

interventi

La comunità locale, la strada, l'intermediazione sociale. Setting nel sociale fra partecipazione e separazione

Raffaele Barone, Simone Bruschetta*, Anna Rita Anguzza**

1. Il contesto

La strada è una terra di confine e di connessione. Collega un luogo con un altro. In generale è una infrastruttura pubblica. La strada parte da casa propria per arrivare in piazza, dalla piazza ad un quartiere. Dalla città ad un'altra città. Porta fuori città. Si collega con l'autostrada, si interconnette con altri contesti. La strada connette i contesti, e i contesti fra di loro. La strada è di tutti e di nessuno. Dà l'idea di precarietà. *Quando una persona è in difficoltà si dice che è in mezzo alla strada.* Anche le strade hanno le loro regole. Ci sono strade buie, vicoli, strade alberate, ben segnalate. Anche la strada "segna" il contesto di vita. Nel lavoro di riqualificazione urbana nei contratti di quartiere, in *URBAN* ci stiamo accorgendo quanto la riqualificazione del tessuto urbano è fortemente collegato nella integrazione del lavoro degli urbanisti e degli operatori psico-sociali. Interessa il rifacimento delle strade e/o la riqualificazione, e dei gruppi di cittadini che le abitano.

I contratti di quartiere, per esempio rappresentano delle vere e proprie iniziative di ricostruzione dei territori, dal momento che coinvolgono risorse umane in processi di partecipazione sociale e politica nell'ambito di una più ampia e rigenerazione non solo del singolo ma dell'intera comunità (Licari G., 2005). Si comincia a riflettere sul concetto di rigenerazione di un tessuto urbano. Rigenerazione deve significare, dunque, prendersi cura, in quanto indica un processo di rinascita come quello che si verifica quando vediamo guarire da una malattia qualcuno. L'ambito d'intervento è "il tessuto urbano" che rimanda all'atto di tessere relazioni: <<è così come il tessuto mostra le maglie della sua tessitura, la rigenerazione, proprio a partire da queste reti tessutali, può diradarle

· Psichiatra ASL3(Caltagirone), Psicoterapeuta-gruppoanalista, Presidente onorario Airsam, Presidente Asi Caltagirone, Docente Scuola Psicoterapia della Coirag.

* Psicologo, Psicoterapeuta-gruppoanalista.

** Psicologa, Psicoterapeuta-gruppoanalista in formazione.

senza demolirle permettendo ancora i legami>>¹.

Chi opera nel campo clinico-sociale – vale a dire chi è chiamato a intervenire sul malessere che si condensa negli individui, ovvero che circola nelle maglie delle reti sociali – si trova così inevitabilmente a confrontarsi con un compito complesso, intrinsecamente «interculturale»¹.

L'interculturalità non è perciò il campo limitato del lavoro con individui di diversa etnia. Se l'identità stessa prende forma e si trasforma in un intreccio relazionale di scambio simbolico-linguistico, il lavoro con *qualunque* gruppo umano, anche se autoctono e in apparenza culturalmente omogeneo, è un lavoro *fondamentalmente* interculturale – di più: il lavoro con *ogni* individuo non può non prendere in considerazione le stratificazioni e le talora drammatiche trasformazioni culturali che sostanziano la sua storia in rapporto ai suoi gruppi di appartenenza e di riferimento (Bellia V., 2002).

Ciascun individuo fa riferimento a una pluralità di gruppi sociali, manifestando in modo diversificato in ciascuno di essi senso di appartenenza e grado di implicazione e di partecipazione, sentendoli nel contempo più o meno «altri» rispetto a sé. Gruppi sociali determinati entrano tra loro in rapporto, all'interno di spazi sociali allargati, istituzioni etc., sperimentando un diverso grado di reciproca «compatibilità culturale» quanto alle reciproche appartenenze, esercitando in grado diverso il potere partecipativo, ciascuno con un proprio senso di separazione rispetto alla cultura dominante nel contesto...>>⁵.

2. Il contesto del lavoro di strada

Il lavoro di strada si rivolge a persone che vivono in situazione di degrado, propense a entrare in conflitto con il proprio ambiente a causa sia dell'emarginazione, sia delle difficoltà di inserimento o, più banalmente delle proprie abitudini di vita: adolescenti a rischio di devianza, adolescenti ed adulti tossicodipendenti, prostitute, anche extracomunitarie, persone senza fissa dimora, homeless, e tutte quelle popolazioni di malati mentali non curati, abbandonati o ritenuti inguaribili.

L'atmosfera conflittuale nei confronti dell'altro in genere o del contesto sociale è una caratteristica peculiare dell'utenza del lavoro di strada.

Spesso tale atteggiamento deriva dall'impossibilità, per tutta una serie di fattori sia psicologici che sociali, di aprirsi all'altro e di costruire una serie di legami significativi.

I codici e le regole della strada sono di tutti e spesso non appartengono a

¹² Bruschetta S., Leonardi R. (2005), *La valutazione della formazione attraverso il gruppo psicomotorio*, in "Il Gruppo come modalità di lavoro psicologico-clinico", Edises, Napoli.

⁵ Bellia V. (2002), *La danza e lo straniero. La Dmt per l'intermediazione sociale*. In Barone R., *Cantieri aperti. Società locale e Salute Mentale*. L'Accademia della Piazza, Gramscio

nessuno. Così spesso sulla strada ognuno può pensare di farsi giustizia da solo.

La legge che non protegge più tutti alla stessa maniera, questa è la percezione che alcuni possono avere, può e deve essere trasgredita.

Ci sono situazioni nelle quali la convivenza sociale è resa gravemente problematica dall'assenza o dalla negazione di regole di relazione condivise. Sono situazioni in cui il rapporto con l'altro e con le culture «altre» avviene in modo diretto, senza che siano negoziati e comunemente accettati vincoli regolatori dello scambio (Carli, in Di Maria 2000). La negazione delle regole del gioco fa necessariamente dell'estraneo un nemico, generando violenza, mafie, leghismi, conflitti razziali.

