più interstiziale e più informale della vita di un gruppo di comunità sia l’aspetto più qualificante di una comunità terapeutica, e che

questo dipenda in massima parte dalla cultura del gruppo fondatore. La nostra attenzione a questo aspetto della cura è quindi particolarmente elevata.

Queste notazioni corrispondono per noi ad una revisione del concetto tradizionale di setting terapeutico secondo il quale gli elementi organizzatori della mente gruppale dell'équipe (la sua configurazione antropologica e dinamica) informano i processi terapeutici degli ospiti attraverso determinate "fantasie anticipatorie" del gruppo degli operatori che riguardano l'intero spettro della relazionalità quotidiana: dal modo in cui si gestiscono le faccende di casa al modo in cui ci si rivolge al singolo ospite in un qualunque momento della vita in comunità; dal modo in cui si gestiscono le regole di convivenza al modo in cui si gestiscono le regole "terapeutiche" per il singolo ospite e per il gruppo. Le "fantasie anticipatorie" degli operatori "intenzionano" il gruppo quotidiano, segnano i traccianti e le linee-guida, intorno a cui si organizza la mente gruppale complessiva, ma intorno a cui si organizzano anche le attività pratiche e le iniziative.

Non sono dunque più sufficienti i concetti-contenitori di "autenticità", di "spontaneità" e di "calore", che per il loro generalismo si prestano a svariate manipolazioni.

Emerge, sulla base dei nuovi campi di applicazione e di ricerca del lavoro della comunità, una concezione di setting che si articola intorno all'interdipendenza e alla dialettica tra "struttura" e "processo":

- il setting come "struttura" in quanto assetto stabile e contesto artificiale (assetto mentale del curante e della situazione regolamentale, contrattuale e procedurale) che permette un'emergenza fenomenica: tutti gli aspetti spazio-temporali, la scansione organizzativa della giornata e della settimana intesa più come possibilità che come giogo o come routine stereotipata, la cura dei particolari (preparazione di buoni pasti, pulizie fatte in comune, arredi, manutenzione, etc.), la partecipazione alle attività intesa come spontanea ma anche in certo senso come "normale" o "scontata";
- il setting come "processo" in quanto costruzione di un campo mentale-relazionale tra gruppo curante e gruppo degli ospiti che sviluppa una sua specifica dinamica elaborativa e narrativa per la ricerca di nuove strategie personali e sociali. Il processo è dunque la struttura narrativa del gruppo (che produce senso) attraverso cui passano i nuovi racconti e i nuovi valori alternativi alla patologia.

Tale interdipendenza trova il suo focus nella cultura dei fondatori (che a sua volta informa di sé la cultura dell'équipe e che a sua volta informa di sé la cultura di tutta la comunità) in quanto luogo di sintesi tra ciò che è stabile e ciò che è in divenire.

Lo strumento che la mente dell'équipe utilizza è la modalità ludico-transizionale, qui intesa come buona gestione della dimensione tragica dell'umana esistenza.

- L'indicatore di qualità più immediato è chiaramente il clima che si respira in comunità durante il pranzo o la cena, o durante un momento di lavoro, o durante un momento di passaggio qualunque (magari di noia o di tensione) nel corso della giornata
- Un secondo indicatore è la verifica di ciò che si è fatto in termini di “cose”, “azioni”, “iniziative”, “spazi nuovi”: il clima della comunità è dunque progettualità, inteso qui nel suo senso etimologico di “proicere”, cioè portare avanti, portare fuori, lanciare l'idea, l'azione, la creazione.

LA CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA

Pensare alla configurazione organizzativa è stata l'attività di pensiero principale del nucleo fondatore precedentemente la nascita della struttura. Le riflessioni concernevano il ruolo e il senso degli aspetti istituzionali più specificamente organizzativi, la loro articolazione in relazione alla modulazione degli aspetti “formalmente terapeutici” con quelli più “informali”, la modulazione tra fare e pensare, tra lavorare, parlare e tacere, tra accogliere e stimolare, tra individuale e grupppale, e così via. Alcuni di noi provenivano da precedenti esperienze comunitarie nelle quali questi aspetti erano molto curati anche se a volte se ne perdeva il senso.

