

SUPSI

# L'esperienza del tempo

Indagine esplorativa sul concetto di cronicità in relazione all'intervento educativo presso l'Unità Abitativa Pineta PT del Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro

---

Studente/essa

Golan Nasrallah

---

Corso di laurea

Lavoro sociale

Opzione

Educatrice sociale

---

Progetto

Tesi di Bachelor



---

Luogo e data di consegna

Manno, settembre 2016

Dedico questo lavoro a tutti coloro che mi hanno sostenuto e accompagnato in questo viaggio. Un ringraziamento particolare va alla Pineta PT.  
Grazie per avermi insegnato il valore del tempo.

*“Tienimi per mano al tramonto,  
quando il giorno si spegne  
e l'oscurità fa scivolare il suo drappo di stelle...  
Tienila stretta quando non riesco a viverlo  
questo mondo imperfetto...  
Tienimi per mano...  
portami dove il tempo non esiste...”*

*(Hermann Hesse)*

“L'autrice è l'unica responsabile di quanto contenuto nel lavoro”.

## **Abstract**

### **L'esperienza del tempo**

Indagine esplorativa sul concetto di cronicità in relazione all'intervento educativo presso l'Unità Abitativa Pineta PT del Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro.

Il seguente lavoro di tesi si basa sull'esperienza fatta presso l'Unità Abitativa Pineta PT del Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro di Mendrisio. La pratica professionale eseguita all'interno di questo contesto mi ha permesso di confrontarmi con il tema delle patologie psichiatriche croniche.

L'interesse per questo argomento è nato attraverso l'osservazione e le varie interazioni avute con i membri dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, con gli operatori che formano l'équipe multidisciplinare e gli ospiti della Pineta PT. Questo lavoro si focalizza sull'intervento educativo, rendendo protagonisti gli operatori ai quali per mandato professionale viene richiesto di lavorare sul cambiamento favorendo l'autonomia. Sorge quindi spontaneo chiedersi quale sia l'agito di un operatore confrontato con la definizione di cronicità e come possa favorire cambiamento.

La seguente tesi si riserva di indagare come effettivamente gli operatori agiscono e interagiscono con la definizione di cronicità e le persone che abitano l'Unità Abitativa.

Per rispondere alla domanda di tesi è stato necessario fare dapprima un lavoro di ricerca e di approfondimento sulle varie definizioni di cronicità presenti in letteratura e sulla conoscenza del contesto e del territorio di riferimento quale l'OSC, e più approfonditamente, il CARL. In seguito, per dare concretezza all'indagine, è stato creato un Focus Group con l'ausilio del film "Grazie sto già meglio", costituito da un gruppo di operatori sociali con i quali sono state effettuate anche delle interviste individuali per permettere di far emergere al meglio le loro opinioni e le loro idee.

Nella parte finale viene presentata l'analisi dei dati raccolti e le conseguenti riflessioni sui risultati ottenuti. Emergono così, sia dalla teoria sia dalla pratica, le parole chiave e gli strumenti che accomunano gli operatori sociali che lavorano con il binomio cronicità-cambiamento.

Questo lavoro non offre delle conclusioni definitive né formule generali, ma vuole dare spazio ad un tema delicato come quello della cronicità messo a confronto con l'intervento educativo, ponendo in rilievo quelli che possono essere gli indicatori che permettono di far riflettere e coltivare l'identità professionale dell'operatore sociale.

# Indice

<b>1. Introduzione.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Contesto di riferimento .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Presentazione della problematica affrontata .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Dissertazione.....</b>	<b>7</b>
4.1. Teorie e definizioni .....	7
4.2. Salute e malattia .....	9
<b>5. L'operatore sociale e l'intervento educativo .....</b>	<b>12</b>
5.1. Ruolo dell'operatore sociale nell'ambito psichiatrico .....	12
5.2. Fenomenologia-esistenziale .....	15
<b>6. Indagine esplorativa .....</b>	<b>19</b>
<b>6.1. Le scelte metodologiche .....</b>	<b>19</b>
6.1.1. Grazie sto già meglio.....	20
<b>6.2. Professionisti del quotidiano .....</b>	<b>20</b>
6.2.1. Focus Group .....	21
6.2.1.1. Biologia e cultura, punti d'incontro .....	21
6.2.1.2. Che intenzioni hai? .....	23
6.2.2. Interviste agli operatori della Pineta PT .....	24
6.2.2.1. Incontrare la cronicità.....	24
6.2.2.2. Storie di vita, ridare vita alle storie .....	25
6.2.2.3. La scatola degli attrezzi .....	26
6.2.2.4. Camminare insieme.....	28
6.2.2.5. Ospiti o cittadini? .....	29
<b>7. Riflessioni finali .....</b>	<b>31</b>
<b>Fonti.....</b>	<b>34</b>
<b>Allegati .....</b>	<b>37</b>

# 1. Introduzione

Le ragioni che mi hanno spinto a scegliere il tema della seguente tesi nascono ancor prima di essere entrata in contatto diretto con la pratica professionale svolta presso l'Unità Abitativa Pineta del Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro (CARL) di Mendrisio. Infatti durante il primo approccio conoscitivo, avvenuto attraverso il materiale didattico messo a disposizione dall'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC), ho potuto conoscere il contesto di stage in cui mi sarei poi inserita. Fin da subito mi ha colpito in maniera significativa quello che è il mandato ufficiale del CARL, ossia accogliere utenti adulti la cui patologia psichiatrica è definita cronico-stabilizzata.

Questa definizione ha scaturito in me diversi interrogativi e tutti vertevano su come questo termine può influire nel modo di operare dell'educatore. Il concetto di cronicità e la sua rappresentazione determinano il filo rosso che permea la seguente tesi. Inoltre, l'osservazione effettuata durante i mesi di pratica all'interno dell'ambiente lavorativo ha portato alla luce ulteriori quesiti come ad esempio: cos'è la cronicità? In che modo viene visto il concetto di cronicità agli occhi dell'operatore che lavora con persone croniche stabilizzate? Come lavora con quest'ultime?

Lo scopo del lavoro è quello di approfondire in che modo l'intervento educativo agisce in relazione alla cronicità e quali sono gli aspetti, i limiti e le risorse che emergono lavorando presso un'Unità Abitativa del CARL. Affrontare questa tematica va a toccare direttamente quelle che sono le competenze professionali e personali dell'operatore sociale: produrre consapevolezza sulla tematica in questione potrà aprire uno spazio di riflessione rispetto all'identità professionale dell'operatore.

Nei seguenti capitoli verranno presentati il contesto di stage, la problematica da affrontare correlata all'esperienza svolta, seguita dalla dissertazione, che è sostenuta da una letteratura di riferimento e da un'indagine di tipo empirico. Su questo tema la bibliografia disponibile è estremamente vasta e variegata, perciò dopo una ricerca letteraria, sono stati selezionati quelli che sono i concetti che mi permetteranno di dare una base teorica alla seguente tesi. Questa base teorica mi darà modo di esaminare le sfumature dell'argomento, estrapolando le definizioni e le teorie di diversi autori che concernono la cronicità, la salute, la malattia, tenendo sempre in considerazione il ruolo dell'operatore, in quest'ottica, verrà anche approfondito l'approccio fenomenologico. Metterò in relazione diverse argomentazioni teoriche, con una documentazione d'indagine che si è avvalsa delle testimonianze di educatori professionali, raccolte attraverso un Focus Group sostenuto e stimolato dalla visione del film *Grazie sto già meglio*. In seguito l'analisi proseguirà con l'ausilio di singole interviste effettuate agli stessi operatori.

## 2. Contesto di riferimento

Il contesto in cui ho vissuto la mia esperienza lavorativa (CARL) fa parte dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale: essa si può definire un'istituzione grande e complessa a causa dei suoi innumerevoli organi che interagiscono costantemente fra di loro. Per questo motivo, per permettere di visualizzare meglio la panoramica del suo funzionamento è possibile trovare in allegato il suo Organigramma.<sup>1</sup>

È importante fornire alcuni cenni storici su questa Organizzazione, che prima di divenire ciò che è oggi, ha subito rilevanti cambiamenti nel corso del tempo<sup>2</sup>. La storia di Casvegno, il quartiere che è accoglie la maggior parte delle strutture dell'OSC, inizia già nel 1866 e nasce con l'idea di fondare un luogo d'asilo per gli alienati del Cantone. Ciò fu possibile grazie alla donazione del signor Agostino Maspoli che, alla sua morte, lasciò in eredità la sua grande masseria. Fin da subito l'intento fu quello di ricreare un vero e proprio "villaggio", privo di muri e che quindi esordiva con la libera circolazione degli spazi e degli scambi con l'esterno. Nel 1898 si inaugurò ufficialmente il Manicomio Cantonale: la psichiatria diventò così una questione d'interesse pubblico e sociale. Gli interventi territoriali proseguirono attorno al 1950/60 con servizi ambulatoriali psichiatrici. Nel 1985, grazie alla Legge sull'Assistenza Socio-Psichiatrica cantonale (LASP) e la successiva approvazione del Regolamento di applicazione, tutti i servizi psichiatrici del Canton Ticino vennero riuniti in un unico ente che includeva sia le strutture ospedaliere che quelle ambulatoriali: l'Ospedale Neuro-psichiatrico Cantonale (ONC). Nel 1994 avvenne un altro cambiamento importante, l'ONC si dissolse e nacquero così due differenti strutture tutt'ora in servizio che rispondono ai bisogni e alle specificità della casistica attuali: la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC), che si occupa della cura e della riabilitazione dei pazienti psichiatrici acuti, e il Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro (CARL), dove ho svolto appunto la mia pratica professionale. Il CARL è un luogo protetto, demedicalizzato, che accoglie ospiti adulti che soffrono di patologie psichiatriche croniche stabilizzate e che sono sostenuti o da una rendita da parte dell'Assicurazione invalidità (AI), o beneficiano dell'Assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS).

Le finalità del Centro sono indirizzate verso la riabilitazione, la gestione dei disturbi di comportamento ed in particolare l'impedimento del decadimento psico-fisico della persona

<sup>1</sup> Allegato 1: Organigramma OSC.

<sup>2</sup> Le seguenti informazioni sono state reperite da: Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.) Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Disponibile da <http://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/organizzazione/>. [Consultato in data 04.07.2016]; Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.). Organizzazione sociopsichiatrica cantonale: Pianificazione sociopsichiatrica cantonale (2014-2017). Disponibile da [http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione\\_sociopsichiatrica\\_cantonale\\_2014-2017.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione_sociopsichiatrica_cantonale_2014-2017.pdf). [Consultato in data 04.07.2016]; Amaldi, P. (1998). *Il Manicomio cantonale. 1898-1998 Casvegno da manicomio-villaggio a quartiere*. Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Dipartimento delle opere sociali del Cantone Ticino: Mendrisio; Testimonianze a cura di Callegari, R. (1998). *La minaccia di un destino. 1898-1998 Casvegno da manicomio-villaggio a quartiere*. Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Dipartimento delle opere sociali del Cantone Ticino: Mendrisio; conversazioni con Pellandini, L.

in difficoltà. Tali obiettivi vengono affrontati e promossi stimolando al massimo l'autonomia di ogni ospite, il miglioramento della qualità di vita, delle relazioni sociali, delle rappresentazioni individuali, nonché dell'adattamento all'ambiente. Ciò viene conseguito limitando l'emarginazione e la solitudine, incoraggiando la gestione del tempo libero, lavorativo e degli spazi abitativi, stimolando ognuno a trovare il proprio ruolo, le proprie risorse e la capacità di gestione emozionale, tentando così di ricercare e/o (ri)costruire l'identità e la storia di vita della persona, permettendogli di esprimere i propri desideri, bisogni, passioni e la propria dinamicità. Tutto ciò avviene tramite gli interventi educativi ed il costante accompagnamento delle innumerevoli figure professionali presenti all'interno del Centro come educatori, assistenti sociali, operatori socio-assistenziali, animatori, infermieri psichiatrici, aiuto-infermieri, assistenti geriatrici, maestri socio-professionali, artigiani ed operai.

Vi è inoltre uno Spazio giovani che nel 2011 si è spostato da Villa Alta (una delle Unità Abitative del CARL) a un differente stabile all'interno di Casvegno. Lo Spazio giovani è dotato di un'équipe e di appartamenti propri. Esso lavora con persone che non sono ancora beneficiari di una rendita AI, attraverso l'attivazione di accertamenti socio-professionali interni ed esterni. Lo Spazio giovani dunque, è volto ad offrire un luogo dedicato a chi riscontra difficoltà lavorative, che spesso vengono ricondotte all'incapacità di gestione della vita privata, dello stress e delle emozioni che ne conseguono.

Il Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro è suddiviso in tre aree, una lavorativa, una abitativa e una d'animazione. Prima di descrivere queste tre aree è utile considerare anche i cambiamenti avvenuti a livello del personale. Con la nascita dell'OSC le équipes hanno subito diversi cambiamenti: alcuni degli infermieri che lavoravano all'ONC vennero spostati nelle strutture abitative. Ciò ha comportato una presenza prevalente del ruolo dell'infermiere, tuttavia le esigenze delle varie Unità e del CARL hanno portato al necessario inserimento di altre figure professionali, per cui attualmente tutte le sue équipes sono formate non solo da infermieri, ma anche da educatori professionali, operatori socio-assistenziali, assistenti geriatrici, ecc; mentre nel caso dei laboratori anche da artigiani ed esperti del campo.

L'area ricreativa è composta dalle attività proposte dagli operatori nelle varie Unità Abitative, in più è presente lo Spazio aperto multimediale (SPAMM), luogo d'incontro e di attività come il riciclo di materiali di recupero attraverso il riuso creativo, la radio, gruppi di scrittura e riunioni per tutti gli abitanti del CARL, le persone accolte nella Clinica ma anche esterne.