Alle difficoltà psicopatologiche delle persone a cui è spesso indirizzato il lavoro di strada si aggiunge lo stato di degrado delle convivenze nelle nostre comunità urbane.

Difficoltà di accesso ad un impiego, degrado degli alloggi, povertà culturale, difficoltà degli immigrati a trovare possibili connessioni tra la cultura d'origine e quella attuale, sono ingredienti che rendono il contesto in cui si svolge il lavoro di strada complesso e difficile ma nello stesso tempo può presentarsi, oggi, come modello di lavoro psico-sociale fecondo ed innovativo nel breve e nel medio futuro.

Il lavoro di strada trova una sua naturale espressione nel servizio a gruppi di persone che vivono in situazioni di disagio e degrado, propense ad entrare in conflitto con il proprio ambiente a causa sia di emarginazione sia delle difficoltà di inserimento sia, ancora, a causa delle proprie abitudini di vita.

Il rapporto che ciascun individuo intrattiene con i gruppi nei quali si trova ad essere inserito, o con i quali entra in contatto, ha complesse e caratteristiche sfumature dinamiche. In particolare, abbiamo messo in evidenza tre variabili, che abbiamo trovato particolarmente significative in ordine allo sviluppo dell'identità personale e sociale e ai suoi arresti:

- il senso di appartenenza
- il senso di partecipazione
- il senso di separazione

Queste tre variabili, in particolare, si declinano in rapporto alle «culture» dei gruppi, vale a dire alle rappresentazioni di sé, degli altri, del mondo, ai complessi valoriali, ai codici simbolici etc. che di gruppi e individui costituiscono il linguaggio, le ideologie, gli elementi di motivazione e di scelta.

Rispetto a un dato gruppo o a una data cultura, quanto mi sento appartenente? La misura del senso di appartenenza è data con evidenza dall'uso del pronome «noi»; il senso di appartenenza esprime basilariamente la funzione identificatoria esplicita dal gruppo e dagli elementi culturali ad esso connessi (Bellia V., 2002). In questo articolo non facciamo riferimento soltanto al lavoro di strada ma anche al lavoro psico-sociale svolto a domicilio nei quartieri e in nuovi setting che nel sociale possono essere attivati.

3. Metodologia

L'incontro individuale e di gruppo avviene nel contesto di vita. L'incontro tra l'operatore psico-sociale e l'utente si pone da subito fuori dalle regole usuali dei nostri servizi. Il bisogno primario è in prima istanza di risoluzione di problemi di convivenza sociale e di bisogni materiali: una casa, una siringa sterile, del cibo, un'occasione di lavoro e/o di promozione, un rifugio di sicurezza per il rischio di incolumità ecc. In seconda istanza può trasformarsi in sostegno abitativo, prevenzione da malattie infettive, igiene alimentare, educativa domiciliare, educazione alla legalità, inclusione sociale, partecipazione allo sviluppo di comunità.

Queste problematiche hanno posto in essere nuove modalità operative fondate sostanzialmente su alcuni principi, quali: il **riconoscimento dell'altro per quello che è**: <<*Ti aiuto nei tuoi bisogni senza chiederti di adattarti alle regole della comunità scientifica dominante. Ti vengo a trovare dove vivi, nella strada, nei quartieri, nella tua casa. Unità operative mobili. Orari flessibili*>>; **l'accoglienza**, dove il termine accoglienza indica un modo e un atto dell'accogliere, dell'ospitare cioè del ricevere qualcosa e/o qualcuno con varie disposizioni d'animo. Accoglienza rimanda al termine "accettazione". Tuttavia quando si entra in relazione con qualcuno è inevitabile che nel momento stesso in cui lo si incontra, risulti evidente la distanza che intercorre tra noi e questo altro da noi. Dunque l'accoglienza non è immediata. Potremmo dire che essa deve essere preceduta dal riconoscimento di questa distanza, che è ineliminabile e innegabile. "L'altro" ancora prima di essere straniero è arrivante. L'arrivante in assoluto è colui di cui non sappiamo nulla e per tanto non sappiamo come predisporci per ospitarlo (Licari G., 2005); la **riduzione del danno, che implica il proteggere e tutelare la salute su pochi obiettivi basilari**, come presupposto per aprire e preparare nuove e successive possibilità di cura ed amancipazione: *distribuzione di siringhe sterili per ridurre le malattie infettive, distribuzione di preservativi per evitare malattie sessuali (AIDS). Interventi a bassa soglia. Interventi flessibili e scarsamente strutturati*; **l'entrare in relazione secondo le "regole della strada"**, e quindi <<*negoziare fra il bisogno primario e il bisogno di cura. Fra il bisogno individuale e di gruppo. Fra il bisogno emergenziale e l'interventi a medio termine*>>; e infine, **l'intermediazione**, e cioè ricucire relazioni spezzate, ricucire operatività fra servizi frammentati. Ricucire teorie e metodologie di interventi spesso contrapposti tra di loro. Attivare Soggetti intermediari in grado di sviluppare la loro azione di legame tra cittadini e società.

4. Setting e inclusione sociale e lavoro di rete in contesti non strutturati

Il setting va costruito nella scena dell'incontro. È nel medio termine che si può ipotizzare un lavoro di cura e sullo sfondo anche di psicoterapia.

L'intervento psico-sociale è di cura, nel senso di interventi caratterizzati da "un pensiero attento e costante", ed una sollecitazione affettuosa, è nello stesso

tempo di “politica”, nel senso dello sviluppo di comunità e di rigenerazione urbana e di politiche sociali intese come costruzione sociale del territorio.

L’**inclusione sociale** diventa una modalità operativa in cui la comunità locale va sollecitata in quanto la questione non è quella di qualcuno che fuori e va messo dentro, ma di qualcuno che dentro in un modo non accettabile dal dentro. Non c’è mediazione possibile senza la crisi della stessa organizzazione (comunità).