Queste riflessioni, seppure necessarie e seppure divenute patrimonio collettivo, si sono confrontate con una realtà operativa inevitabilmente (e fortunatamente) differente dalle aspettative individuali. La configurazione attuale, pur “alludendo” ai pensieri precedenti, è abbastanza dissimile da ciò che ciascuno di noi immaginava: ne è invece una buona sintesi.

Gli orari degli operatori di base sono sufficientemente organici da poter garantire una continuità ed una presenza significativa che consente l'instaurarsi di relazioni (due operatori sui turni diurni, uno per la notte, per un massimo di 8 ospiti); i responsabili sono presenti sempre durante l'arco della settimana; ad oggi la settimana è scandita da numerose attività comuni strutturate e non strutturate (gruppo terapeutico, assemblea, gruppo lettura, visite psichiatriche, colloqui individuali, incontri periodici con le famiglie, restauro, equitazione, corso di cucina, corso di informatica, attività sportive, gite nei weekend, etc.).

Poi ci sono le riunioni di équipe (formalizzate e non), le supervisioni, gli incontri formativi interni ed esterni per gli operatori.

Il tutto ci appare oggi come un apparato complesso che vive di vita propria e che sfugge a qualunque tentativo di chi osasse controllarlo o colonizzarlo.

La presenza di operatori della zona permette inoltre di contaminare positivamente il clima della comunità sfuggendo ad ogni residuale rigidità organizzativa, coinvolgendo soggetti territoriali, “provocando” situazioni imprevedibili (parenti, amici, conoscenti che frequentano la CT), e questo ci appare ad oggi l’elemento più innovativo dell’attuale assetto organizzativo.

L’ALLESTIMENTO DEGLI SPAZI FORMATIVI-RIABILITATIVI PER GLI OSPITI

L’allestimento degli spazi formativi-riabilitativi è stato animato dal concetto di socializzazione delle competenze, il cui presupposto è basato sull’idea che ognuno, operatore e ospite, è portatore di conoscenze che possono essere scambiate per poter accrescere l’opportunità di creare relazioni.

Partendo da questa premessa, naturalmente e al di fuori delle nostre aspettative, sono nate molte proposte e alcune attività, a cui ognuno ha deciso di aderire in maniera assolutamente spontanea, senza la necessità di ricorrere a quegli atteggiamenti prescrittivi che inevitabilmente conducono al fallimento delle proposte.

L’analisi delle risorse interne poteva apparire, a prima vista, poco incoraggiante: 11 ettari di terreno incolto e una vecchia stalla da ristrutturare. Ma uno dei primi ospiti aveva raccontato di essere in grado di occuparsi di un orto e, con la piccola partnership dell’agricoltore confinante, abbiamo prodotto e consumato ortaggi per la stagione estiva. Allo stesso modo, un altro ospite, che sembrava mantenere viva l’unica passione per l’equitazione, ha potuto utilizzare gli ampi spazi e qualche cavallo messo a disposizione da amici, per iniziare un progetto di futura professionalizzazione nel campo, con l’aiuto di un’istruttrice federale di equitazione.

Uno dei responsabili ha, come portato di sue precedenti esperienze nell’ambito della riabilitazione, competenze nell’ambito del restauro del mobile antico, e in poche settimane una sezione della vecchia stalla diviene un efficiente e frequentato laboratorio dove chiunque, ospite e operatore, può apprendere e prestare la propria opera, per di più ricevendo un compenso in relazione ai lavori svolti

Sono stati coinvolti, anche grazie all’intercessione degli operatori della zona, un cuoco, che viene una volta a settimana ad insegnare agli ospiti (ed in particolare ad uno di loro, Davide, iscritto alla scuola Turistico-Alberghiera) alcune ricette, ed un ingegnere che ci ha allestito un corso-base di informatica (alcuni pazienti avevano espresso l’interesse per l’apprendimento dell’uso del computer), nella nuova sede amministrativa situata in paese.

L'ALLESTIMENTO DEGLI SPAZI TERAPEUTICI

Pensare agli spazi terapeutici di una CT significa, a nostro parere, essere disposti a mettere in discussione molte delle “presunzioni in ambito psicoterapeutico”, perché questo contesto è in grado di rimescolare le carte in gioco conducendoci ad una revisione dei setting tradizionali. Tutto assume un differente significato: terapie individuali, gruppi terapeutici, lavoro con le famiglie, diventano giocoforza in una CT qualcosa di qualitativamente differente, poiché attività inserite in un contesto differente.