L'area lavorativa offre circa 117 posti di lavoro suddivisi in tredici laboratori protetti suddivisi nelle seguenti attività: mensa, assemblaggio, serre, officine (6 laboratori), lavanderia e altri lavori (3 laboratori). I laboratori si dislocano in tutto il territorio di Casvegno ed offrono opportunità lavorative e di reinserimento ai residenti delle unità abitative del CARL, ai pazienti del CPC, ma anche ad utenti esterni.

L'area abitativa invece, ospita circa 121 posti letto ed è suddivisa in sei unità abitative

differenti: Villa Alta, Villa Ortensia e Pineta, quest'ultima suddivisa in: Pineta pian terreno, Pineta primo piano, Pineta secondo piano. Ciascuna di esse è diretta da un coordinatore e dalla rispettiva équipe composta da un team completo di professionisti. Villa Alta è composta da appartamenti e monocali, destinati agli ospiti più autonomi e con maggiori capacità relazionali in grado di poter convivere anche con altri ospiti, mentre Villa Ortensia è composta da camere singole e diversi spazi comuni.

Infine, per quanto riguarda la Pineta, l'abitazione è suddivisa su tre piani che accoglie 18 posti letto per piano. Al contrario delle altre strutture ogni piano possiede una propria organizzazione. Io ho svolto il mio stage presso il pian terreno (PT) e già durante i miei primi contatti nella struttura ho potuto subito riscontrare alcune differenze con le altre abitazioni. La Pineta infatti ad una prima occhiata può sembrare un ambiente maggiormente ospedaliero rispetto alle prime due, e ciò è dovuto probabilmente anche alla struttura stessa dello stabile, che ospita un'utenza con minor autonomia e con disabilità fisiche per cui sono necessari spazi facilmente accessibili a tutti. Ogni ospite possiede la propria camera individuale con il servizio privato e i propri affetti. Ognuna delle camere è personalizzabile dalla persona che vi abita, la loro unicità e la loro storia si raccontano anche attraverso i loro spazi personali. Sono presenti anche spazi comuni, accessibili a tutti gli ospiti, ossia due sale munite di cucina, utilizzate per i momenti dei pasti, per gli avvenimenti importanti o anche solo per ritrovarsi, e un salotto principale ubicato all'entrata dello stabile, impiegato per i momenti di svago ma anche per gli incontri formali come la settimanale riunione della casa fra ospiti e operatori.

Ci sono anche gli spazi dedicati agli operatori: l'ufficio principale che funge anche da farmacia, l'ufficio personale del coordinatore e una cucina. Al momento, in Pineta PT sono presenti 13 operatori, tre operatori socio-assistenziali, cinque educatori e cinque infermieri, ognuno dei quali esercita con percentuali lavorative differenti. Le diverse figure professionali creano un'équipe multidisciplinare in cui i compiti non vengono definiti in base alla formazione, bensì alla quotidianità e alle esigenze degli ospiti. È per questo motivo che si richiede a ciascun operatore flessibilità e capacità di poter adempiere a più mansioni, non necessariamente strettamente collegate al proprio ruolo professionale. È proprio grazie all'introduzione di varie figure professionali che si è potuto pensare ad una svolta degli interventi, facendo entrare in gioco anche quelli educativi. Inevitabilmente ciò ha influenzato l'operato delle figure infermieristiche e l'ambiente che in passato è stato perlopiù sanitario. Queste figure professionali convivono, si confrontano e collaborano affinché le due realtà (socio-educativa e sanitaria) possano offrire l'equilibrio auspicato sia per gli ospiti, sia per gli operatori.



### 3. Presentazione della problematica affrontata

*“Molte volte la cronicità delle storie non è anche la cronicità delle rappresentazioni che noi abbiamo di quelle storie e di ciò che riteniamo che con esse si debba fare? Una cronicità che ci trattiene dal costruire ipotesi maggiormente aderenti agli operatori, alle persone, alle loro discontinuità, ai loro desideri”.*<sup>3</sup>

La citazione riportata dal libro *Lavorare con Storie Difficili* espone il fulcro dell'argomento esplorato nel seguente lavoro. L'esperienza vissuta presso il contesto del CARL, più in particolare in Pineta, mi ha permesso di approfondire l'interrogativo che mi ha accompagnato durante l'arco di tutto il percorso di pratica professionale. La mia attenzione si è rivolta fin da subito sul ruolo che può avere la definizione di cronicità sulla persona che viene accolta al CARL correlata all'agito dell'educatore. Come viene spiegato nel capitolo precedente sulla descrizione del contesto, il CARL e le sue Unità Abitative sono state create in seguito alla necessità di un luogo di accompagnamento dei pazienti presenti da tempo prolungato all'interno dell'allora ONC. Questo avvenimento determinò a sua volta l'introduzione della figura dell'educatore all'interno dell'OSC perché rispondesse a quei bisogni relazionali ed educativi che in passato non venivano contemplati. La storia del CARL connesso al ruolo educativo lascia dunque spazio agli interrogativi nati rispetto alle rappresentazioni e agli agiti degli educatori all'interno delle varie Unità Abitative. Cosa significa avere una patologia cronica? Essere cronico può diventare significativo per l'agito dell'operatore? Può nascere un contrasto tra il mandato dell'operatore sociale e un contesto che accoglie persone croniche lungodegenti?

Questi interrogativi indirizzano il lavoro verso la seguente domanda di tesi:

**In che modo l'intervento educativo agisce in relazione alla cronicità? Quali sono gli aspetti e gli strumenti messi in atto che influenzano il ruolo dell'educatore che lavora in un contesto che accoglie persone croniche stabilizzate (CARL)?**

Il lavoro sarà redatto grazie all'ausilio di una letteratura selezionata che mi ha permesso di conoscere il contesto in cui mi sono inserita e di approfondire la tematica interessata. Sarà utile indagare anche sul contributo che può dare l'approccio fenomenologico all'operato dell'educatore, conoscendo alcuni degli autori che si sono a loro volta dedicati a questo metodo.

Inoltre, l'esperienza osservativa fatta sul campo durante i mesi di pratica professionale hanno permesso alla ricerca formativa di assumere una valenza di tipo esplorativo e qualitativo che verrà arricchita dalle testimonianze dirette di alcuni degli educatori della

---

<sup>3</sup> Pasqualin, S., Bolognesi, S. (cur.). (2008) *Lavorare con Storie Difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile*. Torino: I Geki di Animazione Sociale. p. 16.

Pineta PT. Ciò è stato reso possibile grazie al perseguimento di un percorso strutturato in tre tappe; dapprima verrà fatta un'introduzione al tema grazie all'ausilio di un estratto del film *Grazie sto già meglio* che darà modo, poi, di aprire uno spazio di riflessione per confrontarsi attraverso un Focus Group: spazio di discussione di gruppo dove sarà possibile per gli operatori scambiarsi impressioni e opinioni. Per finire verranno fatte delle interviste semi-strutturate individuali agli stessi partecipanti del Focus Group.

## 4. Dissertazione

*La natura umana richiede del tempo per rifiorire,  
il tempo di una lenta maturazione.*  
(Collard, Gambiez)

Per iniziare il lavoro di ricerca e rispondere alla domanda d'indagine è indispensabile soffermarsi sulle definizioni di cronicità tratte dalla letteratura. In tal modo è possibile individuare in maniera più chiara cosa si intende quando si parla di cronicità, persona cronica e condizione cronica. Di seguito sarà rilevante anche individuare la considerazione che la nostra società ha di salute e di malattia, e in quale margine di manovra si muove il contesto di riferimento quale è il CARL e gli operatori che vi lavorano.

### 4.1. Teorie e definizioni

Una definizione di cronico proviene dagli autori A. Dalponte e F. Manoukian:

Cronico è un aggettivo che deriva dalla parola greca *chronos* ('tempo') e originariamente qualificava un fenomeno che concerneva un lasso di tempo: 'periodico, temporale, che si ripete a intervalli di tempo identici (il sorgere e il tramontare del sole)'. Nel linguaggio medico sanitario, fin dal 1700 designa una 'malattia ad andamento prolungato'. Alla fine dell'Ottocento è già diventato 'permanente, abituale, inveterato'. Con il progredire della medicina una malattia che non si arresta entro i tempi brevi si denomina cronica per indicare che di essa non ci si può liberare, che è inguaribile e che accompagnerà l'individuo fino alla fine della sua vita.<sup>4</sup>

Più essenzialmente invece Luciano Meccacci nel suo dizionario delle Scienze psicopatologiche definisce la cronicità come *l'espressione 'malattia cronica', una patologia manifestatasi da tempo, a lungo decorso*.<sup>5</sup> Anche il dizionario di psicologia di Umberto Galimberti<sup>6</sup> si rifà alla stessa linea e contrappone lo stato cronico a quello acuto. La differenza tra queste ultime istanze si evidenzia a partire dalla diversa manifestazione dei sintomi che può essere di carattere temporaneo o graduale nel tempo.

Vi sono numerosi autori e protagonisti della psicopatologia che hanno affrontato il

---

<sup>4</sup> Dalponte, A., Olivetti Manoukian, F. (cur.). (2004) *Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi*. Roma: Carocci Faber. p. 19.

<sup>5</sup> Mecacci, L. (2012). Voce: Cronico. *Dizionario delle Scienze psicologiche*. Bologna: Zanichelli. p.260.

<sup>6</sup> Galimberti, U. (1992). Voce: Acuto-Cronico. *Dizionario di psicologia*. Torino: Unione Tipografico-Editrice Torinese. p.7.

fenomeno di acuzie e cronicità. A questo proposito Karl Jaspers<sup>7</sup> considera le acuzie come *processi morbosi* e rispettivamente cronicità come *stati morbosi*. Di conseguenza la prognosi di una fase acuta si considera soggetta ad una guarigione, o almeno ad un miglioramento della condizione di salute, al contrario, lo stato cronico non prevede alcun tipo di guarigione.

Jaspers afferma quindi che *“in ambito psicologico la prognosi di cronicità fa riferimento agli atteggiamenti che si sono a tal punto integrati con i tratti caratteriali da risultare imm modificabili, ai conflitti attivi da molto tempo che costituiscono generalmente la base delle nevrosi, alle forme che presentano ripetuti episodi dissociativi che non lasciano presagire una restaurazione completa, alla lunga degenza in strutture terapeutiche che sono spesso responsabili di forme di cronicizzazione.”*<sup>8</sup>

Le precedenti definizioni spingono ad approfondire ulteriormente le varie sfumature con cui si può considerare l'idea di cronicità:

“Si distingue tuttavia tra *malattia cronica* e *condizione cronica*. La condizione cronica comprende le malattie croniche e gli stati di disabilità che possono o no essere concomitanti con stati di malattia cronica [...] Il significato di malattia cronica verrebbe pertanto circoscritto a quelle malattie che si differenziano dalle malattie acute, ma che comportano una dinamica necessariamente evolutiva, sono malattie croniche il diabete, le nefropatie, la retinite pigmentosa, l'asma, le cardiopatie, la sclerosi multipla, la schizofrenia, ecc.

Le malattie acute corrispondono a stati morbosi di breve durata e con evoluzione varia: evoluzione favorevole verso la guarigione, evoluzione infausta con l'esito nella morte del soggetto, oppure rappresentano l'esordio di una malattia cronica o sono un episodio di riacutizzazione o di acuzie nel percorso di una malattia cronica. Le malattie acute vere e proprie di solito insorgono dopo un breve periodo prodromico, mantenendosi per un tempo definito e in ragione dell'efficacia della terapia sono seguite da guarigione o in caso contrario prevengono all'exitus, la malattia acuta in ogni caso si conclude. Il termine di condizione cronica comprende in sé le malattie croniche e gli altri stati di perdita della salute (intesa come completo benessere fisico e psichico) ovvero le disabilità derivanti da danni di funzioni e strutture corporee.”<sup>9</sup>

Le definizioni riportate sopra, mettono senz'altro in luce la differenza tra acuto e cronico, ma ancor più fanno risaltare la sottile linea che c'è tra una malattia cronica, dal punto di vista perlopiù biologico, secondo i dettami delle classificazioni indicate dall'OMS, e una condizione cronica, ossia quando la malattia viene integrata ed assimilata dalla persona e dal contesto in cui è inserita, a tal punto da incanalarsi in una condizione e uno

<sup>7</sup> Jaspers, K. (1964). *Psicopatologia generale (1913-1959)*. Roma: Il pensiero Scientifico. p. 616.

<sup>8</sup> Galimberti, U. (1992). Voce: Acuto-Cronico. *Dizionario di psicologia*. Torino: Unione Tipografico-Editrice Torinese. p.7.

<sup>9</sup> Dalponte, A., Olivetti Manoukian, F. (cur.). (2004). *Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi*. Roma: Carocci Faber. p. 21.

stile di vita a loro volta cronici.

La condizione cronica è una delle realtà con cui può confrontarsi una persona che soffre di una malattia cronica, in questo caso di patologie psichiatriche, come la schizofrenia, la depressione, una doppia diagnosi.... Per la persona il rischio può diventare quello di associarsi se non abbandonarsi totalmente alla propria diagnosi e prognosi. Ciò che caratterizza il dramma di fondo è che una volta che la condizione cronica si stabilizza nella vita della persona con malattia cronica, la dimensione temporale prende un altro significato. *“L'uomo folle abita ed è abitato da un doppio spazio, quello determinato dal suo mondo interiore e quello dal mondo sociale segnato storicamente. Questo suo doppio abitare determina la fenomenologia del suo disagio psichico ed esistenziale e le strategie relazionali e di cura che si sono di volta in volta costruite attorno a lui. Abita nello stesso modo una sempre diversa temporalità che dall'acuto, attraverso il periodico e il parossistico giunge sino alla cronicità”*.<sup>10</sup>

Questa riflessione evidenzia le due diverse dimensioni che vive colui che è colpito da una malattia psichiatrica: da una parte convive con la sua condizione di disagio e dall'altra deve convivere anche con la società che direttamente o indirettamente ha a che fare con la persona che soffre. È nel vivere queste due realtà, spesso contrapposte, che la persona si trova in un disequilibrio esistenziale dal quale prenderà avvio il senso del suo vivere, della sua identità, della sua malattia e della sua salute.