La capacità di includere è una attitudine che tutti i contesti hanno come competenza. Il problema si pone quando non funzionano. È lì che si deve attivare una capacità di rigenerazione del processo di inclusione attraverso un nuovo patto fra entità diverse e autonome.

Il lavoro di strada, la domiciliarità, lo sviluppo di comunità locale, l’intervento nel quartiere a rischio, assume una dimensione operativa fondata sulla mediazione sociale, progettazione psico-sociale, aggregazione giovanile, formazione e inserimento lavorativo, sostegno abitativo, autosostenibilità, sviluppo di legami sociali, e di presa in carico sia delle problematiche individuali che familiari e sociali.

L’intervento in questi contesti ha a che fare trasversalmente con la convivenza sociale e con la sua stessa crisi.

5. L'emarginazione adulta grave e il lavoro di strada

Le persone che vivono in condizioni di marginalità grave sono accomunate dal fatto di vivere la strada come modo di relazione, a prescindere sia dalla disponibilità di un luogo fisico che funga da loro dimora, sia dalle loro condizioni socio-sanitarie. Sulla strada, accanto ai “tradizionali barboni” individui senza fissa dimora che hanno eletto a loro domicilio una panchina e che vagano per tutta la città con tutti i loro averi al seguito conservati nelle buste di plastica, si ritrovano a convivere alcuni cittadini extracomunitari che hanno interrotto i contatti con la famiglia e le terre d’origine senza ancora essere mai stati realmente accolti nella società e nel territorio che attualmente li ospita.

Questi individui vivono con estremo disagio la loro condizione di esclusione sociale. Essi sembrano essere invisibili per le istituzioni pubbliche perché inesistenti anagraficamente. La condizione “sulla strada” di queste persone è spesso aggravata dalla presenza di patologie psichiatriche, alcolismo, tossicodipendenza o prostituzione. Tali problematiche evidenziano quindi la necessità di un intervento sociale di base incentrato sulla tutela della salute, la riduzione del danno e la protezione sociale.

Vi è un’altra tipologia d’utenza che, in quanto ad esclusione sociale, vive una condizione di disagio sociale molto simile a quella sopra indicata. Ad essa appartengono gli anziani dei quartieri più popolari e degradati, che pur avendo un tetto sotto cui vivere ed una pensione sociale, si ritrovano a vivere nella solitudine e nel degrado più assoluti, a causa del grave stato di abbandono e di povertà in cui vivono. Anche queste persone vivono la strada come luogo primario di relazioni, se non altro per il soddisfacimento di alcuni bisogni

primari come il mangiare ed il lavarsi.

Quando la condizione di emarginazione grave vissuta da questi utenti assume i caratteri della cronicità ogni tipo di intervento sociale, ancorché semplicemente assistenziale, nei loro confronti diventa impossibile. Questo stadio ultimo di evoluzione del disagio sociale è rappresentato da una condizione molto precaria di equilibrio della sopravvivenza, in cui:

- ogni relazione costruita sulla strada corrisponde ad una logica di rapina;
- l'orizzonte temporale della progettualità personale non può che essere la giornata;
- le possibilità di vita dipendono esclusivamente dalla soddisfazione dei bisogni primari.

Un qualsiasi intervento sociale che si pone semplicisticamente l'obiettivo di modificare questo equilibrio rischia di far precipitare la situazione con esiti spesso infausti. Mai come per questi casi il lavoro di strada si è dimostrato l'intervento psico-sociale elettivo per l'emarginazione grave adulta.

Le prime fasi sono contraddistinte dall'*osservazione partecipante*, e dalla graduale progressiva costruzione della relazione d'aiuto in strada, che sembrano essere le uniche modalità possibili di presa in carico per queste tipologie di utenza.

Il lavoro di strada si dimostra indispensabile anche nella prevenzione del rischio emarginazione grave. In particolare nella presa in carico di quegli utenti che hanno appena intrapreso il percorso dell'emarginazione a causa di eventi critici accorsi alla loro vita cui non è stato possibile far fronte.

La perdita del lavoro e di conseguenza del ruolo di capo-famiglia per un uomo di mezza età è una delle cause principali che può condurlo ad abbandonare il nucleo familiare ed a vagare per la città oppresso da quei sentimenti di vergogna, di sconfitta e di inutilità, che possono impedirgli di poter quanto prima tornare sui propri passi.

In molti casi le famiglie sono incapaci di affrontare queste situazioni problematiche a causa dei gravi problemi economici, relazionali e sociali che possono affliggerle. In questi casi l'allontanamento di un membro della famiglia può essere visto con "un problema in meno".

Spesso per le donne, gli eventi critici che possono portare alla vita di strada sono le violenze familiari o la perdita di persone care. Mentre invece per gli immigrati extracomunitari è la condizione di clandestinità ed il conseguente sfruttamento criminale a costituire l'inizio di quel percorso di progressivo isolamento che può portare alla scelta della strada come luogo di vita e modo di relazione.

L'obiettivo principale del lavoro di strada costituito dal tentativo di assicurare a queste persone una prima opportunità di contatto, di legame e di relazione con la comunità urbana.

L'operatore di strada, affianca l'utente con l'intento di favorire la soddisfazione dei suoi bisogni primari (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi) e contemporaneamente si fa strumento di mediazione sociale al fine di facilitare l'espressione dei bisogni personali attraverso la formulazione di domande mirate

ai servizi di quartiere ed alle istituzioni.

Il riconoscimento del diritto di cittadinanza deve prima avvenire all'interno della relazione d'aiuto da parte di entrambi i soggetti, per poi essere trasferito nei contatti con le istituzioni sociali.

Tale riconoscimento comporta la necessità di un recupero dell'identità dell'utente, non solo in senso anagrafico, ma anche dal punto di vista economico, sociale e affettivo.

L'operatore lavora per facilitare l'accesso a quei servizi cui l'utente ha diritto di accedere, ma anche alla creazione di uno spazio relazionale intersoggettivo in cui l'autonomia personale e le abilità sociali possono essere sperimentate o, quando serve, ricostruite *ex novo*.