In realtà, nella nostra ottica, è la CT nel suo insieme a costituire il vero “spazio terapeutico” diffuso e allargato, anche se questo non significa che in certe situazioni e per certi ospiti si renda necessario corrispondere al bisogno di referenzialità duale personalizzata.

Il gruppo terapeutico che si tiene una volta alla settimana è un esempio dell'impossibilità, in una CT, di fare riferimento ai modelli di conduzione e svolgimento consueti di un gruppo terapeutico.

Innanzitutto il gruppo della CT è un gruppo residenziale e quindi convivente: ciò comporta una dimensione di permanenza e di continuità delle dinamiche attuali, per cui il momento dell'incontro settimanale (della durata di un'ora e un quarto circa) è uno dei numerosi momenti di verifica e confronto, che però avviene ritualmente alla presenza di due conduttori i quali con il loro ascolto consentono ai membri del gruppo di mettere in gioco contenuti personali che diventano elementi di una trama di significati condivisi. L'ascolto dei due conduttori è attento alle emozioni del momento, ma anche alla dinamica gruppale che emerge attraverso le storie individuali che tendono a tessere una nuova trama.

Un secondo aspetto denotativo di questo tipo di gruppo è la presenza degli operatori (attualmente due, oltre la presenza dei due conduttori), che partecipano a tutti gli effetti al discorso gruppale, a volte assumendo una funzione terapeutica legata al loro ruolo, altre volte portando semplicemente contenuti personali inerenti il tema gruppale.

Questa configurazione particolarmente aperta ai contributi di tutti fa di questo gruppo più uno spazio di coralità, uno spazio antropologico nel quale ci si racconta in un clima di relativa sospensione piuttosto che uno spazio eccessivamente formalizzato e modellisticamente orientato*.

Riguardo invece agli spazi individuali, si è lasciata la possibilità inizialmente per ciascun ospite di fare riferimento a più di un operatore in maniera informale. Quasi tutti gli ospiti sono seguiti, in maniera comunque non troppo formalizzata, dagli psicoterapeuti presenti nell'équipe. Per alcuni però si comincia a pensare di riservare uno spazio di ascolto più individualizzato in funzione della maturata capacità di utilizzo di una terapia

individuale esterna; questo in vista di una prosecuzione autonoma una volta finito il progetto terapeutico nella comunità.

IL RAPPORTO CON IL TERRITORIO

Partendo dal presupposto che una comunità terapeutica e i suoi membri intrattengono rapporti di reciprocità di tipo continuativo con il territorio sociale di appartenenza e che ciò costituisce fattore di determinante importanza per l'inclusione sociale dei pazienti residenti in una CT, vogliamo ora prendere in considerazione la specificità della interazione sociale della nostra CT con il territorio circostante.

La CT è collocata tra due piccoli comuni abruzzesi (Oricola e Carsoli) che sono situati al confine della regione Lazio e nello specifico a soli 50 km da Roma. Questa dimensione territoriale che sembra non possedere specifiche caratteristiche, consente invece, nel suo essere territorio di passaggio interregionale, transizioni di tipo economico e socioculturale continui con la provincia romana.

Caratteristica peculiare delle popolazioni locali è di non aver smarrito la tradizionale accoglienza e ospitalità, elemento che spesso è il prezzo pagato al rapido sviluppo economico, ma tale evoluzione ha comportato invece una maggiore apertura e curiosità alle novità costituite dal confronto culturale dei nuovi scambi sociali che lo sviluppo socio-economico ha comportato.

Le due piccole comunità locali hanno preservato la loro capacità d'integrazione delle differenze sociali (caratteristica esclusiva delle piccole comunità) e ciò senz'altro ha fatto buon gioco per le opportunità degli scambi sociali dei nostri ospiti. Essi hanno l'opportunità, anche tramite l'ausilio di operatori che sono residenti nella zona, di poter beneficiare del contatto sociale alquanto immediato che è tipico di quelle piccole comunità sociali in cui tutti si conoscono: in quanto conosciuti, non vi è dunque ragione di mettere in atto processi di esclusione. E così accade, ad esempio, che alcuni ospiti per alcune attività possono usufruire di trasbordi in automobile per andare in piscina con persone del paese che fanno lo stesso tragitto. Le loro difficoltà sono così equiparate ai membri della comunità locale che hanno difficoltà consimili e che sono perfettamente integrati nella comunità locale.

