

Report

Secondo Forum Nazionale del Progetto Visiting DTC Legacoop

di **David Pasqualetti**, Responsabile Settore Salute mentale cooperativa sociale G. Di Vittorio

Il 23 marzo 2018 presso la sede nazionale di Legacoop a Roma si è svolto il **Secondo Forum Nazionale del Progetto Visiting DTC Legacoop**. Il Forum rappresenta il punto di raccolta e condivisione assembleare del *Programma di Accredimento Democratico di Qualità Gruppale del Progetto Visiting DTC* organizzato insieme a Legacoop Sociali e che prevede una rete di partner molto ampia sia nazionale che internazionale. Il *Forum* rappresenta anche l'occasione per la consegna ufficiale *delle Certificazioni di Partecipazione delle Comunità* al primo ed al secondo ciclo annuale e delle attestazioni di riconoscimento dei moduli formativi ad utenti, familiari ed operatori coinvolti nel percorso formativo per *"Valutatori esperti di comunità Terapeutica Democratica"* parallelo alle visite vere e proprie.

Il progetto continua ad allargarsi e ha coinvolto **nel 2017 ben 12 Comunità Terapeutiche e 9 Gruppi Appartamenti distribuiti su tutto il territorio nazionale**. Nei due anni di vita del progetto le Regioni interessate sono state 6: **Toscana, Piemonte, Sardegna, Basilicata, Sicilia, Friuli-Venezia Giulia**.

La partecipazione al *Forum* è stata numerosa considerando anche il fatto che il folto numero di operatori, utenti e familiari provenienti dalla Basilicata non erano presenti in quanto bloccati dalla neve.

Il programma dei lavori è stato molto intenso. Di seguito riporto alcune suggestioni emerse nei vari interventi e contributi a mio giudizio significative. Già a partire dai saluti iniziali è stato rivolto ai partecipanti l'invito a **non procedere con la semplice sovrapposizione fra Comunità Terapeutica e Struttura Residenziale Psichiatrica. Ci possono essere comunità terapeutiche senza struttura come ci possono essere strutture che non hanno funzioni terapeutiche**. Purtroppo la maggior parte delle SRP non possono essere considerate terapeutiche poiché basano le proprie pratiche su principi organicisti e assistenzialistici, sono organizzate in maniera verticistica e non democratica, non promuovono l'empowerment, la partecipazione attiva, l'autonomia e la libera scelta dei suoi membri. Il concetto di comunità rimanda etimologicamente allo scambio di doni (cum-munus). Senza dono non vi è comunità e il dono obbliga chi lo riceve. Basti pensare che l'opposto di *comunità* è *immunità*: una persona si sente svincolata dal rito sociale e non deve rendere conto del proprio operato ad una comunità. Si pensi agli operatori di ogni istituzione totale o al rischio che corrono gli operatori invischiati nella nuova e raffinata reistituzionalizzazione in corso. La comunità quindi ha come condizione necessaria lo stabilirsi di un rituale sociale, di un dono e di uno scambio. La comunità è terapeutica se crea un vincolo socialmente riconosciuto. La Comunità Terapeutica deve coinvolgere e trasformare la comunità locale in cui è inserita favorendo la multiappartenenza dei suoi membri, ovvero favorendo l'appartenenza a più gruppi. Se i membri della comunità possono transitare fra i vari livelli delle appartenenze gruppali e dei legami attivi, si favorisce il processo di separazione-individuazione e la costruzione di un'identità coerente ma non granitica: la comunità allora diviene terapeutica¹.