L'equipe degli operatori lavora in oltre sul versante istituzionale, al fine di interconnettere tutte le risorse territoriali che si occupano di questa tipologia di disagio sociale, e di stimolare l'abbassamento della soglia di accesso ai servizi che la comunità politica è in grado di offrire a questi cittadini.

6. La lotta all'AIDS attraverso il lavoro di strada con tossicodipendenti e prostitute

La strategia di Riduzione del Danno (RD) si è dimostrata nel tempo tra le più efficaci nella riduzione della mortalità e delle infezioni da HIV. Anche se non ancora diffusa come politica di sanità pubblica, essa si è molto radicata come mentalità operativa nel lavoro di strada con i tossicodipendenti e le prostitute.

Gli operatori di strada, nel tempo ed attraverso la pratica, hanno elaborato tutta una serie di strumenti di RD volti, non solo a proteggere e tutelare la salute di questa tipologia di utenza, ma soprattutto a non lasciare solo e non abbandonare a se stesso chi, tra questi, non è ancora in grado di realizzare scelte più costruttive per uscire dalla situazione critica nella quale si trova. Tutto questo nella convinzione che non sia possibile alcun lavoro psico-sociale in assenza di esercizio di libertà da parte dell'utenza. In particolare qualsiasi progetto personale di emancipazione dalla dipendenza da sostanze o dalla condizione di sfruttamento rappresentata dalla prostituzione, non può che nascere da un confronto autentico nel quale a ciascun soggetto viene riconosciuta la libertà di scegliere per la propria vita e quindi anche di poter sbagliare.

Nei confronti delle persone per le quali non è ancora praticabile alcun progetto emancipativi, la strategia RD, contrappone quindi alle più diffuse prassi coercitive (allontanamento dalla famiglia, licenziamento, trattamento sanitario obbligatorio), un prendersi cura inteso come presupposto per aprire a successive nuove possibilità di cura e di emancipazione.

La presa in carico diventa quindi focalizzata su pochi obiettivi basilari come quelli, appunto, della prevenzione di tutta una serie di complicazioni che possono aggiungersi alla già critica situazione di tossicodipendenza o di prostituzione. Tra questi obiettivi "minimi" spicca tra tutti, oltre alla riduzione del rischio di contagio del virus HIV e non solo, anche la riduzione dei reati

correlati allo stato di tossicodipendenza o di prostituzione, la riduzione delle conseguenti carcerazioni, la riduzione delle condizioni di emarginazione ed isolamento che tanto influiscono nella messa in atto di comportamenti esasperati e di atteggiamenti deresponsabilizzanti.

Il sostegno, prima ancora che psico-sociale si fa dunque materiale, concreto; attraverso la messa in atto di azioni “utili” a raggiungere traguardi possibili. Sul raggiungimento di questi viene quindi stimolata la collaborazione dell’utente.

In quest’ottica, il lavoro di strada, offre al possibilità di raggiungere direttamente quegli utenti che pur non avendo ancora alcuna possibilità di intraprendere scelte emancipative importanti, sono comunque disponibili a ricevere un aiuto materiale affinché la loro condizione di grave disagio sociale non peggiori ulteriormente.

La relazione che si instaura con l’operatore di strada è quindi sempre funzionale al raggiungimento di obiettivi minimi, ma è grazie all’intesa su questi che può fondarsi un rapporto d’aiuto autentico e potenzialmente in grado di permettere l’elaborazione di richieste d’aiuto sempre più ampie e radicali.

In realtà questa seconda fase nella relazione d’aiuto non cancella la prima. Quando il sostegno richiesto non è più soltanto quello materiale, ma diventa anche psicologico e sociale in senso più ampio, l’operatore di strada si ritrova nella necessità di dover fungere fondamentalmente da mediatore affinché queste nuove esigenze vengano accolte da nuovi servizi ad esse deputate. Ciò affinché venga salvaguardato, da possibili drop-out o attacchi ricattatori, il legame che si è già instaurato tra l’utente e l’operatore.

In un’ottica di RD, un legame già stabilito e dimostratosi ottimale al raggiungimento di un obiettivo utile come la prevenzione dei rischi dovuti al virus HIV, non deve essere messo a rischio per semplice motivo di voler raggiungere, attraverso di esso, un obiettivo idealmente più desiderabile. L’accanimento riabilitativo o terapeutico rischia in questo caso di compromettere il traguardo minimo di base già raggiunto.

L’invio ad un altro operatore o ad un altro servizio, anche loro possibilmente “su strada”, rappresenta la soluzione migliore; oltre che l’evoluzione auspicabile dei legami che gli operatori, che lavorano con strategie RD, intrecciano con i loro utenti.

Tale separazione delle funzioni serve anche a mantenere il confronto scientifico-culturale, tra l’equipe di strada e la comunità politica e sociale di riferimento, su una base fortemente pragmatica che eviti inutili scontri ideologici. In realtà tale soluzione metodologica tende anche ad evitare il rischio che la comunità socio-politica più ampia consideri l’utilità della RD prevalentemente in una logica efficientista e di controllo sociale. Le politiche di RD possono infatti facilmente tramutarsi in una sorta di ghettizzazione per alcune fasce disagiate, al fine di tutelare, con la minor spesa possibile, il resto della popolazione.

Il lavoro degli operatori di strada che utilizzano strategie di RD non prevede infatti la semplice erogazione di servizi materiali volti al raggiungimento di obiettivi minimi. Esso prevede anche quel lavoro, sopraindicato come azione di mediazione sociale e sensibilizzazione politica, necessario a stimolare ad

orientare la progettazione di quei servizi psico-sociali che sono in grado di rispondere a quelle esigenze che loro stessi sono stati in grado di far nascere negli utenti. In particolare, questi operatori diventano l'unico tramite o punto di contatto, tra le fasce di popolazione gravemente emarginata e la società civile.

7. Educativa domiciliare per minori a rischio di devianza e di difficoltà psico-sociale

Riportiamo l'esperienza di un lavoro di supervisione in un progetto di educativa domiciliare in fase di attuazione a Gela.