L'assidua frequentazione da parte degli ospiti in particolare del paese di Carsoli (che, ricordiamo, è anche residenza di ben 5 operatori) ha fatto sì che dopo pochi mesi avvenisse un forma "naturale" d'integrazione tale da consentire ad oggi rapporti continuativi con persone e luoghi, con effetti recenti e inaspettati quali la frequentazione di ragazze del paese da parte degli ospiti, la disponibilità gratuita e spontanea di un campo da tennis da parte di un istruttore particolarmente sensibile, la disponibilità gratuita di un anziano ingegnere a svolgere un corso di computer, e così via.

Siamo però consapevoli che il lavoro di condivisione e collaborazione con le realtà territoriali è ancora agli inizi e che c'è ancora moltissimo da fare nei termini di proposte, iniziative, coinvolgimento reciproco dei soggetti locali.

IL LAVORO CON LE FAMIGLIE E LA MULTIAPPARTENENZA DELL'OSPITE DI CT*

Ci siamo presto accorti (ma già lo sapevamo) che coinvolgere le famiglie in un discorso di partecipazione alle finalità della comunità non era soltanto un'opzione terapeutica, ma la conditio sine qua non per la quale la terapia può o non può svolgersi.

Proprio su questo punto le idee tra di noi non erano molto sedimentate (e non ci sembra un caso), ed infatti sono passati due-tre mesi prima che cominciassimo un lavoro organico con le famiglie, ma anche qui alla fine ci siamo ritrovati d'accordo sul da farsi.

Il nostro lavoro con le famiglie si è fin qui ispirato ed articolato intorno a pochi e chiari concetti:

1. L'alleanza e la condivisione con le famiglie. Scagli la prima pietra chi non ha mai pensato alle famiglie come colpevoli dei disagi psichici dei loro membri. Certo, in qualche maniera vi sono "coinvolte", ma pensare a loro come responsabili-principe della psicosi è un'altra cosa. Purtroppo però questa semplificazione è il "basso continuo" della maggior parte degli interventi sui familiari, in particolare da parte delle comunità terapeutiche. Diciamo subito allora che immaginare lo sviluppo della malattia mentale in questi termini colpevolistici può essere sì consolatorio per l'operatore, ma è perfettamente inutile ai fini terapeutici. È vero che le famiglie sono spesso irritanti, imprevedibili, emotivamente sconvolgenti, patologiche, ma sono in realtà la principale risorsa del paziente, e anche del terapeuta. Rinunciare all'orizzonte colpevolistico nella prassi della comunità è un compito arduo ma necessario per consentire alle famiglie di sentirsi sostenute, accolte e comprese e di attingere allo stesso tempo a quelle risorse inutilizzate, eppure presenti.**

2. Lontananza o Separazione? È perfettamente illusorio pensare che alla rigida lontananza fisica e chilometrica dell'ospite di comunità dalla sua famiglia corrisponda di per sé un analogo processo mentale di separazione, o che tale lontananza costituisca il presupposto per l'accesso del paziente a processi maturativi o terapeutici. Tale discontinuità non significa in alcun modo sradicamento, riazzeramento e reinfetazione dell'ospite nella CT. Si tratta dunque di una separazione puramente "strategica", non assoluta, che non assume certo i caratteri di radicale frattura o peggio di abbandono da parte della famiglia, ed è una separazione a cui di per sé non consegue né alcuna certezza terapeutica, né alcun cambiamento interno del paziente. Ricordiamo infatti con Torricelli (1997, 1998) che: <<L'allontanamento del paziente dal suo contesto originario, infatti, per quanto comporti la separazione fisica, non costituisce tuttavia una soluzione

di continuità rispetto al meccanismo familiare di strutturazione della psicosi, come dimostra tutta la pratica manicomiale: in mancanza di stimolazioni dall'esterno la famiglia semplicemente “si ristrutturerà sull'assenza” del paziente designato, ma sempre e comunque all'interno delle regole e delle modalità relazionali usate in precedenza, lasciando così di fatto immutate le condizioni che sostengono la sintomatologia psichiatrica>>. Senza il consenso esplicito e l'alleanza di paziente e famiglia, riguardo la proposta progettuale della CT, risulta a mio parere vano e velleitario ogni tentativo terapeutico, così come risultano ingestibili quelle situazioni per le quali non è consentito al paziente di contattare e rivedere la famiglia, considerata, a torto o a ragione da parte degli operatori della CT, la fonte patologica e l'origine di tutti i problemi del paziente.