Una struttura può essere molto attraente e "rassicurante" come una grande madre che accoglie e che soffoca nel suo "caldo" abbraccio i suoi figliastri. Se questo succede è molto probabile che si sviluppino nuove cronicità e dipendenza istituzionale. La difficoltà di certi soggetti ad accettare percorsi evolutivi e di dimissione da una struttura potrebbe essere collegata a questa intima alleanza. Senza contare quanto questa dinamica si possa più o meno consapevolmente attivare in quelle strutture che funzionano a retta

¹ Il *Service Standards for Therapeutic Communities 9th Edition* – 2015 definisce una Comunità Terapeutica nel seguente modo: è un Ambiente di Vita e di Lavoro Pianificato in senso Terapeutico, che utilizza il valore terapeutico dei processi sociali e gruppali. Esso promuove una convivenza gruppale egualitaria e democratica in un ambiente mutevole, permissivo, ma sicuro. I problemi emotivi ed interpersonali sono affrontati discutendone apertamente ed i membri possono così costruire relazioni di fiducia. I feedback reciproci aiutano i membri a condividere i propri problemi ed a sviluppare la consapevolezza delle proprie azioni interpersonali.

dove l'eventuale dimissione di una persona potrebbe andare ad incidere sulla possibilità del mantenimento o variazione del contratto di lavoro dell'operatore.

Le testimonianze dai territori raccontano molto spesso del contrasto o **distanza che c'è fra gli effetti positivi che il progetto ha portato all'interno delle comunità terapeutiche** (adesione convinta delle Cooperative, motivazione da parte degli operatori, aumento della funzione riflessiva, protagonismo e partecipazione degli utenti, germogli di partecipazione del servizio pubblico) e **contesto istituzionale, normativo e di mandato operativo in cui operano**. La valenza innovativa e propositiva del progetto non è richiesta esplicitamente dalle istituzioni, si tratta piuttosto della volontà che alcune Cooperative di Legacoop si sono assunte consapevoli di andare in direzione ostinata e contraria. Le istituzioni molto spesso chiedono, più o meno esplicitamente, controllo ed assistenza. Basti pensare alle figure professionali richieste: OSS ed Infermieri in gran quantità, EP in piccola parte. Non pervenute figure professionali attente alla dimensione psicologica e riflessiva (psicoterapeuti). Nonostante questo quadro l'energia che era possibile assaporare fra gli operatori durante le giornate era assolutamente positiva. Vi era la convinzione cioè che, in fondo, ne valga la pena e che forse "non oggi, domani forse, ma dopodomani sicuramente" si possa lavorare in servizi che davvero possano essere allineati ai principi della Comunità Terapeutica Democratica².

Altro passaggio degno di nota è stato **l'intervento dei supervisori Inglesi del Progetto Visiting DTC, R. Haigh e J. Lees, dal titolo "Incompatibilità tra ricerca positivista e DTCs"**. L'intervento ha evidenziato con chiarezza l'esistenza di una profonda incompatibilità tra la ricerca positiva e le pratiche attive nella Comunità Terapeutica Democratica. La semplificazione necessaria per impostare un progetto di ricerca non è in grado di misurare la complessità dei processi (individuali, gruppali, contestuali) contemporaneamente attivi, e a sua volta in dinamica fra loro in una comunità. La stessa presenza di un ricercatore nella comunità costituisce un elemento che influenza ed ha i suoi effetti nei processi che si attivano nella stessa. Le amministrazioni pubbliche, i politici, la narrazione mainstream non perdono occasione di promuovere pratiche *evidence based*. Ormai va molto di moda ed è anche cool! Molto spesso, però, non è altro che un fine camuffamento di vecchi modelli di indagine scientifica. La madre di tutte le scienze, la fisica, ha ormai abbandonato da tempo tali semplificazioni, promuovendo continuamente l'impossibilità della conoscenza ultima sottolineando che essa dipende dalla prospettiva di indagine che si assume e che vi è sempre una dimensione insondabile, inconoscibile. Non c'è più, quindi, un unico punto di riferimento, dal quale tutto discende e al quale tutto ritorna, come si credeva nelle società tradizionali. Nemmeno è più attuale l'illusione della crescita infinita alla quale la società moderna aveva creduto. La dimensione postmoderna, quella più attinente alla nostra epoca, è piuttosto un ammasso confuso e caotico, polifonico, multidirezionale, temporalmente poco definito. Non è possibile accederci con semplici spiegazioni (visione organicista e farmacologica). Essa obbliga a farsi carico di uno sforzo comprensivo che sopporti e supporti la complessità, che la possa contemplare entrando in contatto con i processi vitali in essa attivi. I fondamenti epistemologici della Comunità Terapeutiche Democratica possono essere una risposta in positivo ai dilemmi che la postmodernità ci sottopone. La cornice comunitaria e i processi che in essa si attivano costituiscono una possibilità di gestione e costituisce una sconfinamento nella dimensione del "complesso"