Gela costituisce una realtà complessa, in cui si riflettono luci e ombre delle politiche di sviluppo promosse nel Mezzogiorno nel corso degli ultimi decenni. Un luogo in cui il miraggio della civiltà industriale ha fatto i conti troppo tardi con la necessità di promuovere, parallelamente, un coinvolgimento attivo della società nel suo insieme, al di là di mere logiche di produzione e di consumo. Assunta a simbolo delle contraddizioni più stridenti fra progetti di industrializzazione densi di aspettative e un contesto sociale e culturale ancora profondamente permeato da legami e relazioni di tipo tradizionale, Da qui l'aggravarsi delle condizioni di degrado del territorio, di sfruttamento intensivo delle risorse ambientali, dell'abusivismo, dell'illegalità – anche nelle sue forme più complesse ed estreme – e di forme emergenti di criminalità mafiosa.

Una città che, nel corso degli ultimi vent'anni, ha dovuto cambiare più volte identità e che oggi appare sospesa fra la complessità che si trova a dipanare e il desiderio di riscatto che la anima e scuote.

Una città vivace, violenta ma anche piena di speranza.

In questo scenario l'educativa domiciliare si rivolge ai minori a rischio di devianza o di difficoltà psico-sociali.

Il gruppo di lavoro è costituito da 9-12 operatori con qualifiche di base diversificate (insegnanti, educatori professionali, animatori, psicologi, pedagogisti), che lavorano per conto di una cooperativa sociale "Le nuvole" dell'ARCI Sicilia.

I minori vengono segnalati dai Servizi Sociali, dalla Scuola, dai Servizi Socio-Sanitari, e dal Tribunale dei minori.

Ogni operatore ha affidati due, tre minori e opera nella comunità locale, con interventi nelle case dei minori.

Gli obiettivi formali individuati dalla convenzione sono i seguenti:

- *Garantire* ad ogni bambino/a il diritto di vivere e crescere serenamente nella propria famiglia creando condizioni ambientali favorevoli a soddisfare bisogni primari e affettivi di cura, di ascolto e di accoglienza, indispensabili per la formazione sana ed equilibrata della personalità.
- *Supportare* il sistema familiare nella promozione di condizioni di benessere psico-sociale di tutti i componenti, sostenendo nello specifico i genitori in difficoltà per responsabilizzarli al proprio ruolo parentale.

- *Ridurre* progressivamente il numero di bambini/e ricoverati in istituto e/o che vivono in situazioni di trascuratezza materiale, educativa e psicologica.
- *Promuovere* un processo di cambiamento reale visibile all'interno del nucleo familiare.
- *Promuovere* un sostegno didattico.
- *Migliorare* le relazioni pubbliche della famiglia con il resto del contesto sociale (scuola, vicinato, comunità locale).

La riflessione e osservazione di questa esperienza viene riportata attraverso un gruppo di Supervisione che si svolge con periodicità ogni tre settimane nella sede dell'ARCI, della durata di 3 ore. La gruppo analisi è la teoria di riferimento.

Il committente è la cooperativa che attraverso i suoi operatori poneva la difficoltà di tale lavoro complesso e pieno di implicazioni collusive e di difficoltà di riconoscimento dei "confini" fra il personale e il professionale, fra la funzione di mediazione sociale e di cura, fra le funzioni educative e il sostegno psico-sociale.

Fortemente presente anche la difficoltà di riconoscimento di vissuti contro-transferali.

L'obiettivo del lavoro di gruppo è stato centrato sulla supervisione e formazione continua attraverso l'attivazione di un gruppo inteso come laboratorio esperienziale. I principi teorici di riferimento su cui si lavora sono:

- interconnettere da soli e insieme con gli altri fatti mentali, esperienze, conoscenze ecc.;
- aumentare le capacità individuali di coinvolgimento e di distacco, insieme, dagli accadimenti/emozioni del lavoro per poterli elaborare e condividere trasformandoli in eventi/progetti/azioni;
- insegnare, attraverso l'esperienza diretta, le modalità di funzionamento dei gruppi e delle relazioni interumane, consentendo l'acquisizione delle possibilità potenziali contenute nel lavoro con essi;
- aumentare le capacità di analizzare ciò che è istituzione interna e ciò che è istituzione esterna, e più in generale il modo in cui il mondo intero ed il mondo esterno entra nel rapporto;
- consentire il superamento o l'attenuazione del vissuto dicotomico impotenza/onnipotenza tipico di chi gestisce altri uomini;
- aiutare a raggiungere livelli culturali e professionali che consentano di superare l'ansia e l'ambivalenza insita nella condizione lavorativa dell'operatore psicologico, inserito nelle organizzazioni di produzione o di servizio, che è al contempo una condizione di solitudine, in quanto professionista e contestuale, in quanto lavoratore dipendente;
- trasmettere conoscenze ed informazioni e dare la capacità di cercarle, scambiarle, organizzarle e trasmetterle.

La modalità operativa è la seguente: il gruppo è diviso in due parti, nella prima parte a turno gli operatori portano un caso che diventa pre-testo del lavoro di gruppo, riflettendo sulla relazione fra operatore e utente; nella seconda parte si lavora sulle dinamiche di gruppo elaborando la capacità del lavorare nel e

attraverso il gruppo, sviluppando capacità relazionali e di identità professionale. Tutta la prima fase del gruppo ha permesso di riconoscere attraverso l'analisi dell'esperienza e l'attenzione ai dettagli il valore del progetto in cui il minore diventava per quelle famiglie un'opportunità per ri-annodare il senso della loro convivenza.

Dopo i primi anni di lavoro di gruppo emergono sempre e con più chiarezza alcuni quesiti:

- di chi bisogna occuparsi in maniera prioritaria: del minore a rischio, della mamma depressa o psicotica, o del padre in carcere o delle situazioni di pericolo sociale?;
- la casa e la comunità locale, il quartiere diventano la scena, il setting di lavoro dove occorre grande abilità tecnica e capacità emotiva e affettiva, nella tenuta del setting:

<<come bussare, come presentarsi, chi coinvolgere, in quale stanza lavorare con il minore. Come rispondere agli attacchi dei familiari o al tentativo collusivo o all'eccessivo coinvolgimento emotivo?>>.