3. L'analisi delle aspettative. Occorre chiarire prima ancora dell'ingresso del paziente in CT, i termini e i motivi della partecipazione della famiglia alle attività della CT. È fondamentale infatti con ogni famiglia il lavoro “contrattuale” precedente all'ingresso, durante cioè la fase di conoscenza (diagnosi) e di avvicinamento del futuro ospite e della sua famiglia. Tale lavoro può svolgersi con una serie di incontri preliminari nei quali sia possibile svolgere una serena ma puntuale analisi delle aspettative riguardante tutti gli attori in gioco. Infatti, già da tali aspettative si evincono una serie di informazioni utili per lo svolgimento del progetto stesso. Spesso queste aspettative sono, in un certo senso, “alterate” dalla condizione patologica di cui è portatore il paziente, e risultano, da parte dei diversi soggetti in campo, a volte irrealistiche e sopravvalutanti, a volte insufficienti e svalutative, a volte inesistenti, altre volte ancora malriposte e inadeguate, il più delle volte tutto ciò insieme e contemporaneamente. Una delle possibili chiavi di lettura eziologica del disturbo del paziente è il vertice di osservazione delle aspettative familiari: il paziente sembra essere stato da sempre al centro di aspettative errate o di “desideri impossibili” da parte del suo ambiente di crescita; egli diventa dunque portatore di una domanda esistenziale che non gli appartiene e portavoce del “desiderio inadeguato” di qualcun altro. Questa “storia” sembra perciò ripetersi con tutti coloro che di lui si prenderanno cura. A conferma di ciò è infatti facile osservare, riguardo le aspettative sui pazienti da parte di famiglie e curanti, l'oscillazione - alcune volte anche per il medesimo paziente - tra negazione del disagio, delle difficoltà e senso d'impotenza paralizzante rispetto alle stesse difficoltà.

4. Le storie. La prospettiva che qui viene proposta è quella che parte dal considerare la famiglia ed il paziente di cui fa parte, come il punto di arrivo di una lunghissima storia di cui nessun membro della famiglia, e il paziente meno che mai, è veramente e consapevolmente portatore, ma soltanto “esecutore”. Il paziente è dunque l'ultimo capitolo di una trama transgenerazionale che appare sconosciuta. A fronte di questa impossibilità di visualizzazione da parte dei membri della famiglia delle vicende e delle connessioni storiche, gli operatori della CT dovrebbero fare attenzione ad entrare nel mondo familiare del paziente con la massima circospezione come converrebbe che facesse chiunque entrasse in un territorio inesplorato. Risulta dunque che le storie familiari di cui sono rappresentanti gli ospiti della CT, sono quasi sempre storie che ad