² PRINCIPI DELLA COMUNUTA' TERAPEUTICA-CofC 2015

1. Democrazia, Partecipazione
2. Permissivismo Tolleranza
3. Sicurezza, Confini
4. Comunicazione, Apertura alla Discussione Autentica
5. Facilitazione del Confronto con la Realtà
6. Fiducia, Informalità
7. Uguaglianza, Assenza di Gerarchia
8. Ambiente variabile
9. Comunitarismo, Vita di Gruppo

lasciando al passato quella del “complicato”. Complicato (dal latino *cum plicum* ovvero ‘piega del foglio’) è un nodo da slegare, un indovinello, magari faticoso e noioso, ma la soluzione per definizione esiste: basta “spiegare” il foglio e trovare le evidenze oggettive (*evidence based*). Le variabili da gestire sono chiare e definite con poca o molta fatica, inoltre, è possibile, una volta “steso il foglio”, scrivere le istruzioni per l’uso. Complesso (dal latino *complexus*, part. pass. di *complecti* «stringere, comprendere, abbracciare»), invece, è qualcosa di cui è difficile vedere, governare, intuire tutti i risvolti e tutte le variabili. Complesso è qualcosa di cui è impossibile prevedere con certezza lo sviluppo, le dinamiche e comprendere le relazioni causa/effetto (ammesso possano esistere) e quindi dare le istruzioni per l’uso. Educare un figlio è complesso; l’amicizia e l’amore sono complessi; la vita, è complessa. Un sistema complesso può essere compreso solo attraverso una visione di sintesi e non attraverso l’analisi dei suoi elementi. Ci troviamo quindi in un incastro storico dove le pratiche e le conoscenze sono ormai *post evidence based* ma le amministrazioni sono ancora ancorate alla logica moderna dell’*evidence bases*, ancora nell’illusione che la complessità sia invece solo complicata e che possa essere spiegata e tradotta in numeri... e quindi in costi.

Il giorno successivo, sabato 24 marzo, si è svolta la seconda *Consensus Conference del “Progetto Visiting DTC”*. I rappresentanti scientifici delle organizzazioni partner, i referenti dei tre programmi di accreditamento (Sicilia, AUSL Area Vasta sud-est Toscana, LegacoopSociali), operatori, utenti e familiari si sono uniti per discutere in assemblea sulla figura del Case Manager (operatore di riferimento o Guida al Recovery). Come spunto riflessivo iniziale sono state presentate le Procedure di Buona Pratica prodotte dalle Comunità Terapeutiche e dai Gruppi Appartamento partecipanti sui propri Punti di Eccellenza, riscontrati nei precedenti Cicli Annuali di Visiting, ed approvate dai Forum Annuali dei rispettivi Programmi di Accreditamento di appartenenza all’interno delle quali è prevista questa specifica funzione per uno dei membri dello staff clinico-sociale nel setting psicoterapeutico comunitario. L’assemblea è stata invitata a riflettere e considerare anche le dinamiche di attaccamento che si attivano in una comunità e come la figura dell’operatore di riferimento possa diventare una figura di attaccamento per la persona nella comunità. Come ultimo spunto di riflessione sono stati presentati i **“Five universal qualities” (R. Haigh, 1999)³ ovvero gli elementi qualitativi fondati un ambiente terapeutico:**