- Come ri-cucire reti con gli operatori delle altre agenzie interessate al caso: Scuola, Tribunale, Servizio Sociale del comune, Consultorio, Neuropsichiatria Infantile, Salute Mentale, Associazioni di Volontariato.

<<Di chi è il compito di riannodare il bandolo della matassa? >>

- Elaborare un piano personalizzato con tempi di attuazione nel breve e nel medio termine attiva operatività non confusiva e frammentata.
- Il riconoscimento dei "confini" e del "limite" aiuta ad attenuare il senso di onnipotenza/impotenza. Riconoscere quello che si può fare diventa un valore per gli operatori e una prospettiva per il minore e per la famiglia.
- Il gruppo di lavoro permette agli operatori di non sentirsi soli nella strada, nel quartiere, in quella casa, e di riconoscere e sviluppare la propria professionalità.

<<Le famiglie si erano già "attaccate" a questo servizio riconoscendone l'importanza e l'utilità. Gli operatori se ne sono accorti e l'hanno riconosciuto nella supervisione>>.

- Come ridefinire nuove regole di operatività in cui si lavora sempre in "trasferta": le regole delle loro istituzioni possono scontrarsi con le regole delle non-regole del loro lavoro con le famiglie.

<<Negozicare con le famiglie, con i servizi e soprattutto fra di loro e con la loro stessa istituzione che è il loro gruppo di lavoro>>.

È chiaro come in questo tipo di attività il sociale è incombente. Il contesto è determinante.

Sullo sfondo emerge il clinico. È possibile definire e riconoscere possibilità terapeutiche per le mamme affette da problemi psichiatrici non riconosciuti; percorsi di legalità e di convivenza, un lavoro ed una vita più sana; programmi educativi di cui la strada, la vita diventano opportunità per i minori per sviluppare le proprie capacità cognitive e le proprie possibilità.

La difficoltà più estrema in questo tipo di attività è riconoscere che l'educativa domiciliare funziona se viene dato valore alla specificità del setting affrontando

le problematiche legate alla organizzazione, alla connessione e alla interpretazione del lavoro di gruppo.

Conclusioni

Alle ormai classiche problematiche riguardanti la dipendenza da sostanza, la delinquenza, la marginalità e lo sfruttamento, si sono oggi aggiunte le tematiche più tipiche della mediazione sociale: la scuola, la formazione, il lavoro, la casa e l'uso del tempo libero. La funzione della relazione nella risoluzione del problema viene interpretata di conseguenza in maniera diversa a seconda dei casi.

Anche l'azione collettiva sembra oggi essersi modificata, svolgendo un ruolo di sostegno politico-culturale alla creazione di quelle reti di legami deboli che costituiscono l'oggetto privilegiato della mediazione sociale.

Tutti gli operatori ormai insistono sull'importanza di questo obiettivo nell'azione collettiva.

Si tratta infatti di favorire la connessione fra i soggetti con disagio e le istituzioni sociali, le agenzie di quartiere attraverso un'azione politico-culturale che miri a suscitare la creazione intorno ad essi di nuove reti di legame. In questo caso il lavoro si svolge sulla comunità urbana inducendo e stimolando iniziative culturali che diano una maggiore visibilità alle problematiche che affliggono gli utenti del lavoro di strada; migliorandone, in seno ad essa, la rappresentanza politica.

Sperimentare la possibilità di avviare circoli virtuosi basati su: "comunità-bisogni-sviluppo" trasformando una parte di interventi sociali oggi invece incentrati sullo schema "individuo-domanda-emergenza". Il presupposto perché questa modalità operativa possa riuscire deve basarsi sulle concrete caratteristiche del complesso locale che faccia perno per la sua realizzazione sul coinvolgimento delle risorse locali: istituzionali, sociali del volontariato.

Restituire la clinica alla comunità, dunque, quale funzione al servizio della salute della popolazione. Per operatori di formazione clinica che operano nella società in contesti e per obiettivi non clinici, si apre un nuovo campo di riflessione, e una doppia sfida – epistemologica e metodologica. La esprimerei così: svolgere la propria funzione di servizio recuperando e valorizzando la propria specificità clinica, pur all'interno di processi orientati non alla terapia, bensì all'educazione, alla formazione, all'intermediazione sociale⁶ e all'inclusione sociale.

Pensiamo a tutto il lavoro con i pazienti psichiatrici che hanno fatto un percorso di riabilitazione e inserimento lavorativo, che oggi vivono nelle varie residenze più o meno assistite, e in particolare ai gruppi-appartamento e alle convivenze

⁶ Bellia V., *La danza e lo straniero. La Dmt per l'intermediazione sociale*. In Barone R., *Cantieri aperti. Società locale e Salute Mentale*. L'Accademia della Piazza, Grammichele, 2002.

guidate, quanto è indispensabile per questi cittadini un lavoro di sviluppo di comunità in cui il concetto di comunità viene evocato da un lato per esprimere significati “caldi” di vicinanza, di reciprocità e condivisione, mentre dall’altro lato può riferirsi a forme ambigue di potere che sfocia nell’idea che la comunità può essere una forma di organizzazione della convivenza locale estremamente chiusa e volta ad impedire qualsiasi cambiamento.

Questi possibili cambiamenti là dove sono stati realizzati, anche con molta difficoltà, segnano lo sconvolgimento della cultura tradizionale dei servizi sociali.