un certo punto s'interrompono, o meglio ancora, sono storie che s'impantanano in territori di non-senso, conducendo il paziente a frenare, anche bruscamente, il suo percorso maturativo e a bloccare ogni compito evolutivo personale e sociale: la persona si isola, si chiude in casa, disimpara a lavorare, a studiare, a frequentare gli amici, a contattare i partners, ad interessarsi di aspetti creativi: entra in una circolarità "viziosa" nella quale esiste solo il disagio ed i sintomi, ultime vestigia di una comunicatività divenuta impossibile, residui tossici privi di significato, quasi come se alcune parti della mente fossero morte o danneggiate. Ciò che sembra avvenire è che il paziente e, molto spesso, la sua famiglia non sono più in grado di leggere la realtà ed interagire con essa, come se la storia di cui sono portatori non consentisse di procedere oltre: qualcuno si ferma ai compiti adolescenziali fermandosi sul bordo della vita adulta o molto prima (studi, servizio militare, primi compiti sociali, lavoro, affetti, sessualità); qualcuno sembra andare oltre: sostiene i primi esami universitari, o si laurea, o si sposa, mette su famiglia, lavora più o meno stabilmente, ma all'improvviso sembra non riuscire più a sostenere i propri compiti e i propri ruoli. Queste storie familiari, inoltre, contengono sempre dei traumi antichi o recenti: lutti, separazioni, trasferimenti, fallimenti economici, tradimenti, eventi incomprensibili e improvvisi, tentativi emancipativi andati a vuoto, frustrazioni-castrazioni-umiliazioni-vergogne non metabolizzate, etc.. L'aspetto che invariabilmente, in tutte queste storie, è evidente agli occhi dell'osservatore o del terapeuta è che quello che appare incrinato e compromesso è proprio il passaggio dell'individuo tra il mondo familiare e quello sociale, un passaggio - un ponte crollato - che non consente più gli attraversamenti che in precedenza sembravano più agevoli tra i due mondi. Il paziente "cade" o "recede" all'interno di una monoappartenenza che coincide con la propria storia familiare divenuta insufficiente nel raccontare il mondo o parti essenziali di esso. L'individuo (e la sua famiglia) non maneggiano più (o non hanno mai maneggiato) i codici socio-culturali e si vedono costretti a raccontare una storia molto semplificata di se stessi e della realtà circostante. Il paziente, dal canto suo, tenta di raccontare un'altra storia, la sua storia, una storia che disperatamente salvi le "capre" della sua appartenenza e della sua pesante storia familiare e i "cavoli" dei suoi desideri emancipativi al di fuori del modo familiare. Ma questo tentativo segna l'inizio della "malattia" poiché la capacità simbolopoietica dell'individuo risulta a questo punto in larga misura carente o impossibilitata a svolgersi, e la storia che ne vien fuori è spesso una teoria alternativa alle codificazioni sociali (delirio), o una non-storia fatta di silenzio e di non-senso (depressione), o una storia estremamente conflittuale nella quale non c'è posto per il narratore (disturbo di personalità). Viene a mancare dunque un'autentica multiappartenenza dell'individuo, viene a mancare cioè una "sana dieta mentale" che consenta di integrare gli "alimenti" e di nutrire la mente dell'individuo con cibo opportunamente scelto al di fuori della cucina di casa. Il lavoro della CT diventa allora quello di riattivare e rivitalizzare quei processi interrotti dalla malattia, che nell'ottica qui utilizzata, corrisponde a lavorare intensamente con le famiglie degli ospiti di CT affinché si rimettano in circolo ed in collegamento quelle storie sepolte o se-cluse che sono alla base dei problemi del membro familiare e che permetta ad esso di muoversi attraverso altre appartenenze con un maggiore grado di libertà.

CONCLUSIONI

Ad oggi (giugno 2000), a distanza di 12 mesi, possiamo fare un bilancio tutto sommato positivo:

- Oggi ci sono 4 pazienti (in un periodo sono stati 5), e altri pazienti sono in preparazione;**
- Gli operatori sono pagati (!), seppure con un ritardo di 3-4 mesi e seppure poco in considerazione delle povere finanze iniziali a disposizione, e questo ci sembra, vista la situazione amministrativo-burocratica delle AASSLL, una specie di “miracolo”;**
- Non ci sono per ora tra gli operatori segnali di stanchezza, d’insofferenza o conflitti eccessivi: tutti per ora sembrano lavorare volentieri e la comunicazione e il dialogo all’interno dell’équipe sembrano piuttosto fitti;**
- Le attività formativo-riabilitative sono ben avviate: il restauro lavora molto, si pensa a progetti di equitazione (maneggio), il corso di computer procede, si comincia a pensare ad altre attività (vetreria, bar-ristoro, agricoltura biologica, un campo di calcetto) e alla costituzione di una cooperativa sociale.**
- I progetti individuali procedono. Davide va a scuola, Sandro partecipa al corso di computer, Giorgio comincia a guadagnare col restauro e sta diventando un esperto di cavalli; Raffaele ha ricominciato il suo praticantato come avvocato;**
- La gruppalità (degli ospiti e degli operatori) sembra essersi consolidata;**
- La situazione sintomatologica dei pazienti è fortemente regredita.**

Attualmente sono in fase d’inserimento altri pazienti che con il loro ingresso muteranno certamente in maniera significativa la configurazione gruppale e dinamica della CT, cambieranno le consuetudini fin qui acquisite, le modalità relazionali, lo stile di lavoro, le stesse regole interne, implicite ed esplicite. Insomma, tra qualche mese saremo un’altra comunità, non sappiamo quale, ma sappiamo invece che questo gruppo di persone – responsabili, operatori, ospiti – continuerà ad investire positivamente quel luogo, quei progetti e noi stessi in quanto soggetti desideranti, nella speranza che questo desiderio diventi “contagioso”.