## 4.2. Salute e malattia

Qualsiasi sia lo stile di vita, la cultura, o le abitudini, gli esseri umani si incontrano davanti ad un'unica certezza: la morte. La natura vuole che ognuno, una volta in vita, prima o poi si accorga che il proprio percorso esistenziale ha un inizio, un decorso ed una fine. Ogni essere umano fa un percorso unico e soggettivo nella propria vita e nel mezzo incontrerà e conoscerà l'oscillazione tra la salute e la malattia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>11</sup>, descrive la condizione di salute non come la semplice assenza di malattia, bensì come uno stato di benessere completo che coinvolge le sfere individuali (fisiche e mentali) e sociali.

Secondo la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute<sup>12</sup>, salute e malattia non sono da considerarsi come due entità opposte, ma come due elementi di un'unica continuità. La salute è dunque considerata una risorsa individuale, fisica, sociale e non come lo scopo della vita. Essa consiste nella capacità di soddisfare i propri bisogni e le proprie necessità, raggiungere le proprie aspirazioni, adattarsi ed interagire con il contesto attorno.

<sup>10</sup> Modulo *Pratiche d'intervento – Disagio psichico*, Pezzoli L., a.a. 2015/2016, DEASS, Manno.

<sup>11</sup> World Health Organization. (2016). Disponibile da <http://www.who.int/>. [Consultato in data 05.07.2016].

<sup>12</sup> Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. (1986, 17-21 novembre). Disponibile da <file:///C:/Users/acer/Downloads/ottawa.pdf>. [Consultato in data 05.07.2016].

Al contrario, la malattia<sup>13</sup> è considerata tale quando l'organismo subisce delle lesioni per cui le difese della persona non sono più sufficienti a proteggerla da eventi patogeni e l'equilibrio della stessa viene alterato:

Allora il corpo del malato, da soggetto delle sedute sciamaniche e delle pratiche prescientifiche, è diventato supporto di quella nuova realtà, la malattia, che il sapere medico ha prodotto come oggetto specifico della sua applicazione. Per questo lo sguardo medico non incontra il malato ma la sua malattia, e nel suo corpo non legge una biografia ma una patologia, dove la soggettività del paziente scompare dietro l'oggettività di segni sintomatici che non rinviano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini contratte, ma a un quadro clinico, dove le differenze individuali, che si ripercuotono nell'evoluzione della malattia, scompaiono in quella grammatica dei sintomi con cui il medico classifica le entità morbose, come il botanico le piante.<sup>14</sup>

Nelle nostre società post-moderne la malattia perde così il suo significato sociale, e viene vissuta dal soggetto unicamente come una questione personale e non più come un elemento da condividere con la propria comunità. Inoltre, si evidenzia come *“l'aumento del disagio psichico provochi nei servizi psichiatrici il rischio di una crescente spersonalizzazione dei processi di diagnosi e cura e il sistematizzarsi di questo disagio nel concetto di malattia”*<sup>15</sup>. La persona è costretta a confrontarsi con la sua diagnosi e con un'ambiente che può risultare sempre più scomodo, in particolar modo quando si prendono in considerazione le patologie psichiatriche. La società crea quindi strutture apposite per adempiere ad un'esigenza sia di tipo privato che di tipo pubblico. In merito a questo lavoro di tesi, la struttura presa in questione è il CARL (descritto ampiamente nel capitolo precedente), luogo caratterizzato dall'accoglienza di adulti con patologie psichiche croniche stabilizzate. Il suo mandato ha come scopo quello di non considerare unicamente le diagnosi mediche, ciò permette agli operatori di confrontarsi, conoscere e costruire con le persone portatrici di questi disagi.

Anche l'Organizzazione socio-psichiatrica Cantonale, ha elaborato ed esposto la sua filosofia riprendendo tali elementi. Essi sono ben esplicitati nel documento ufficiale denominato *La Concezione delle cure presso l'OSC*:<sup>16</sup>

- L'essere umano: nella nostra concezione, conformemente a quanto indicato dall'OMS, l'essere umano è da considerarsi nel suo insieme bio-psico-sociale e spirituale, come un

<sup>13</sup> World Health Organization. (2016). Disponibile da <http://www.who.int/>. [Consultato in data 05.07.2016].

<sup>14</sup> Dalponte, A., Olivetti Manoukian, F. (cur.). (2004). *Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi*. Roma: Carocci Faber. pp. 48-53.

<sup>15</sup> Venturini, E. (2008). Come non arrendersi alla psichiatrizzazione del disagio? In *Animazione Sociale*. pp. 12.

<sup>16</sup> Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.) Organizzazione sociopsichiatrica cantonale: La concezione delle cure presso l'OSC. Disponibile da [http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-049\\_Concezione\\_delle\\_cure\\_presso\\_l\\_OSC.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-049_Concezione_delle_cure_presso_l_OSC.pdf) [Consultato in data 12.05.2016].

sistema aperto in continua evoluzione.

- La salute: è per noi la capacità dell'individuo di mantenere un equilibrio muovendosi su quattro assi (biologico, psicologico, sociale, spirituale) e di adattarsi contemporaneamente all'ambiente in cui si vive, interagendo con esso.

- La malattia: è quella situazione in cui l'equilibrio descritto sopra subisce delle alterazioni che non consentono più all'individuo di dare adeguata risposta ai propri bisogni e d'interagire in modo efficace con il suo ambiente.

- L'ambiente: è un sistema generale all'interno del quale altri sottosistemi quali famiglia, persona, gruppo, società, lavoro, cultura, ecc. sono in relazione tra di loro. Le interazioni fra questi sistemi comportano un continuo riadattamento reciproco.

Quello che di interessante viene rilevato ed evidenziato in questo documento, è che l'OSC cerca di riprendere e restituire quel significato sociale di malattia che con il tempo si è affievolito. L'interazione fra un livello intrapersonale ed uno interpersonale che rendono un essere umano tale sono fondamentali per cercare di comprendere l'origine dell'esistenza umana in tutte le sue dimensioni, che scaturiscono da più elementi in reciproca influenza.

## 5. L'operatore sociale e l'intervento educativo

Vi è un paradosso di fondo nelle professioni sanitarie e sociali: gli operatori sociali lavorano spesso con il malessere e il disagio, ma quel che è importante è che bisogna essere in grado di andare oltre la patologia, sospendere il giudizio per promuovere al meglio la soggettività, l'unicità e le risorse delle persone con le quali si lavora. Sorge spontaneo chiedersi allora quali contributi può dare la figura dell'educatore professionale in un luogo che accoglie persone lungodegenti, e in che maniera può decidere di confrontarsi con questa dimensione.

### 5.1. Ruolo dell'operatore sociale nell'ambito psichiatrico

Essere operatore sociale significa e implica diversi elementi. Il suo ruolo è in continuo mutamento, al passo con i cambiamenti sociali, politici ed economici. L'operatore infatti lavora sì con le persone, ma anche con i contesti in cui queste sono inserite. Gli viene richiesto di operare con flessibilità in quella che può essere la complessità delle situazioni in cui si trova. Egli non è mai da solo, bensì lavora con un'équipe composta dalla stessa o da altre figure professionali.

In questo senso, le definizioni di *bisogno* e *disagio* permettono di costruire la base delle premesse funzionali che caratterizzano il lavoro dell'operatore sociale:

***“Bisogno:*** Stato di tensione volto alla ricerca di risposte alle proprie esigenze fisiologiche, psicologiche o sociali. Tale tensione è la condizione esistenziale che attiva la motivazione all'empowerment, all'azione, al cambiamento. È pertanto una occasione di crescita.

***Disagio:*** Sensazione di confusione e disequilibrio, nel percorso di vita della persona e non come condizione irreversibile. Ogni passaggio evolutivo emancipativo viene preceduto da un momento di crisi delle proprie conoscenze e sicurezze precedenti”.<sup>17</sup>

Le definizioni di bisogno e disagio permettono all'operatore di considerare la persona in tutta la sua globalità, intesa come ricca di risorse, potenzialità, bisogni e limiti. Egli lavora con la persona e non per quest'ultima, al fine di co-costruire insieme dei percorsi possibili e di ritrovare l'equilibrio mancato. Lo stato di disagio genera un'alterazione dell'equilibrio personale, il quale necessita di una crisi per riformarsi. Tuttavia, tale equilibrio non tornerà ad essere come prima, la persona uscirà cambiata dall'esperienza, con una consapevolezza maggiore. L'operatore sociale ha inoltre una funzione fondamentale che consiste nel fare da ponte tra le persone in difficoltà e la società. Entrambe le parti infatti non hanno sempre modo di incontrarsi, a causa delle paure, dei timori e della forte condizione istituzionale che può caratterizzarle. Perciò *“all'educatore si chiede di fornire*

---

<sup>17</sup> Lezione: “Introduzione al Lavoro sociale”. Modulo *Teorie e metodologie dell'intervento sociale*, Prof.ssa Maida, S., a.a. 2013/2014, DEASS, Manno.



*un supporto pratico ed emotivo alle persone e svolgere un ruolo di raccordo con le risorse del territorio. Compito delle figure educative, da questo punto di vista, è favorire la collaborazione tra le realtà istituzionali e informali in modo da stimolare la coesione sociale, condizione ottimale sia per la sostenibilità del lavoro con storie di marginalità, sia per lo stesso territorio in cui il lavoro con tali storie si radica”.*<sup>18</sup>

Uno dei principi in cui si muove l'operatore, a prescindere dall'ambito in cui si trova, dal personale con il quale lavora e dal contesto sociale e storico in cui opera, è la crescita, il cambiamento, non in termini di rivoluzione, ma di evoluzione. Per fare ciò può essere d'aiuto all'operatore pensare costantemente che indietro non si può tornare, si può andare solo avanti, custodendo il passato, con un occhio al futuro, coltivando il presente. Questo non significa che agire dia per scontato e garantito la riuscita di ogni intervento, ma che l'azione stessa è formata da un'intenzione e dal pensiero che qualsiasi situazione di malessere non può rimanere tale e stabile allo stesso modo nel tempo.

Claudio Mustacchi mette in evidenza la complessità del ruolo dell'educatore nel contesto psichiatrico nella seguente citazione:

Uno degli storici e consolidati ambiti di lavoro dell'educatore è la psichiatria e più in generale l'intervento sociale con la malattia e il disagio mentale. Il bisogno di questa professionalità deriva dalle trasformazioni generate dal movimento cosiddetto della psichiatria sociale di fronte ai fallimenti di una logica psichiatrica tradizionale, che osservava la malattia chiusa nel proprio dominio disciplinare (e rinchiusa negli spazi specializzati degli ospedali psichiatrici). La psichiatria sociale ascolta le domande e le critiche della società civile di fronte alle degenerazioni e alla violenza presenti negli ospedali separati dal controllo della società, per 'arrivare a considerare la salute un bene collettivo nella cui gestione ciascun membro della società deve essere coinvolto'. Dal dialogo fra psichiatria e settori della società, nasce il bisogno di prendersi cura oltre che di aspetti medici, dei diritti di cittadinanza (laddove nei manicomi erano stati negati anche i più elementari diritti umani), così come dell'integrità della persona e delle sue relazioni sociali. In questo percorso verso servizi psichiatrici socialmente inclusivi - che si manifesta, pur con ovvie diversità locali, in tutta Europa - prende forma una figura cui è richiesto di ricomporre gli aspetti sanitari, con quelli sociali, culturali e umani, il nostro educatore, appunto.

Da notare, che egli lavorerà tanto meglio quanto meno sarà lo specialista esclusivo del gesto educativo, quanto più sarà circondato da personale sanitario, amministrativo, operativo capace di prendersi cura di una parte di questo gesto; in caso contrario forse toccherà proprio a lui farsi portatore di istanze di sensibilizzazione e di dialogo fra diversi punti di vista professionale (ma anche della quotidianità e della comunità) per impedire o per lo meno limitare la frammentazione della persona e l'isolamento - agito o subito - dalla collettività.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Granelli, L., Marchesi, L., et al. (cur.). (2014). Il cambiamento da utenti a cittadini attivi. Storie di cronicità in movimento nell'abitare tra casa e quartiere. In *Animazione Sociale*. pp. 48.

<sup>19</sup> Mustacchi, C. *La funzione di educazione, fra tradizione umanista e lacerazioni sociali*, in Crisafulli, F. (cur.). (2016), *L'E.P. - Educatore professionale. Competenze, formazione, strumenti e metodologia*:

Rispetto a queste premesse e ciò che viene promosso nei confronti del suo ruolo, l'operatore sociale può trovarsi di fronte ad una sorta di asimmetria per cui da una parte si confronta con strumenti che portano al cambiamento e dall'altra lavora con persone definite restie al cambiamento.

All'interno di questa dimensione complessa e al conseguente rischio di entrare in un rapporto di dipendenza che l'istituzione comporta, anche Willy Lubrini<sup>20</sup>, operatore dell'OSC, ha sottolineato l'importanza di domandarsi quanto i nostri interventi, il nostro modo di lavorare e di stare in relazione con l'utente, possano indurre alla cronicizzazione. La sua esperienza lavorativa presso Casa Ginestra, uno dei vecchi stabilimenti di Casvegno che oggi non si trova più, l'ha portato a riflessioni interessanti grazie ad una supervisione d'équipe durata tre anni. Sono innumerevoli gli elementi che ha rilevato e che possono portare alla cronicizzazione della relazione terapeutica. Per questo ha evidenziato alcuni strumenti utili a prevenirla. Alcuni di essi sono: l'*astensione dal giudizio*, ed in questo modo cogliere il significato dei gesti delle persone, evitando di cadere nell'interpretazione dei comportamenti che si presentano da parte delle persone con il quale si lavora secondo dettami morali ed etici; la *valorizzazione della persona*, che è possibile mettendo da parte atteggiamenti di commiserazione e pietà e che possano portare l'operatore a mettere in dubbio il valore e le capacità della stessa; *tutela-abbandono*, *autonomia-dipendenza*, è importante per l'operatore saper dosare il proprio aiuto nella misura in cui non impedisca l'evoluzione e l'autonomia della persona, senza che si senta abbandonato; *il desiderio di aiutare gli altri*, che regna in chiunque sceglie professioni sanitarie e sociali, è importante per l'operatore tenerlo sempre a mente poiché aumenta la motivazione.