Considerare la persona come un utente dei servizi sociali amplifica le insufficienze degli stessi individui, basti pensare a come sono state rese evidenti le carenze degli individui piuttosto che le loro capacità e risorse sociali, focalizzando le modalità d'intervento sul cambiamento individuale, formulate attraverso una interpretazione e una valutazione negativa del comportamento del soggetto. La persona, considerata al contrario come un membro della comunità locale, ha modificato questo concetto facendo risaltare le risorse e le competenze degli individui che possono essere sviluppate, con la collaborazione del contesto relazionale e sociale, per dar luogo a dei cambiamenti nelle pratiche degli individui: orientare le potenzialità degli individui e dei gruppi sociali; facilitare l'azione di sostegno delle reti relazionali di riferimento; promuovere la qualità di vita degli individui e dei soggetti sociali.

Il lavoro di strada e l'intervento domiciliare, in una prospettiva di promozione della qualità della vita, sostengono i minori e gli adolescenti favorendo la relazione di questi ultimi con gli adulti e il contesto relazionale più ampio della comunità locale. Il lavoro di strada con i gruppi informali sostiene il protagonismo, sviluppando in questi stessi gruppi un senso di appartenenza al territorio e soprattutto alla comunità locale. Gli interventi che mirano a rendere la comunità locale una comunità operante e partecipante, rendono anche la comunità cosciente dello sviluppo della qualità della vita degli individui.

La questione sostanziale di questa evoluzione, una nuova cultura dei servizi alla persona, è senza dubbio quella di non voler più consegnare la persona al potere tradizionale degli operatori e dei professionisti del sociale. Sarebbe così possibile di riconoscere soprattutto le risorse che possono consentire l'indipendenza stessa rispetto al servizio pubblico, ammettendo una autonomia cosciente e problematica⁷.

<<Una delle conseguenze del prendere sul serio il gruppo, nel senso di includere il sociale nella costruzione degli individui, e che l’ambito clinico ha bisogno di espandersi per coinvolgere nuovi territori, ad esempio includendo il sociale nell’esame della psiche condotto nell’ambito del setting clinico, il che significa cercare il sociale nell’inconscio...è che la difficoltà di alcuni terapeuti ad inserire il sociale nel proprio lavoro clinico è una resistenza al transfert, e cioè una resistenza a venire a conoscenza di particolari strutture ideologiche che favoriscono la propria posizione socio-economica [...] Si tratta di sapere che si gode di certi privilegi E la riparazione viene vista come minacciosa perché

⁷ Valastro O., *Pedagogia relazionale e approccio trasversale*, in press.

minerebbe le strutture dei privilegi >>⁸.

E a proposito del lavoro territoriale e del considerare il conteso della comunità come punto nodale dell'intervento psico-sociale, Foulkes ci viene incontro quando ci ricorda che <<per poter vedere qualcosa nella sua interezza dobbiamo...uscire da ciò che vogliamo vedere. La cosa da cui usciamo e nella quale entriamo è il contesto>>⁹.

⁸ Dalal F., *Prendere il gruppo sul serio*, Cortina, Milano, 2002.

⁹ Foulkes S. H., *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e principi*. Astrolabio, Roma, 1976.

Bibliografia

- Balestreri A. (1991). *La complessità in psichiatria*. In *Psichiatria Gen. Età Evol.* Vol. 29, suppl 2.
- Barone R. (1997), *Il lavoro come strumento di riabilitazione* (in press).
- Barone R.(2002). *Cantieri aperti. società locale e salute mentale*. Grammichele (CT): Accademia della Piazza.
- Barone R. (2004). *Salute mentale e sviluppo di comunità*. Catania: CUECM, 2004.
- Barone R., Anguzza A. R. *Il gruppo come modello terapeutico nei servizi di salute mentale*, (in press).
- Barone R., Bellia V., *La Psichiatria non rinuncia a curare*. La coevoluzione dei gruppi nelle case famiglia (in press).
- Barone R., Bellia V. (2000a). *Basta con la riabilitazione*. Torino: Animazione Sociale, Gruppo Abele.
- Barone R., Bellia V. (2000b). *La cultura e la cura*. In Lo Verso, Federico, Lo Coco. *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale*. Roma: Borla.
- Barone R. Bellia V. (2000c). *Il volo dell'Airone*. Milano: Angeli Editore.
- Barone R., Bellia V. (2003). *Ma che bisogno c'è di psichiatria*, in Rivista sperimentale di psichiatria. Milano: Franco Angeli.
- Barone R., Bellia V. (2003). *Schizofrenie, gruppoanalisi e psichiatria di comunità*. In *Ripensare le schizofrenie*. Milano: Colibrì.
- Barone R., D'Anna A., Volpe A.,(2001). *I percorsi per l'inclusione sociale*. Grammichele: Accademia della Piazza.
- Barone R., D'Anna A., D'Arrigo C., Guttadauro F., Volpe A. (1999). *Il Progetto Horizon Airone tra multi-istituzionalità e multi-gruppaltà*. In Di Marco (a cura di), *L'Istituzione come sistema di gruppi*. Atti del convegno "Giornate psichiatriche di Folgaria".

Barone R., D'Anna A., Orma A. (2004). *Gruppi, sviluppo di comunità locale e politica d'inclusione sociale*. In *Narrare il gruppo: prospettive cliniche e sociali* vol.2.

Barone R., D'Anna A., Volpe A., (2001). *I percorsi per l'inclusione sociale*. Ed. L'Accademia della Piazza, Grammichele .

Barone R., Licari G., Barrano S., Samperi M., Dondoni M. (2006). *Sviluppo locale partecipato e sostenibile. Territorio, interazioni e reti sociali*, Padova: CLEUP.

Basaglia F. (1974). *L'utopia della realtà*. In *Opere* Vol. II, Torino: Ed. Einaudi.

Basaglia F. (1981). *Scritti 1953-1968* vol.1 e *Scritti 1968- 1981* Vol.II, Torino, Einaudi.

Bellia V. (2000). *Danzare le origini. Elementi di danzamovimentoterapia espressiva*. Roma: Magi.

Bellia V. (2001). *Dove danzavano gli sciamani. Il setting nei gruppi di danzamovimentoterapia*. Franco Angeli, Milano.