- Attaccamento (sentimento di appartenenza)
- Contenimento (ambiente sicuro)
- Comunicazione (apertura alla diversità)
- Coinvolgimento (partecipazione e cittadinanza)
- Agency (empowerment e recovery)

I partecipanti sono stati quindi invitati a suddividersi in gruppi per discutere **i pro e i contro della figura del Case Manager** per poi condividere in assemblea e con i supervisori R. Haigh e J. Lees quanto emerso. La figura dell’operatore di riferimento può essere utile per offrire esperienze correttive riguardo alle figure di attaccamento. Sicuramente responsabilizza l’operatore rispetto alle proprie dinamiche e ad i propri attaccamenti. Obbliga l’equipe ad essere riflessiva e ad essere democratica in quanto qualsiasi figura professionale può in teoria diventare un case manager e molto spesso le persone scelgono proprio quelle figure più presenti nella comunità e che condividono con loro esperienze quotidiane ed intime. Aiuta a responsabilizzare tutta l’equipe multidisciplinare ricordando a ciascuno il proprio compito.

Alcune dei vantaggi sopra elencati possono però diventare elementi di criticità. Laddove, ad esempio, l’investimento su un operatore si instaura questo deve essere pronto a farsi carico di tutto il peso emotivo che esso comporta. Molto spesso vengono infatti riattualizzate nei confronti dell’operatore di riferimento antiche dinamiche familiari che possono essere molto intense e patologiche (transfert). L’operatore corre anche il rischio, laddove non vi sia un forte attività riflessiva della comunità, di rimanere

³ P. Campling & R. Haigh (Eds), *Therapeutic communities: Past, present and future* (pp.246-257). London: Jessica Kingsley.

invischiato nel rapporto (controtransfert) arrivando addirittura a pretendere esclusività nelle decisioni riguardo il paziente. Altro elemento critico è il disequilibrio che si può verificare fra il rapporto esclusivo dell'operatore e utente con il resto della comunità. I supervisori inglesi hanno insistito molto su questo elemento. Nella loro esperienza, infatti, si promuove più un attaccamento verso la comunità piuttosto che verso un individuo, questo, appunto, per tutelare la dinamica comunitaria. Un nuovo ingresso sceglie un utente esperto già presente in comunità che lo accompagnerà per tre mesi dopodiché la funzione si esaurisce. Qualora si decida comunque di procedere con l'individuazione di una figura singola di Case Manager è assolutamente raccomandabile che vi sia la possibilità di riflettere in gruppo sulle dinamiche in corso con la presenza di figure psicoterapeutiche esperte. Laddove questo non fosse possibile è preferibile rimanere su una dimensione gruppale ritenuta più sicura per tutti i membri in gioco. Occorre comunque sottolineare che la discussione ha fatto riferimento ad una utenza adulta. Alcuni interventi hanno infatti notato come invece in comunità per minori la possibilità di fornire una figura di attaccamento significativa singola possa essere funzionale ad un corretto e proficuo percorso terapeutico. Un altro elemento ostativo che è stato condiviso fa riferimento alla tipologia di formazione curriculare delle figure richieste dagli appalti. Molto spesso tale formazione non prepara alla gestione relazionale, alla consapevolezza di sé e degli altri, o ai principi terapeutici necessari in un servizio di salute mentale. Si osserva infatti una preparazione più organicistica e funzionale, intendo il lavoro come mansione piuttosto che come relazione. Molte cooperative sono costrette a impostare percorsi formativi ad hoc per colmare questa lacuna. Rimane sempre e comunque il fondo roccioso della nostra equazione personale. Fare questo lavoro vuol dire entrare in contatto con i propri difetti: non c'è peggior sordo di chi non vuol sentire.