---

*Manuale per i Corsi di Laurea e per la formazione permanente dell'Educatore professionale*, Milano: Maggioli editore. P. 78.

<sup>20</sup> Lubrini W. (1996-1998). *Dalla memoria del manicomio alla narrazione di un percorso professionale*. (Lavoro di diploma, Scuola Superiore di Lavoro Sociale, Mendrisio, Svizzera).

## 5.2. Fenomenologia-esistenziale

*L'art ne vient pas coucher dans les lits qu'on a faits pour lui;  
il se sauve aussitôt qu'on prononce son nom:  
ce qu'il aime c'est l'incognito.  
Ses meilleurs moments sont quand il oublie comment il s'appelle.*  
(Jean Dubuffet)

Gli innumerevoli interventi e approcci che un operatore del CARL può attuare saranno osservati e approfonditi in particolare nel sesto capitolo della tesi. Tuttavia durante l'osservazione della mia pratica professionale, è emerso in particolare un approccio che molti professionisti sposano e con cui motivano i loro interventi: l'approccio fenomenologico-esistenziale.

L'approccio fenomenologico viene applicato alla psichiatria nel '900 da due particolari autori che hanno contribuito all'arricchimento e alle riflessioni di questo metodo: Ludwig Binswanger ed Eugène Minkowski.

La fenomenologia psicologica e psichiatrica<sup>21</sup> ha rilevato alcune delle tematiche che riguardano questo approccio:

a) *La relazione intenzionale individuo-ambiente*, inteso come essere nel mondo e non semplicemente come l'interazione fra soggetto e contesto.

b) *La spazialità*, intesa come ambiente in continuo mutamento in tutte le sue forme, dove l'uomo si apre alla stessa.

c) *La temporalità*, intesa come il riconoscere e concedersi un passato, presente e futuro.

d) *Il corpo*, e non organismo come inteso dalla scienza medica, ma percepito come corpo dinamico e pieno di intenzioni. La malattia diventa una barriera da superare per poter essere *al mondo* poiché impedisce il rapporto tra il corpo e ambiente.

e) *Le cose*, intese come portatrici di senso e significato. Ad esempio, nonostante gli esseri umani usino le stesse ossa facciali per ridere e piangere, queste due azioni sono portatrici di due differenti significati.

f) *L'uomo*, è un essere sociale, che relaziona con altri uomini e vengono resi partecipi e generati all'esperienza di vita della persona.

g) Non esiste una *Norma* che possa differenziare il sano dal malato, in entrambi i casi ci sono due modi differenti di *stare al mondo*, senza pensare alla malattia come un impedimento ma come la possibilità di essere capaci in altro.

---

<sup>21</sup> Paragrafo tratto da Galimberti, U. (1992). Voce: Fenomenologia. *Dizionario di psicologica*. Torino: Unione Tipografico-Editrice Torinese. pp. 404-405.

Più approfonditamente Binswanger<sup>22</sup> nella sua fenomenologia psichiatrica riporta diverse sfumature interessanti a proposito del mondo psichico. Anzitutto distingue, seppur non del tutto, la conoscenza *sensoriale* da quella, denominata da Husserl come *intuizione categoriale/fenomenologica* o *visione delle essenze*. Questo concetto diviene esemplare attraverso l'arte ed alcuni artisti come pittori e scrittori. Quando Van Gogh ritrae i suoi quadri, in questi racconta delle storie, non raffigura semplicemente degli oggetti o dei paesaggi, ma proietta li stessi in libere associazioni e sentimenti, dunque non sono esclusivamente frutto di una dimensione sensoriale. Ci sono anche *intuizioni categoriali* che non si possono spiegare e non arrivano alla percezione sensoriale. Ad esempio un determinato oggetto o un paesaggio, possono trasmettere alla persona delle sensazioni a livello sensoriale, e li stessi possono però essere ricondotti ad una libera associazione sulla base delle esperienze individuali, che va oltre alla sola emozione provata ma tocca una dimensione più profonda, difficilmente spiegabile. *“Se, per distinguerle dalla percezione sensibile, vogliamo proprio definirle intuizioni sovrasensibili, ciò è lecito soltanto nel senso per cui la visione categoriale, come dice appunto il termine ‘categoriale’, costruisce ‘sopra i dati sensoriali!’ [...] Ciò che rende artista l'artista è la capacità di costruire, partendo da questi contenuti sensibili della percezione, contenuti percettivi sovrasensibili.”*<sup>23</sup>

Ogni esperienza dunque viene fatta attraverso la coscienza che motiva il senso del fenomeno, che si distingue dal semplice sintomo. L'approccio fenomenologico cerca dunque di non soffermarsi davanti ad un'analisi puramente descrittiva di quello che i sintomi trasmessi dalla persona ci dicono, ciò porterebbe automaticamente ad una classificazione del malessere all'interno di etichette già confezionate. Anche il Dottor Milan Monasevic, nel volume su *L'intervento psichiatrico nel Ticino*, spiega con l'ausilio della psichiatria dinamica, l'approccio con cui i terapisti in primis possono decidere di perseguire una seduta d'analisi: *“Il successo desiderato si ottiene dunque permettendo al paziente di impossessarsi del ruolo attivo nella conduzione spontanea del colloquio; il paziente seguendo liberamente le proprie associazioni, arricchisce il colloquio psichiatrico con il significato soggettivo delle informazioni”*.<sup>24</sup>

Questo tipo di approccio può così auspicare verso nuove mete e scoperte poiché come viene scritto nel libro *Dare voce al cambiamento: “Il cambiamento in educazione è dunque un gioco a più livelli tra coerenza e divenire, tra soggettività e mondo. Siamo abituati a pensare che si debba prodursi secondo una logica, che debba avere un senso. Il mito della coerenza anche qui ci perseguita. Ma la logica è ri-costruita spesso a posteriori. Gli schemi con cui cerchiamo di descrivere, decodificare, spiegare gli eventi sono mappe; essi producono storie che riconducono il divenire delle fluttuazioni a una norma (es.: il*

<sup>22</sup> Binswanger, L. (1970). Per un'antropologia fenomenologica. Milano: Feltrinelli.

<sup>23</sup> *Ibidem*. p. 10.

<sup>24</sup> Monasevic, M. (1993). *L'intervento psichiatrico nel Ticino*. Canobbio: Edizioni Nuova Critica. p. 73.

*principio di casualità). Queste storie, in quanto tali, giocano un ruolo fortemente stabilizzatore; propongono un'organizzazione del mondo tramite la nostra organizzazione".<sup>25</sup>*

Per questo motivo attraverso la fenomenologia si cerca di concentrarsi il più possibile sulla persona che si ha di fronte, con tutte le sue caratteristiche, l'unicità e i vissuti che si distinguono da qualsiasi altra persona. La fenomenologia tenta di riportare al momento presente il fenomeno vissuto, di riviverlo e di ricercarne il significato in parole descrittive, di rendere attuale l'esperienza, di ricreare l'*Erlebnis*<sup>26</sup> inteso come vissuto. Il significato della parola esperienza porta al suo interno il senso del vissuto e del perseguimento di un percorso che non deve essere inteso come un vissuto esclusivamente passato, ma da riportare al presente. Per cui come operatori, si ha lo scopo di entrare con i soggetti nella loro esperienza, ricercandone il significato dei fenomeni che si palesano per impedire loro di rimanere incastrati in un passato immobile.

Sulla stessa linea, anche Minkowski, sostiene che il tempo sia direttamente collegato all'esperienza:

Eppure sono ambigue e sfuggenti, le promesse del vissuto e dell'immediato alla filosofia e alla psicologia. Come fidarsene? È certo un presente vivente, quello a cui la fenomenologia aspira sempre; ma è sempre un passato vissuto ciò a cui essa si rifà o finisce col rifarsi. Il vissuto cui essa mira non è mai, in ultima analisi, il concreto dell'esperienza: il vissuto è passato, passato non solo grammaticalmente; e in quanto passato, il vissuto è astratto: astratto dal suo accadere, astratto dalla concretezza del suo avere luogo. Il concreto evento vivente dell'esperienza si dà continuamente nella figura astratta dell'accaduto e del vissuto; la densità e mobilità del senso si dà nell'astrazione del significato, sempre e solo *après coup*<sup>27</sup>, sempre e solo in questa distanza, in questo contraccollo insormontabile.<sup>28</sup>

Egli prosegue evidenziando l'importanza della cura della persona attraverso l'emergere del passato, per ridarlo al futuro. Leggere il fenomeno, attraverso i gesti e dargli così un senso, un senso che appartiene al vissuto. Senza dare senso ai gesti, ai movimenti, alle esperienze, il gesto resta tale e nel compierlo perde il senso della sua essenza e lo devia dal cambiamento e verso nuovi auspici, *"non più l'instabile, incerta tensione dello slancio, ma il deserto mortale di un presente eterno: qui, nulla può concludersi e nulla può iniziare. Tutto diviene ripetizione interminabile: non ripetizione come ricominciamento e rinascita, non ripetizione e differenziazione, non catastrofe del*

<sup>25</sup> Formenti L. (cur.). (2006). *Dare voce al cambiamento. La ricerca interroga la vita adulta*. Milano: Edizioni Unicopli. p. 33.

<sup>26</sup> De Dominicis, F. et al. (1994). *Dizionario Garzanti di Tedesco*. Milano: Garzanti Editore.

<sup>27</sup> *Après-coup* (la teoria dell') - (nachträglich in ted.) - ("Dopo il fatto", "posteriormente", in it.). Disponibile da [http://www.lafrusta.net/Riv\\_dizionario\\_psicoanalisi\\_1.html](http://www.lafrusta.net/Riv_dizionario_psicoanalisi_1.html). [Consultato in data 08.07.2016].

<sup>28</sup> Minkowski, E. (1971, 2004). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicologia*. (Nuova ed.). Torino: Einaudi. p. XVI.

*significato e sua redenzione, ma immobile insistenza, esausta stereotipia.*<sup>29</sup>

Il contributo che può dare il ruolo dell'operatore nell'incontro con l'altro sembra semplice ma in realtà dietro l'apparente scontata restituzione delle storie ai loro protagonisti, è possibile ritrovare e permettere di ritrovarsi in esse per comprendere da dove si viene e ancor meglio dove si vorrebbe arrivare. *Storificare* le storie permette di entrare in un atteggiamento empirico, di continua ricerca e del piacere della scoperta. Questo concetto viene ben spiegato nel libro *Dare voce al cambiamento: "Le storie danno voce al cambiamento perché illuminano la nostra comprensione del cosa e del come si cambia, nella vita adulta. Il soggetto che si racconta è messo al centro, e la sua storia non viene semplicemente "spiegata" o "analizzata", piuttosto dipanata, interrogata, evitando di ridurre la complessità e il mistero"*.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. XXIII.

<sup>30</sup> Formenti L. (cur.). (2006). *Dare voce al cambiamento. La ricerca interroga la vita adulta*. Milano: Edizioni Unicopli. p. 9.

## 6. Indagine esplorativa

Un metodo efficace per esplorare gli elementi rilevati nella teoria è aprire un'indagine sul campo. Spesso la teoria è ricca di elementi, spunti di riflessione e indicazioni per affrontare la situazione in cui ci si trova. Tuttavia, le teorie trovano confronto nella pratica professionale, con il “faccia a faccia” quotidiano e la conoscenza umana delle persone che incontriamo. Più che mai, nelle professioni d'aiuto, l'efficacia della teoria ha un'effettiva valenza se comprovata dalla pratica. Questa indagine esplorativa non vuole dunque andare a ricercare prescrizioni che appartengono agli estremi del giusto o dello sbagliato, bensì vuole indagare il pensiero e l'agito dell'operatore in relazione al concetto di cronicità.

### 6.1. Le scelte metodologiche

La scelta metodologica che più si addice a questo tipo di indagine è quella di interpellare proprio coloro che sono i soggetti della domanda di tesi, cioè gli operatori. Questa decisione però è stata presa solo successivamente, poiché il campione d'indagine è cambiato nel corso della redazione del lavoro di tesi. Inizialmente avevo individuato come partecipanti alcuni ospiti della Pineta PT, uno in particolare, Giovanni (nome di fantasia) mi ha colpito durante il mio percorso di pratica, poiché spesso nelle interazioni con lui era il primo ad intraprendere discorsi riguardanti la vita in Pineta. Giovanni però non si è sentito di partecipare come intervistato alla tesi, ciò nonostante ho provato a proporlo ad altri due ospiti, ma le interviste non hanno portato gli esiti desiderati. Nel frattempo, durante le prime ricerche sul tema della cronicità, ho scoperto l'esistenza del film *Grazie sto già meglio*, a cui Giovanni ha partecipato quindici anni prima, quando ancora non era un ospite della Pineta. Nelle scene da lui proposte veniva affrontato proprio il tema delle figure professionali che circondano la persona. Per questo motivo ho deciso di indirizzare la mia indagine esplorativa sugli operatori stessi, mostrando il film in questione, poiché osservassero il punto di vista di una persona che soffre di un disagio psichico.

Sono stati utilizzati unicamente due criteri per scegliere i partecipanti all'indagine: il numero e la formazione. Era fondamentale che avessero la formazione di educatore professionale e che fosse un numero sufficiente affinché venissero raccolte abbastanza testimonianze per eseguire una discussione di gruppo.