Bellia V. (2002a). *La danza e lo straniero. La Dmt per l'intermediazione sociale*. In *Cantieri aperti. Società locale e Salute Mentale* (ed. R. Barone). L'Accademia della Piazza, Grammichele (CT)

Bellia V. (2002b). *Gruppi in azione per la salute mentale*. In Di Maria, Lo Verso, *Gruppi. Metodi e strumenti*. Cortina, Milano

Bianchera L., Vezzani B. (2000, a cura di). *I sentieri della qualità*. Padova: Unipress.

Brown D., Zinkin L.(1996). *La psiche e il mondo sociale*. Milano: Cortina.

Bruner J. (1992). *La ricerca del significato*, Torino: Bollati Boringhieri.

Bruschetta S., Leonardi R. (2005). *La valutazione della formazione attraverso il gruppo psicodinamico*, in "Il Gruppo come modalità di lavoro psicologico-clinico". Napoli: Edises.

Carli R. (2000). *Prefazione a Psicologia della convivenza* (a cura di F. Di Maria). Milano: Franco Angeli.

Coleman R. (2001). *Guarire dal male mentale*, Roma: Manifestolibri.

Cornaggia C. M., De Luca L. F., Barone R., Bellia V., Interlandi G., Sal-luce G., Frattura L., Burani A., Tagliabue L., Del Giudice G. (1996). *Residenze per la salute Mentale. Nuove politiche in psichiatria*. Atti del primo convegno nazionale dell'associazione italiana residenze per la salute mentale. Coop. Sociale Montescaglioso, Matera.

Dalal F. (2002). *Prendere il gruppo sul serio*. Milano: Cortina.

Di Marco G. (2000 a cura di). *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Cortina.

Di Maria F. (1993). *Dimensione gruppale e campo istituzionale*. In Lo Verso G., Federico T. (a cura di): *Attraverso il cerchio. Lavorare con i gruppi nel servizio pubblico*. Roma: Borla.

Di Maria F. (2000). *Psicologia della convivenza*. Milano: Franco Angeli.

Di Maria F., Lavanco G., Novara C. (1999). *Barbaro e/o straniero*. Milano: Franco Angeli.

Di Maria F., Lo Coco A. (2002). *Psicologia della solidarietà*, Milano: Franco Angeli.

Di Maria F., Lo Verso G. (1995). *Psicodinamica dei Gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Cortina.

Di Maria F., Lo Verso G. (2002). *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Cortina.

Dolce C., Venza G. (1993). *Guardando ai servizi da alcune elaborazioni della prospettiva gruppale*. In Lo Verso G., Federico T. (a cura di), *Attraverso il cerchio. Lavorare con i gruppi nel servizio pubblico*. Roma: Borla.

Esposito R. (2002). *Immunitas*, Torino: Einaudi.

Fasolo F. (2002). *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.

Fasolo F. (2005). *Gli psichiatri e i gruppi terapeutici*. In Gruppi, Vol. VII, n. 3, settembre-dicembre .

Foulkes S.H. (1976). *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e principi*. Roma: Astrolabio.

Foulkes S.H. (1948). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Ed. Universitarie Romane.

Interlandi G., Barone R., Bellia V., Bonaventura A., Intelisano M. (1994). *Il quotidiano nella residenzialità psichiatrica*. Catania: C.U.E.C.M.

Licari G. (2005). *Il contratto di quartiere. Partecipazione e rigenerazione urbana*, Padova: CLEUP.

Licari G. (2006) *Antropologia urbana. Il caso dei Contratti di Quartiere*. Padova: CLEUP.

Lo Verso G. (1984), *Il Gruppo. Una prospettiva dinamica e clinica*. Milano: Giuffrè.

Lo Verso G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Boringhieri.

Lo Verso G. (1998). *Andar per gruppi: parametri per la valutazione dei gruppi psico-sociali*. In Lo Verso G., Raia T., *Il gruppo psicodinamico come strumento di lavoro: una rassegna a partire dai testi*. Milano: Franco Angeli.

Lo Verso G., Federico T. (1993). *Attraverso il cerchio. Lavorare con i gruppi nel servizio pubblico*. Roma: Borla.

Lo Verso G., Federico T., Lo Coco G.L. (2000, a cura di). *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale*. Roma: Borla.

Lo Verso G. (1984). *Il Gruppo. Una prospettiva dinamica e clinica*. Milano: Giuffrè.

Lo Verso G., Raia T. (1998 a cura di). *Il Gruppo Psicodinamico come strumento di lavoro*. FrancoAngeli, Milano.

Lo Verso G., Venza G. (1984). *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Bulzoni, Roma.

Lo Verso G., Vinci S. (1990). *Il gruppo nel lavoro clinico*. Bibliografia ragionata. Giuffrè, Milano.

Napolitani D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Boringhieri.

Nathan T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Boringhieri.

Pontalti C. (1998). *I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico*. In Ceruti M., Lo verso G. (a cura di) *Epistemologia e psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Profita G., Ruvolo G. (1997). *Variazioni sul setting*. Il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni. Milano: Cortina.

Roth P. (1997). *Pastorale americana*. Torino: Einaudi Tascabili.

Tagliavini G., Cardamone G. (2003) *Ripensare le schizofrenie. Un dibattito italiano*. Paderno Dugnano (Mi): Colibri.

Topor A. (2000). *Le persone con patologie psichiatriche gravi possono guarire. Che cos'è che le aiuta?*, in Percorsi Bibliografici in Psichiatria, Lettera, XXVIII.

Valastro O., *Pedagogia relazionale e approccio trasversale*, in Atti Convegno Nazionale in *Le prospettive della pedagogia*. Dipartimento dei Processi Formativi, Università degli Studi di Catania, 4-6 Novembre 2004, Catania [in attesa di pubblicazione]

Vezzani B. (1998). *Gruppi e qualità*. Padova: Unipress.

Vezzani B. (2005). *Socchiudere il gruppo*. Milano: Franco Angeli.

¹ Licari G. (2006). *Antropologia urbana. Il caso dei Contratti di Quartiere*. Padova: Cleup.