Il lavoro di indagine si è basato dapprima su un Focus Group<sup>31</sup>. Esso consisteva nella visione di alcune scene selezionate dal film *Grazie sto già meglio*<sup>32</sup>, e nella successiva discussione in gruppo delle scene mostrate, focalizzandosi sulla tematica della cronicità

---

<sup>31</sup> Allegato 2: Focus Group.

<sup>32</sup> Jolli, F. (produttore esecutivo); & Catti, D. (regista). (2001). *Grazie sto già meglio* [DVD]. Svizzera: TSI.

attraverso delle domande che fungevano da linea guida, senza però compromettere e/o dirigere i pensieri e le discussioni che potessero nascere spontaneamente.

In seguito, sono state eseguite delle interviste singole<sup>33</sup> con gli stessi quattro partecipanti del Focus Group, volte ad approfondire una riflessione più esperienziale e individuale. Per fare ciò, sono state redatte delle domande di approfondimento e di riflessione sulla tematica e riproposti alcuni dei quesiti del libro *Lavorare con storie difficili*<sup>34</sup>. L'intervista è di tipo partecipativo e le domande, di conseguenza, sono semi-strutturate. Esse non avevano una sequenza rigida e il proseguimento dell'intervista veniva gestito dall'intervistato attraverso ciò che decideva di raccontare.

### 6.1.1. Grazie sto già meglio

*Grazie sto già meglio* è un film che nasce nel 2001 dopo l'incontro tra il regista ticinese Danilo Catti e il Club '74, associazione che promuove attività socioterapeutiche, culturali e ricreative per tutti gli utenti dell'OSC. La visione del film con le relative spiegazioni e riflessioni sono state possibili grazie all'incontro con Manolo Lacalamita, operatore presso il Servizio di socioterapia, nonché collaboratore attivo durante la creazione del film.

Le persone che frequentavano le attività socioterapeutiche del Club '74 hanno deciso volontariamente di partecipare al film. L'intento del regista è stato quello di lasciare carta bianca ai partecipanti, creando uno spazio libero dove ognuno potesse esprimere il suo vissuto riguardo al tema del disagio psichico. In questo modo gli attori sono diventati i primi registi e compositori dei messaggi trasmessi. Il risultato dell'intero film è frutto della loro costante collaborazione, messa in discussione e creatività. Ciascuno di loro ha voluto lanciare il proprio messaggio alla società su ciò che personalmente rappresenta essere una persona affetta da disturbi psichiatrici.

Di tutto il film, ho deciso di estrapolare gli episodi proposti dall'ospite che ho conosciuto in Pineta, poiché erano incentrati proprio sul ruolo delle figure professionali che circondano e partecipano alla vita del curato.

## 6.2. Professionisti del quotidiano

Dopo aver visionato e analizzato il film *Grazie sto già meglio* durante l'incontro avvenuto con Manolo Lacalamita, operatore del Servizio di socioterapia dell'OSC, sono state selezionate alcune domande con lo scopo di orientare e introdurre i partecipanti del Focus Group ad osservare e riflettere sul ruolo delle professioni d'aiuto e sul tema della cronicità. Le seguenti analisi dei momenti di scambio con i quattro operatori della Pineta PT vogliono andare ad estrapolare quelli che sono le riflessioni e i punti maggiormente emersi

<sup>33</sup> Allegato 3: Interviste agli operatori della Pineta PT.

<sup>34</sup> Pasqualin S., Bolognesi S. (cur.). (2008) *Lavorare con Storie Difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile*. Torino: I Geki di Animazione Sociale.



durante il Focus Group e le conseguenti interviste singole. Verranno estrapolati e analizzati quelli che sono i punti in comune, quelli discordanti e quelli che non vengono considerati dal punto di vista teorico all'interno del libro di riferimento. Per facilitarne la comprensione, l'analisi delle interviste verrà suddivisa in sotto-capitoli.

### **6.2.1. Focus Group**

Sono molteplici le riflessioni emerse in seguito alla visione delle scene selezionate. Esse di certo non hanno lasciato indifferenti gli operatori, al contrario hanno fatto emergere sentimenti profondi e critici verso il loro lavoro educativo. Porli davanti a questi quesiti li ha messi in una posizione di osservazione e auto-osservazione verso il ruolo dell'operatore sociale all'interno del CARL. Durante l'intero lavoro, si sono esposti senza timori e in maniera costruttiva.

Dapprima gli operatori hanno analizzato le scene da cui maggiormente sono rimasti colpiti, evidenziando il fatto che il protagonista, nel richiedere aiuto, veniva continuamente rimandato ad altri professionisti, hanno osservato che egli veniva liquidato, senza che nessuno si fermasse ad ascoltarlo veramente. La perplessità emersa durante la discussione è che effettivamente nessuno di questi professionisti osservasse quali fossero realmente le risorse e/o capacità del protagonista, concentrandosi al contrario esclusivamente sulle richieste e i disagi che egli esprimeva. Infatti, ciascuna delle figure che lo circondavano si limitavano a rispondere secondo la loro specializzazione, senza riuscire a vedere tutti gli aspetti più particolari, che talvolta vengono dati per scontati, ma che determinano ciò che è l'intero mondo intorno alla persona.

#### **6.2.1.1. Biologia e cultura, punti d'incontro**

Dopo l'osservazione e la discussione rispetto alla comprensione delle scene mostrate, è emerso il contrasto fra la dimensione medica e quella umana, che da sempre segna e mette in discussione il lavoro fatto nell'ambito della psichiatria. Quale delle due categorie prende il sopravvento? A quale dare maggior riguardo? C'è un punto dove queste due istanze si incontrano?

Marco fa notare che non è sufficiente pensare di poter offrire alla persona che soffre o farmaci o relazione: le due componenti, fornite entrambe in giusta dose, lavorano insieme. Da un lato i medicinali possono essere d'aiuto alla persona, ma dall'altro lato attraverso la relazione è auspicabile un adeguato accompagnamento, che mira alla riconquista della propria identità e di un reinserimento graduale nella società. Anche gli altri operatori esprimono che proprio per questo, nell'intervento educativo bisognerebbe considerare la persona e non la malattia. Ciò significa anche non dover offrire subito tutto o pensare di poter risolvere ogni problema, ma permettere in primo luogo alla persona stessa di

esprimere i suoi reali bisogni, senza dedurre e indurre quelli che il curante ritiene siano i più giusti.

Nessuno degli operatori mette in discussione la presenza della malattia, o perlomeno il dolore e la sofferenza che possono scaturire da una situazione di estremo disagio, ma osservano come le diverse tipologie d'intervento mostrate nel film possono indurre l'operatore a stare a sua volta con la persona nella malattia. Marco evidenzia come questo possa accadere quando ci si blocca in quelli che possono essere i processi istituzionalizzanti, che provocano conseguentemente, rapporti di dipendenza affetti da automatismi. Questa riflessione porta anche Domenico ad affermare: *“È quello che a volte mi spiazza, nel senso che dove ti sembra di impegnarti di più, sei anche più a rischio di creare nell'altro una dipendenza anche affettiva”*.<sup>35</sup>

Il concetto di dipendenza ha scaturito in me una riflessione rispetto alla creazione di rapporti rischiosi sulla base di un *need to be need*, cioè del bisogno di essere necessario per l'altro. Così il senso della cura e dell'intervento educativo sta nel prendersi cura a vicenda, non permettere ad entrambi di perdersi in una cronicità che non considera più la loro unicità e le possibili strade che si possono percorrere insieme. Lo esprime bene Marco durante la discussione: *“capire le ragioni del benessere forse aiuterebbe a comprendere le cause del suo malessere”*.<sup>36</sup>

Queste riflessioni hanno portato alla luce il tema della cronicità, nello specifico legato a due punti interconnessi tra loro che non si possono non prendere in considerazione, la biologia e la cultura. Esse hanno un peso importante e possono avere due effetti: o essere d'ostacolo o agevolare gli interventi. Tutti gli operatori infatti evidenziano come le diagnosi psichiatriche, e non solo, possono indurre la persona a sentirsi malata, in quanto è la società stessa che la reputa tale. Ma come educatori possono decidere di non considerarla tale e di lavorare con la persona che hanno di fronte. In particolare, Claudia esprime: *“Anche perché leggeresti la persona con la malattia, non guarderesti la persona ma il malato. Quando sono arrivata qua ho adottato la strategia di non leggere le diagnosi degli ospiti per non frenarmi, non mettermi quel muro che non mi avrebbe permesso di leggere attraverso le righe. Mi ha aiutato di più perché ho guardato la persona, in seguito ho letto le diagnosi, e in alcuni casi ci sono state anche delle sorprese. Se mi fossi limitata a leggere ovviamente non mi sarei posta in condizione di mettere l'altro a farmi vedere dell'altro, perché sarebbe stato ingabbiato in quella diagnosi”*.<sup>37</sup> Tali considerazioni mi hanno resa attenta sul fatto che il fattore biologico e quello culturale non vanno presi come entità separate. Marco approfondisce asserendo che vedere esclusivamente la malattia nella sua natura esclude altri aspetti concernenti, come il disagio che vive la persona e il contesto in cui si trova. Mentre osservare e agire unicamente attraverso le diagnosi limita sia l'operatore sia la persona, poiché esclude entrambi dal scoprire e farsi scoprire ciò che

<sup>35</sup> Allegato 2: Focus Group. *Domenico*. p. 3.

<sup>36</sup> Allegato 2: Focus Group. *Marco*. p. 3.

<sup>37</sup> Allegato 2: Focus Group. *Claudia*. p. 5.

la teoria non descrive. Marco prosegue con il ragionamento dicendo che invece vedere esclusivamente la malattia per il suo aspetto relativo, critico-filosofico non aiuta a considerare le situazioni nella loro globalità e nelle loro complesse sfumature: *“La malattia dovrebbe essere un fattore biologico-culturale, vista nella sua interezza e complessità e io ritengo che l’intervento educativo e terapeutico debba considerare questo”*.<sup>38</sup>

### 6.2.1.2. Che intenzioni hai?

Un altro elemento scaturito dalle varie considerazioni è quello dell'intenzionalità. È in particolare Domenico che dopo le scene mostrate decide di affrontare questo aspetto. Egli ritiene che non solo bisogna concedersi momenti di incontro, ma bisogna creare veri e propri incontri di intenzioni tra il curante e il curato. Questo perché ogni persona ha una propria idea di benessere che non necessariamente coincide con quella della persona che soffre o del collega di lavoro, ciò comporta quindi un grande lavoro di ascolto attivo perché sia possibile avvicinarsi e comprendere insieme le reali intenzioni dell'ospite.

Dalla discussione nasce una certa ambivalenza nelle argomentazioni degli operatori. Da una parte vi è il pensiero che la cronicità stia in tutti quei gesti automatici, nella standardizzazione degli interventi e nell'influenza che si può creare leggendo con la diagnostica. D'altra parte ritengono che non sarebbe corretto considerare le abitudini solo come un impedimento. Domenico attraverso un'auto-osservazione durante il Focus Group esprime proprio che: *“Da qualche parte contribuiamo a formare una cronicità che probabilmente meriterebbe un nome diverso per non avere un’accezione così negativa”*.<sup>39</sup> Appoggiato dagli altri colleghi, egli continua la riflessione esprimendo che si può pensare alle abitudini anche come produttrici di sicurezza, ancor più quando si tratta di disturbi psichici caratterizzati da stati di confusione e incertezza disarmanti, dove avere degli ancoraggi aiuta loro ad avere dei momenti di sollievo. Noi possiamo essere i loro momenti di sollievo quando si decide di offrire loro una certa stabilità, che non si può considerare nociva, ma tale lo diventa quando rinunciare a quell'abitudine è troppo doloroso. Claudia esprime come le sue esperienze lavorative passate le abbiano fatto capire come le persone nelle diverse fasi della vita, durante l'infanzia, l'adolescenza, l'età adulta e l'anzianità, sono accomunate da una certezza: il bisogno di strutturazione delle giornate, dove essa infatti produce sicurezza e aumenta l'autostima.

Dalle loro argomentazioni si deduce che tuttavia il voler adagiarsi su comode sicurezze può nuocere però al pensiero evolutivo dell'operatore. Ciò può partire proprio dalle aspettative che ci si crea sulle persone e sul loro percorso, rimanendo stabili e convinti su un'unica idea, un'unica strada dove ogni traguardo diventa solo una meta da raggiungere

---

<sup>38</sup> Allegato 2: Focus Group. *Marco*. p. 5.

<sup>39</sup> Allegato 2: Focus Group. *Domenico*. p. 3.

e non un'occasione di ulteriore crescita. Per crescere però è necessario un grande sforzo, che richiede coraggio e tenacia per affrontare l'incognita, ciò che non è già conosciuto.

## 6.2.2. Interviste agli operatori della Pineta PT

È stato importante in seguito al confronto di gruppo con gli operatori approfondire singolarmente la discussione tramite le quattro interviste individuali: questi momenti hanno permesso loro di esprimersi in maniera più estesa e approfondita sui concetti già emersi durante il Focus Group. È stato importante lasciare del tempo agli operatori per riflettere sulle tematiche espresse in comune, le interviste individuali infatti sono state fatte a giorni di distanza dal Focus Group proprio per permettere di crearsi un pensiero personale sull'argomento.

### 6.2.2.1. Incontrare la cronicità

In generale, tutti e quattro gli operatori hanno espresso di non essersi effettivamente mai trovati in una situazione che definirebbero statica nel tempo. Ognuno di loro arriva da un passato differente ed è entrato in Pineta con una storia e un bagaglio diverso ma tutti si sono incontrati per la prima volta circa quattro anni fa, quando l'équipe e gli ospiti hanno subito diversi cambiamenti con l'entrata di nuovi elementi. Forse proprio questo ribaltamento ha permesso loro di non considerarsi fermi nel tempo per un lungo periodo. In un ambiente quotidiano e di vita domestica, come quello della Pineta, tutto si muove intorno alle piccole abitudini degli ospiti: le giornate sono scandite dalla sveglia, dal lavoro o dalle varie mansioni assegnate agli utenti, dai pasti, dai momenti che si trascorrono in comune e di svago, e dalla notte. Viene infatti evidenziato quanto la presenza lavorativa permette di entrare nella gestione della casa e nell'accompagnamento delle persone al punto che non si riesce a considerarlo quasi più un lavoro, ma una vera e propria convivenza.

Tutti si trovano d'accordo sul fatto che la staticità può essere riscontrata in alcuni momenti, ossia quando il cambiamento non avviene o non viene accettato. Manuela ammette: *“Devo dire, facendo un'auto riflessione, che i cambiamenti sono più difficile rispetto al tenere le cose e faccio un po' fatica quando non vedo il senso del cambiamento”*.<sup>40</sup> Alcuni di loro sono arrivati con l'entusiasmo di chi è pieno di idee, di teorie da applicare, di percorsi da intraprendere, ma non sempre in questo contesto e con i vissuti degli ospiti, in alcuni casi da sempre istituzionalizzati, è possibile pensare a grandi cambiamenti. Per questo motivo a volte viene richiesto anche un ridimensionamento delle proprie aspettative come operatore, per non rimanere incastrati in un processo continuo dove non viene raggiunta quell'autonomia auspicata. In alcuni casi, viene argomentato

---

<sup>40</sup> Allegato 3: Interviste agli operatori della Pineta PT. *Manuela*. p. 17.

dagli operatori, quello a cui si dovrebbe mirare maggiormente sembra essere la ricerca di un equilibrio non fisso, ma dinamico fatto di cambiamenti quotidiani, e come operatore rendere importanti anche i minimi passi. L'aspetto fondamentale, da loro evidenziato, con cui si può riconoscere un'eventuale situazione statica, anche temporanea, è la riflessione critica, l'osservazione e il confronto con l'équipe e gli ospiti. Si può dedurre quanto sia importante chiedersi costantemente qual è il proprio ruolo e cosa significa lavorare con queste persone, che se davvero fossero come la definizione medica descrive, allora sarebbe facile inciampare nell'irreversibilità e nell'inconsapevolezza del proprio lavoro. Se tale cambiamento non avviene, vi sono dei rischi che possono indurre ad entrare in una situazione cronica. Ho notato che i quattro operatori hanno individuato secondo le loro esperienze personali la stessa visione quando si esprimono a proposito dei rischi. Per tutti è quello di non riuscire più a vedere la persona, le piccole cose, le sfumature. Ritengono che ciò possa accadere quando l'operatore si ingabbia nelle definizioni, nelle diagnosi, lasciando lo spazio a sentimenti di rassegnazione rispetto al fatto che possano avvenire dei cambiamenti. Questa condizione alla lunga può sfociare in atteggiamenti di sostituzione all'altro, poiché non lo si reputa in grado fare, lavorare, gestire la sua vita. Si inizia così a lasciarsi trasportare da movimenti e gesti ripetitivi e prudenti, a perdere di vista l'individualità e le storie delle persone, a lavorare in maniera lineare dimenticandosi che per quanto si possa semplificare il lavoro, la costante dell'imprevisto e della complessità permane. Manuela mette in rilievo un altro aspetto importante ossia l'appoggio dell'équipe, che è fondamentale quando vi è il rischio di entrare in quella routine che non permette di vedere percorsi possibili. Comunque viene espresso esplicitamente da tutti gli intervistati il costante bisogno di confrontarsi con tutti i membri dell'équipe per poter costruire e avviare progetti che siano frutto di più teste. Incappare in uno o più di questi rischi possono comportare delle conseguenze sia sull'operatore che sulla persona. Nel caso dell'operatore, la conseguenza è proprio quella di rimanere, rifiutare o non accorgersi più del tutto di qualsiasi variazione che non appartiene al modo di lavorare già conosciuto ed alle nuove opportunità che si possono presentare, entrando così in una demotivazione da cui non si presentano più stimoli né la necessità di confrontarsi e riflettere con l'équipe e altri professionisti sul proseguimento dei percorsi con gli ospiti. Claudia evidenzia come ne possa di conseguenza risentire la qualità del lavoro e il riconoscimento del ruolo educativo da parte degli ospiti stessi, che percependo questi sentimenti perderanno a loro volta la motivazione e la prospettiva di ricrearsi una propria identità.

#### **6.2.2.2. Storie di vita, ridare vita alle storie**

Ci sono quadri concettuali e valoriali con il quale l'operatore su sua discrezionalità decide di approcciarsi alle storie di vita delle persone che vengono accolte. Sia nel libro *Lavorare con Storie Difficili* che nelle riflessioni degli operatori è possibile individuare

concetti che si intrecciano e ragionano verso un'unica direzione. Anzitutto Domenico ribadisce l'importanza di parlare di storia di vita e non anamnesi, poiché è possibile trovare una differenza tra i dati e gli avvenimenti segnati nelle varie cartelle fatte dai professionisti, con i racconti e le esperienze che vengono direttamente narrate e condivise dagli ospiti stessi. Rimane il dubbio che ciò che viene raccontato da loro non sempre sia realmente accaduto, ma frutto dell'influenza delle patologie. Per questo motivo, comprendo che non vengono escluse o messe in discussione le diagnosi cliniche: per poter lavorare in un'ottica globale è necessario prenderle in considerazione, ma come viene descritto nel libro *Lavorare con storie difficili*, con il costante pensiero che ci sono delle diverse fasi nella vita di ogni persona ed elementi di *“valutazione multi dimensionale delle condizioni della persona”*<sup>41</sup> per il quale entrano in gioco tutti quegli aspetti che rendono la persona unica nel suo genere, con i suoi interessi, le sue passioni, le sue paure e le sue capacità. Quest'ultimi sono stati giudicati anche dagli operatori come fattori interessanti da prendere in considerazione per potersi avvicinare il più possibile a loro, creando un'interazione, uno scambio, per il quale, nella sua complessità, può essere più semplice costruire dei percorsi personalizzati e maggiormente motivanti. Manuela testimonia una delle modalità lavorative che ha incontrato durante un'altra sua esperienza lavorativa: *“Le persone che stavano lì non erano tenute a dirci niente come il loro nome, la loro malattia... loro potevano liberamente entrare e stare, dovevano solo essere adulti maggiorenni. Questo veniva fatto per far sì che per loro diventi più facile entrare, chiedere aiuto, conoscersi. Così delle diagnosi non sapevamo niente a meno che non ce lo dicevano loro”*<sup>42</sup>. Questo permetteva loro di avvicinarsi con meno timore e di costruire le relazioni di fiducia su base volontaria fatta di interazioni dirette possibili grazie ad un ascolto attivo privo di giudizi.

### 6.2.2.3. La scatola degli attrezzi

Come ogni mestiere, anche l'educatore possiede degli strumenti da utilizzare ma a differenza di altre professioni, i suoi ausili non sempre sono tangibili e visibili ad occhio nudo. Dalle varie interviste gli operatori hanno individuato quelli che sono gli *attrezzi* che il ruolo dell'educatore ha a disposizione per compiere il suo lavoro. Di seguito verranno elencate secondo le loro testimonianze ed analizzate nei benefici che portano.

Il concetto di cura e autonomia emerge spesso quando si tratta di potenziare le risorse di ognuno. Il libro *Lavorare con Storie Difficili* pone a questo proposito un quesito fondamentale: *“Che cosa perseguiamo con il nostro lavoro? L'autonomia piena o*

---

<sup>41</sup> Pasqualin, S., Bolognesi, S. (cur.). (2008) *Lavorare con Storie Difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile*. Torino: I Geki di Animazione Sociale. p. 19.

<sup>42</sup> Allegato 3: Interviste agli operatori della Pineta PT. *Manuela*. p. 15.

*l'autonomia possibile?*"<sup>43</sup> In particolare, Manuela argomenta l'importanza di lavorare continuamente sulle risorse disponibili, dando agli utenti la possibilità di non perdere quello che hanno già acquisito, permettendogli e stimolandogli a continuare a svolgere le attività che sono in grado di fare e non precludendosi e/o scoraggiandosi davanti alla paura di possibili fallimenti.

Gli approcci correlati espressi dagli operatori che rendono possibile un'autonomia auspicata riportano ad alcune parole chiave, apparentemente scontate, come ascolto, comunicazione, rispetto ed empatia.

L'**ascolto** attivo è volto a mettere la persona al centro, e deve astenersi il più possibile da giudizi di valore che possono impedire e limitare l'auspicio di riconquistare le capacità che gli utenti possedevano prima di entrare nel mondo istituzionale o acquisirne di nuove.

La **comunicazione** è tale che permette all'altro di lasciarti entrare nel suo mondo, attraverso un'accoglienza che apre le porte alla libera espressione di sentimenti, riflessioni, ambizioni e timori.

Il **rispetto** è quello della storia, della sfera personale e intima di ciascun ospite, ricordandosi che è l'operatore ad entrare nella casa dell'ospite e non il contrario, dunque il curante non deve avere pretese di stravolgere il mondo e le abitudini del curato, ma si deve adattare alle sue usanze.

L'**empatia** deve cogliere il dolore altrui, senza la presunzione di comprenderlo, ma è la capacità di percepire cosa significa entrare nella vita dell'ospite, e dalla sua parte di accettare tutte le diverse modalità differenti con cui i vari operatori si avvicinano a loro.

La **spontaneità** è stata più volte nominata da tutti gli intervistati che esprimono come affinché queste modalità entrino realmente nelle più piccole azioni di ciascun operatore è indispensabile agire senza la creazione di schemi già prefissati o le istruzioni dei manuali.

Dalle interviste inoltre traspare come la comunicazione e l'ascolto siano fondamentali anche quando si tratta di rispondere alle richieste. È importante partire da un linguaggio comune che possa permettere al curato di esprimere i suoi bisogni e al curante di capire come intervenire. Manuela approfondisce facendo notare che c'è chi ha bisogno di aiuto e non lo chiede, mentre c'è chi lo chiede costantemente, ma sembra non raggiungere mai uno stato di soddisfazione. In entrambi i casi il professionista si trova davanti ad una situazione in cui è necessario capire dove risiede il reale bisogno. Si possono incontrare persone che si mostrano apparentemente tranquille o non destano pensieri e preoccupazioni importanti in confronto ad altre. Egli ritiene che è proprio davanti a queste persone che bisognerebbe chiedersi ancor di più se la loro tranquillità equivale a benessere o ad altri stati negativi che vengono espressi con difficoltà. D'altra parte si incontrano invece delle persone che richiedono costantemente l'attenzione dell'operatore per compiere ogni passo e dove il confine tra il fare *per* e il fare *con* diventa sottile, poiché

---

<sup>43</sup> Pasqualin, S., Bolognesi, S. (cur.). (2008) *Lavorare con Storie Difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile*. Torino: I Geki di Animazione Sociale. p. 21.

un'ambiente come quello della Pineta comporta quasi automaticamente delle risposte a richieste quotidiane.

Di contro, il libro *Lavorare con storie difficili* esorta ad uscire da quella routine che può portare a rimanere incastrati nelle semplificazioni delle richieste d'aiuto, esprimendo una riflessione rispetto ai bisogni sottesi: *“Come operatori siamo chiamati a fare il passaggio dalla richiesta alla domanda, cioè a esplorare qual è l'implicito dentro la richiesta. Non pensando che, soddisfatta la richiesta, si sia soddisfatta anche la domanda. Quante volte, dopo aver dato alla persona ciò che chiedeva, scopriamo che i problemi da trattare erano altri?”*<sup>44</sup>. Questo tema ritorna anche nelle argomentazioni degli operatori: non sempre le richieste esplicite fatte da parte degli ospiti corrispondono alle stesse, infatti a volte i bisogni sottesi sono impliciti e riconducono a stati d'animo irrequieti che necessitano di una relazione o ad una necessità, che la persona non si sente o non è in grado di esprimere.

#### **6.2.2.4. Camminare insieme**

Sulla base di queste considerazioni viene dunque spontaneo chiedersi: come si costruiscono possibili percorsi? Innanzitutto gli operatori concordano sul fatto che è fondamentale far sì che la persona senta propria la sua storia di vita e di conseguenza renderla protagonista di qualsiasi cambiamento; quest'ultimo dev'essere proiettato in un'ottica positiva e non di possibili “fallimento” o regressione, ma soprattutto è importante pensare alle svolte come frutto di un percorso accordato e condiviso insieme.

Gli intervistati ritengono che lavorare in questo ambito può portare a sentimenti di frustrazione, delusione e fallimento, ma questo accade proprio quando è l'operatore stesso che vede il raggiungimento di una meta come il fine ultimo. Ritengono inoltre che questo pensiero lineare può senz'altro essere fonte di una non condivisione iniziale di obiettivi prefissati dalla persona secondo le sue personali motivazioni. Dalle loro argomentazioni traspare che l'essenza sta nel prendere ogni percorso e considerare le fasi della vita come esperienze utili a maturare, a crescere, ad auto-analizzarsi, tutto ciò per allontanare il pensiero del perdere o vincere e non tentare di cambiare le loro storie o di renderle impersonali. Manuela ribadisce come camminare insieme permette all'operatore di vivere con l'ospite ogni passo e imparare ad individuare meglio quali sono i momenti più adatti a poter intervenire, così come valutare se gli obiettivi auspicati siano effettivamente pertinenti al percorso della persona.

---

<sup>44</sup> Gius, E. (2007). Chi opera il cambiamento è sempre la relazione. In *Animazione Sociale*. 10. pp. 89-90.



### 6.2.2.5. Ospiti o cittadini?

Ho deciso di concludere le interviste con una domanda che non tocca direttamente il ruolo dell'operatore sociale e che voleva essere più una riflessione rispetto al suo contributo che non una ricerca di risposte: *Secondo te, che tipo di relazione c'è fra il contesto e l'intervento educativo? Quanto riusciamo a far sì che il contesto locale accetti di investire risorse economiche e sociali per "stare" all'interno di situazioni di cui è difficile ipotizzare una risoluzione?* Essa concerne appunto il contesto sociale interno ed esterno, in questo caso Mendrisio, in cui si inseriscono gli operatori e quanto esso influisce effettivamente sulle vite, sui progetti e sulle ambizioni delle persone che vivono all'interno di una dimensione cronica. Le persone che vengono accolte dall'Organizzazione sono effettivamente considerati cittadini di Mendrisio o restano gli ospiti delle varie unità abitative? Gli autori di *Lavorare con storie difficili* mettono in evidenza una certa reticenza da parte della società quando si incontrano persone in difficoltà. Essa apparentemente sembra non tollerare il disagio e si aspetta che le strutture apposite intervengano davanti a chi ne soffre. Sorge spontaneo domandarsi se ciò tocca, impedisce o agevola chi lavora in queste strutture e chi ne viene accolto.

La mia esperienza pratica presso il CARL mi ha portato ad osservare come la città di Mendrisio subisca un giudizio ambivalente nell'essere il centro della psichiatria cantonale. Da una parte il contesto di Casvegno è presente da ormai fine '800, ma dall'altra la gente che vi abita non sempre è totalmente consapevole di chi accoglie. Questo discorso si può estendere anche al di fuori della realtà di Mendrisio, dato che anche all'esterno viene spesso automaticamente associata ai "matti". Gli operatori ammettono che la realtà di Casvegno può sembrare chiusa, perché chi viene accolto al suo interno può accedere direttamente a svariati servizi come l'abitazione, il luogo di lavoro, il parrucchiere, il bar/ristorante, la chiesa ecc. In qualche modo è un vero e proprio villaggio che risponde alla richiesta della società di segregare il disagio, di tenerlo lontano. Ma gli intervistati proseguono sottolineando che questo accade solo se sono gli operatori in primis a chiudersi all'interno del luogo protetto, poiché in realtà l'ambiente è aperto a tutti e negli anni si è vista una grande circolazione della popolazione per le vie dell'Organizzazione. Però ciò non basta, e alcuni degli intervistati si chiedono se manchi ancora dell'informazione adeguata su cosa accade all'interno di questa struttura, chi ci vive, come si lavora, ecc. Altri affermano che è la rappresentazione del diverso che fa paura, soprattutto in una società dove per essere diversi ed emarginati basta poco, una malattia, un'altra cultura, un altro colore di pelle, dove basta non conoscere per sviluppare sensazioni di timore e ansia davanti all'altro. Tutti gli operatori però concordano sul fatto che è necessario un lungo e complesso lavoro di sensibilizzazione, di preparazione del terreno, di collaborazione, che nel loro piccolo gli operatori ogni giorno costruiscono accompagnando gli ospiti all'esterno, frequentando con loro le zone popolate. Per provvedere a questa dinamica, Domenico mi ha informato della creazione dell'*operatore*

*cerniera*, un'iniziativa che ha permesso di creare un'interazione fra OSC e Mendrisio dove i professionisti dell'OSC si indirizzavano nei luoghi più frequentati dai pazienti e dagli ospiti per farsi conoscere e lasciare un recapito qualora vi fossero dei momenti di difficoltà tra le persone accolte all'OSC e coloro che lavorano all'interno dei servizi della città. A questo proposito un articolo di *Animazione Sociale* approfondisce questa dimensione: *“Le storie di cronicità nascono da percorsi soggettivi che, a volte, tendono a solidificarsi a contatto con il mondo dei servizi, fino a sperimentare perdita di potere, dipendenza, assistenzialismo. Storie implose in un circolo vizioso in cui non è facile invertire la rotta, perché la cronicità affievolisce la resistenza e la creatività, mentre l'ambiente alimenta il senso di abbandono. [...] Abitando tra casa e quartiere, si apprende a vivere non senza problemi, ma con delle possibilità, come ogni cittadino.”*<sup>45</sup>

Tutti gli operatori, riflettendo su questa domanda si indirizzano verso un'importante considerazione: in qualche modo, per permettere ed aprire la possibilità ad un cambiamento esterno è necessario rendere partecipi anche le persone che si trovano all'interno della realtà di Casvegno. Mi ha colpito in particolare la riflessione di Claudia: *“È difficile anche da preparare il terreno perché ciò che non si conosce, spaventa. Non è semplice rispondere a questa domanda perché è complicato e non è questione di anni, penso che per la società il concetto sia proprio il diverso. L'ho provato sulla mia pelle, non sono ticinese, e quando ridevo e parlavo, la gente mi guardava in modo strano. E mi rendo conto che è complicato, e non ci vorrebbe nemmeno una rieducazione, ci vorrebbe proprio un lento abituarsi all'idea del diverso, del diverso che non spaventa, non fa paura e non per forza nuoce. Siamo una società legata alla superficie, diverso è già chi veste in modo differente, non oso immaginare chi ha problemi psichiatrici, e quindi nel nostro piccolo dobbiamo cercare di costruire e di dare un'altra connotazione, un'altra rilettura al concetto di diverso. Bisognerebbe permettersi di aprirsi, e questo è un processo lento, legato anche al tempo, in una società che corre, e non si ha il tempo di far niente se non di correre dietro il tempo, diventa molto complicato.”*<sup>46</sup>

Gli operatori mi fanno inoltre notare che nel contesto di vita del CARL molte delle persone che vi abitano da anni la considerano ormai casa loro, ma alcuni fanno più fatica a ricreare relazioni e scambi esterni e questo può ulteriormente nuocere alla persona che cerca di *scronicizzare* la sua condizione. Un proverbio africano narra che ci vuole un intero villaggio per crescere un bambino, io oserei riadattarlo anche con le persone in difficoltà. Siamo tutti responsabili di ciò che costruiamo, e rendere visibile il disagio in una società che perlopiù riesce a vederne solo l'aspetto negativo, pericoloso e scomodo, fa in modo di rendere ogni persona, ogni cittadino parte attiva di un processo di reinserimento sociale.

---

<sup>45</sup> Invernizzi, G., et al. (cur.). (2014). Il cambiamento da utenti a cittadini attivi. Storie di cronicità in movimento nell'abitare tra casa e quartiere. In *Animazione Sociale*. pp. 34.

<sup>46</sup> Allegato 3: Interviste agli operatori della Pineta PT. Claudia. p. 7.

## 7. Riflessioni finali

*Durano nel tempo solo le cose che non furono del tempo.*

(Jorge Luis Borges)

Giunta al termine di questo lavoro di tesi, sento di uscirne con alcune consapevolezza in più, ma in particolare con dei punti cardine da imprimere e mai smettere di considerare durante le mie esperienze future. Lo scopo del lavoro era quello di approfondire come l'intervento educativo agisce in relazione alla cronicità e quali sono gli aspetti e gli strumenti messi in gioco che influenzano il ruolo dell'educatore che lavora in un contesto che accoglie persone croniche stabilizzate. Dalle varie definizioni mediche estrapolate è trasparso come sulla pratica il termine cronicità non sempre appartiene veramente alle persone che vengono così diagnosticate ma soprattutto non rispecchia la complessità del lavoro educativo che è composto da innumerevoli sfumature. La perplessità che da subito è nata in me, riporta a chiedersi quanto realmente i professionisti che ho incontrato nell'ambiente psichiatrico e quotidiano, siano influenzati da quella che è una diagnosi con prognosi irreversibile.

Le indagini di campo, le discussioni, le interviste fatte ai vari operatori e l'approfondimento alla fenomenologia mi hanno portato ad esplorare come gli educatori si muovono all'interno del mondo cronico stabilizzato. Una delle maggiori risorse di questo lavoro infatti è stata proprio la vastità delle tematiche emerse dall'analisi dei dati che mi ha permesso di compararle con l'altrettanto massiccio materiale teorico a disposizione. Sebbene le definizioni di cronicità non lascino spazio a fraintendimenti e interpretazioni personali, la teoria a riguardo e gli autori citati in questa tesi si sono posti davanti agli stessi quesiti. È importante ribadire che il lavoro redatto non ha voluto mettere in discussione le diagnosi psichiatriche che vengono fatte, bensì il soggetto in questione è stato esclusivamente il ruolo dell'educatore e i possibili effetti che il concetto di cronicità può comportare.

Molta della teoria utilizzata in questo lavoro si basa a sua volta su ragionamenti e discussioni avvenute da altri professionisti, poter riportare le loro esperienze a coloro che ho incontrato durante la mia pratica professionale ha permesso di estrapolare alcuni elementi comuni ed essenziali del lavoro educativo. Durante il mio percorso di indagine mi sono soffermata più volte su una citazione estrapolata dal libro di riferimento *Lavorare con Storie Difficili*: *“Molte volte la cronicità delle storie non è anche la cronicità delle rappresentazioni che noi abbiamo di quelle storie e di ciò che riteniamo che con esse si*

*debba fare? Una cronicità che ci trattiene dal costruire ipotesi maggiormente aderenti agli operatori, alle persone, alle loro discontinuità, ai loro desideri*”.<sup>47</sup>

Questa frase ingloba al suo interno il pensiero che mi ha permesso di mantenere durante tutto il lavoro una visione mirata ed esplorativa dell'argomento, dando spazio alle riflessioni e alle parole chiave emerse che man mano hanno creato una ridondanza non indifferente: intenzionalità, cambiamento, costante riflessione critica sul proprio agito. Queste parole hanno permesso di dare forma all'identità dell'educatore professionale.

L'intenzione è il motore del ruolo educativo, ciò che muove le azioni e gli interventi, senza intenzionalità ogni movimento perde di significato e trasforma il ruolo educativo in una mera esecuzione di apparenti richieste da parte degli interlocutori, perdendosi in gesti ripetuti e abitudinari. Allo stesso modo, è fondamentale che curante e curato siano in sintonia sulle reali intenzioni affinché si possa auspicare a dei cambiamenti. La parola cambiamento può suscitare paure e ansie con conseguente repulsione da entrambe le parti. Una citazione estrapolata dal libro *Dare voce al cambiamento* dichiara: *“Si dice che gli esperti del cambiamento - educatori, insegnanti, terapeuti, consulenti – lavorino per produrre o controllare cambiamenti desiderati. Dai loro modi di raccontare, il cambiamento è spesso definito come un evento positivo e desiderabile (si cambia verso il meglio, secondo un vecchio mito di progresso), come un evento definito, finito, certo (o c'è o non c'è), e soprattutto come un evento che richiede uno sforzo attivo, che deve essere attivamente provocato, anticipato, progettato, diretto, monitorato*”.<sup>48</sup>

Ciò accade quando vengono auspicati obiettivi troppo ambiziosi o, nel caso contrario, quando vengono sottovalutate le persone che si ha di fronte, reputandole incapaci di evolversi. Il cambiamento ha successo quando viene valorizzato anche nei piccoli successi e viene visto come processo continuo della vita di ogni persona, anche quando essa sembra non avere più ambizioni future. In questo caso è l'operatore sociale che interviene ed evidenzia le risorse, i sogni e le capacità che la patologia tenta di nascondere.

Dal confronto tra le testimonianze raccolte e la mia pratica professionale è emersa l'essenzialità di una costante riflessione critica sulla figura dell'operatore sociale. A questo proposito mi ha colpito la testimonianza di Claudia, una delle operatrici intervistate: “Non discuto sulla cronicità, sulla diagnosi, però se tu dai un colore diverso, un sapore diverso, allora sì che acquista tutto un valore diverso. Ecco perché anche tante persone lavorano qui da tanti anni, riescono a dare tanto e altre che magari purtroppo, ma come accade dappertutto, si perdono via. Secondo me è anche questo l'aspetto importante: dare il giusto valore alle parole e trarre il giusto colore e sapore che ti possono aiutare. Perché se no il rischio è di entrare in quel meccanismo in cui arrivi qua e ti fai le tue sette ore, fai

<sup>47</sup> Pasqualin, S., Bolognesi, S. (cur.). (2008) *Lavorare con Storie Difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile*. Torino: I Geki di Animazione Sociale. p. 16.

<sup>48</sup> Formenti L. (cur.). (2006). *Dare voce al cambiamento. La ricerca interroga la vita adulta*. Milano: Edizioni Unicopli. p. 31.

le docce, rispondi a qualche richiesta, somministri le terapie... se cronicità vuol dire questo, se il mio lavoro deve essere questo, allora quando suona la sveglia, scusate, ma chi si tira giù dal letto?".<sup>49</sup> Questa riflessione mi ha portato a pensare che a prescindere dal contesto in cui l'operatore sociale si ritrova, è importante che egli non perda mai lo spirito di critica e auto-critica, la capacità di continuare a interrogarsi e motivare i propri pensieri, riflettere sul proprio ruolo all'interno del contesto nel quale si trova e sui contributi che può lui stesso portare. Per permettere ciò, mi è stato d'aiuto far capo all'approccio fenomenologico, che negli anni è stato studiato da innumerevoli autori in più ambiti. Quest'ultima aiuta a non dimenticare l'importanza della singolarità e del rivolgere l'attenzione ad ogni persona con uno sguardo empirico e considerandola nella sua globalità, senza permettere di ostacolarsi da diagnosi universali che possano portare alla stigmatizzazione della persona. Ogni percorso è unico nel suo genere e l'operatore dovrebbe acquisire una flessibilità e un adattamento tali per cui l'accompagnamento alla persona sia il più specifico possibile, lasciando tuttavia alla stessa le redini della sua vita, senza farsi sopraffare da quel desiderio che accompagna le professioni d'aiuto di sentirsi utili, necessari. Ho potuto osservare in questi anni di formazione come dietro ad essa possano nascondersi delle insidie, delle manie e delle aspettative di guarigione controproducenti e che possono portare sentimenti frustrazioni in caso di "fallimento". L'intervento educativo deve così muoversi nell'ordine dell'inutilità. Cercare di rendere inutile la propria presenza per cui la persona possa sentirsi responsabile delle sue scelte e dei suoi successi. Questo può evitare anche la formazione di rapporti di dipendenza e di conseguenti sentimenti di rassegnazione e insolvenza.

Noi non possiamo eliminare il dolore di queste persone, possiamo solo viverlo con loro. Possiamo percepire a cuore nudo il tormento che accompagna la loro esistenza. In situazioni dove a volte il tempo si ferma o altre in cui va troppo veloce, bisogna imparare a prendersi il tempo, per ascoltare, per osservare, per chiedere, per accogliere, per conoscere, per condividere. Bisogna imparare a cogliere tutti quegli aspetti che non sono misurabili e tangibili e che proprio per la loro non immediatezza potrebbero essere considerati come perdita di tempo ma che in realtà appartengono al senso del tempo e della sua esperienza. Noi siamo operatori e produttori di tempo e siamo responsabili del suo arricchimento. Accompagnare le persone durante i loro momenti di vita ci porta inevitabilmente ad essere parte di quel tempo che non può permettersi di restare fermo. Noi siamo custodi di questo tempo prezioso.

---

<sup>49</sup> Allegato 3: Interviste agli operatori della Pineta PT. Claudia. p. 4.

## Fonti

### Bibliografia

Amaldi, P. (1998). *Il Manicomio cantonale. 1898-1998 Casvegno da manicomio-villaggio a quartiere*. Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Dipartimento delle opere sociale del Cantone Ticino: Mendrisio.

Biswanger, L. (1970). *Per un'antropologia fenomenologica*. Milano: Feltrinelli.

Callegari, R. (cur.). (1998). *La minaccia di un destino. 1898-1998 Casvegno da manicomio-villaggio a quartiere*. Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Dipartimento delle opere sociale del Cantone Ticino: Mendrisio.

Dalponete, A., Olivetti Manoukian, F. (cur.). (2004) *Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi*. Roma: Carocci Faber.

De Dominicis, F. et al. (1994). *Dizionario Garzanti di Tedesco*. Milano: Garzanti Editore.

Formenti L. (cur.). (2006). *Dare voce al cambiamento. La ricerca interroga la vita adulta*. Milano: Edizioni Unicopli.

Jaspers, K. (1964). *Psicopatologia generale (1913-1959)*. Roma: Il pensiero Scientifico.

Minkowski, E. (1971, 2004). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicologia*. (Nuova ed.). Torino: Einaudi.

Monasevic, M. (1993). *L'intervento psichiatrico nel Ticino*. Canobbio: Edizioni Nuova Critica.

Mustacchi, C. *La funzione di educazione, fra tradizione umanista e lacerazioni sociali*, in Crisafulli, F. (cur.). (2016), *L'E.P. - Educatore professionale. Competenze, formazione, strumenti e metodologia: Manuale per i Corsi di Laurea e per la formazione permanente dell'Educatore professionale*, Milano: Maggioli editore.

Pasqualin, S., Bolognesi, S. (cur.). (2008) *Lavorare con Storie Difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile*. Torino: I Geki di Animazione Sociale.

## Sitografia

Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. (1986, 17-21 novembre). Disponibile da <file:///C:/Users/acer/Downloads/ottawa.pdf>.

La Frusta. (2000, 10 febbraio). Dizionario di psicoanalisi. Disponibile da [http://www.lafrusta.net/Riv\\_dizionario\\_psicoanalisi\\_1.html](http://www.lafrusta.net/Riv_dizionario_psicoanalisi_1.html).

Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.) Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Disponibile da <http://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/organizzazione/>.

Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.). Organizzazione sociopsichiatrica cantonale: Pianificazione sociopsichiatrica cantonale (2014-2017). Disponibile da [http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione\\_sociopsichiatrica\\_cantonale\\_2014-2017.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione_sociopsichiatrica_cantonale_2014-2017.pdf).

Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.) Organizzazione sociopsichiatrica cantonale: La concezione delle cure presso l'OSC. Disponibile da [http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-049\\_Concezione\\_delle\\_cure\\_presso\\_l\\_OSC.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-049_Concezione_delle_cure_presso_l_OSC.pdf).

World Health Organization. (2016). Disponibile da <http://www.who.int/>.

## Articoli

Gius, E. (2007). Chi opera il cambiamento è sempre la relazione. In *Animazione Sociale*.

Granelli, L., Grosso, L., et al. (cur.). (2014). Il cambiamento da utenti a cittadini attivi. Storie di cronicità in movimento nell'abitare tra casa e quartiere. In *Animazione Sociale*.

Venturini, E. (2008). Come non arrendersi alla psichiatrizzazione del disagio? In *Animazione Sociale*.

### Materiale scolastico

Modulo *Pratiche d'intervento – Disagio psichico*, Prof. Pezzoli L., a.a. 2015/2016, DEASS, Manno.

Modulo *Teorie e metodologie dell'intervento sociale*, Prof.ssa Maida, S., a.a. 2013/2014, DEASS, Manno.

### Materiale audiovisivo

Jolli, F. (produttore esecutivo); & Catti, D. (regista). (2001). *Grazie sto già meglio* [DVD]. Svizzera: TSI.

### Altro

Galimberti, U. (1992). *Dizionario di psicologia*. Torino: Unione Tipografico-Editrice Torinese.

Mecacci, L. (2012). *Dizionario delle Scienze psicologiche*. Bologna: Zanichelli.

Lubrini, W. (1996-1998). *Dalla memoria del manicomio alla narrazione di un percorso professionale*. (Lavoro di diploma, Scuola Superiore di Lavoro Sociale, Mendrisio, Svizzera).

Conversazioni con Prof. Pellandini, L.

Incontro con Operatore Club '74 Lacalamita M.

Immagine copertina. Disponibile da

[http://www.spiderselldecoration.com/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/c/a/ca-et-02\\_1.jpg](http://www.spiderselldecoration.com/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/c/a/ca-et-02_1.jpg).



## **Allegati**

- Allegato 1 Organigramma OSC
- Allegato 2 Focus Group
- Allegato 3 Interviste agli operatori della Pineta PT

## Allegato 2

### Focus Group

In seguito alla visione del film “Grazie sto già meglio” e con l’ausilio di esperienze personali, tentate di analizzare le scene proposte e confrontatevi usando come linea guida le seguenti domande:

Nel filmato il protagonista sembra entrare in un circolo vizioso dal quale non riesce ad uscire. Esso è caratterizzato da una condizione di vita incentrata sull’ambiente socio-sanitario e contemporaneamente si vede rassicurato dalle figure che lo circondano e da cui cerca appoggio:

Qual è il meccanismo di questo circolo?

Come si spiegano le risposte e gli approcci delle diverse figure?

Che sensazioni e pensieri credi possano nascere nel protagonista?

Nelle scene proposte emerge una riflessione rispetto alla malattia e alla condizione di malato:

Essa bisognerebbe considerarla più come un fattore culturale o biologico?

Come può essere rivisto questo aspetto in un ambiente come quello del CARL dove, per mandato, vengono accolte persone croniche?

Si può pensare che questa definizione possa avere delle ricadute dirette o indirette sugli interventi degli operatori? Verso che direzione?

*Tutti i nomi utilizzati nel seguente documento sono di fantasia.*

Manuela: Mi sono venute subito delle idee guardando il filmato, lui diceva questa frase “Ora sto già meglio”, appena stava in contatto con dei professionisti, sembrava che cercava attenzioni e mi sembrava anche che veniva sempre mandato da altre persone, non è che veniva aiutato, fermato per stare con lui ad ascoltarlo. Ogni cosa che diceva veniva mandato subito da specialisti: uno psicologo, un assistente sociale, anche i genitori non lo ascoltavano, non cercavano di capire, ognuno lo mandava da qualcun altro. Sembravano tanti compiti... anche l’aiuto domiciliare che gli mandava i pasti mi ha fatto riflettere, non so se qualcuno delle figure attorno a lui si sia chiesto che cosa veramente avesse bisogno prima, provando magari a capire se è in grado da solo.

Claudia: Forse perché si dava per scontato: è malato, non è in grado, non è capace.

Manuela: Esatto, gli si dice subito quello che può aiutarlo. Ma prima bisognerebbe farlo provare da solo o insieme. Nessuno ha detto che non riesce a fare il suo pasto da solo, o

che può in qualche modo lui ricercare la soluzione. Forse si dà anche subito troppo. Questo mi ha lasciato un po' perplessa. E poi è anche pieno di appuntamenti, non può fare neanche le sue cose. Tre appuntamenti alla settimana di cosa? Doveva andare dal dottore? Forse è un po' esagerato. E subito il medico diceva "Allora le pastiglie!". Non ci sono solo le pastiglie e non sempre è necessario sovraccaricare.

Marco: Alla richiesta di aiuto non si può intervenire solo con il farmaco ma spesso solo la parola e la relazione non bastano. Credo che influisca anche il fattore culturale nell'approccio alla cronicità e che sia fondamentale così come nell'intervento educativo; la persona viene considerata in quanto tale e non come paziente.

Claudia: Credo che alle volte sia proprio questa la difficoltà maggiore: l'impressione di non essere stati accolti, di non essere andati in profondità, e trovare subito le pedine pronte, come se basti dire "Ecco devi andare dallo psicologo", senza fermarsi a parlare con lui e capire che effettivamente dietro al "malato" c'è comunque una persona. In questo modo la persona non ha la possibilità di esprimere in primis lui i suoi bisogni. Perché il fatto di parlare con un educatore è forse proprio per essere accolto, avere la possibilità di dire quello che sente, i suoi disagi oppure calamitare l'attenzione su quel suo momento di disagio.

Manuela: Ho scritto una parola in tedesco, mi veniva spontaneamente nella mia lingua madre: *Abservieren*, che non è servire, è proprio il contrario, ma liquidare. Sembra quasi che non si ha voglia di lavorare con lui ma rimandarlo continuamente da altre persone. È proprio spaventoso.

Marco: Questo per me è il principio base del processo istituzionalizzante; la costante necessità di dipendere da qualcuno come presupposto del benessere e l'automatismo della risposta "Sto già meglio" alla domanda altrettanto automatica "come sta?". Ci si sofferma su una risposta che non va nel profondo, si liquida la questione come se "Grazie sto già meglio" fosse più utile al terapeuta che al paziente per mettersi in pace la coscienza.

Claudia: È questo che alle volte io mi chiedo. Ok, sono malato però se tu mi dai questo tipo di risposte, non mi ascolti, come dici te mi dai i pasti, questo e quest'altro... forse si cronicizza ancora di più il mondo intorno a me. Quindi anch'io vivo in questa cronicità. La malattia c'è però anche tu mi metti nella condizione di "starci". Non vedi nemmeno più le mie risorse.

Marco: Spesso si indaga, si va a fondo se una persona sta male, non quando sta bene; capire le ragioni del benessere forse aiuterebbe a comprendere le cause del suo

malessere. Il protagonista diventa oggetto della relazione terapeutica, che per finire secondo me risulta essere un meccanismo alienante nel quale la persona perde la propria identità e unicità. Lo si vede anche nel modo di comunicare che diventa un'unica e ripetuta frase "grazie sto già meglio".

Manuela: Sì, e poi offri subito tanti aiuti o lo mandi altrove, invece di vedere che cosa veramente c'è bisogno, nessuno gli diceva "Fai bene quello, sei bravo a fare questo". È importante vedere la parte sana, le risorse, lavorare con le cose che sa fare.

Domenico: Io ero sull'idea dell'intenzione. Comunque lui esprime l'intenzione di stare meglio, vuole stare meglio. In qualche modo cerca di incontrare persone che lo possono aiutare in questo, quindi l'ideale sarebbe avere un incontro di intenzioni. Il dramma è che ognuno di noi ha un'idea dello stare meglio diversa, aldilà dei ruoli professionali, e ognuno di noi poi si cronicizza in qualche maniera. Nel senso che ci sono delle abitudini quotidiane che da qualche parte ci assicurano e che tendiamo a ripetere come assicurazione. Per cui è un lavoro molto complesso quello di ascoltare veramente una persona e capire quale veramente sia l'intenzione, che non è per forza la tua intenzione, perché anche rispetto al lavoro sembra essere stato ascoltato però poi gli danno un lavoro che non c'entra molto con lui, lui infatti lo svaluta dicendo che è come leccare francobolli, quindi c'è una differenza a livello di intenzionalità.

Sicuramente entra in gioco anche il grado di dipendenza, quindi pur non volendo anche come curante soprattutto quando ti avvicini effettivamente alle persone, pur non volendo si creano delle dipendenze. È quello che a volte mi spiazza, nel senso che dove ti sembra di impegnarti di più, sei anche più a rischio di creare nell'altro una dipendenza anche affettiva. Quindi forse, a livello di abitudini, si è nella sanità fino a quando si può rinunciare ad una abitudine per un giorno senza stare troppo male. Si è quindi abbastanza indipendenti, e si può dire anche di no. E ovviamente c'entra anche la solidità della struttura della persona. Rispetto ad alcune persone, penso ad alcuni utenti, un certo cadere nelle abitudini, nel quotidiano, non è così negativa. Nel senso che lo allontana un po' da quell'angoscia del tutto indefinito che a che fare con il suo essere. Nei percorsi, se vogliamo parlare di diagnosi, nelle schizofrenie, una certa nevrotizzazione è quasi auspicabile perché dà tutta una serie di sicurezze per cui uno non scompensa e non si perde più del tutto. Da qualche parte contribuiamo a formare una cronicità che probabilmente meriterebbe un nome diverso per non avere un'accezione così negativa.

Claudia: Le abitudini di cui parli te Domenico mi fanno pensare alle mie precedenti esperienze con i bambini al Nido. Come con loro vengono scandite le giornate, il quotidiano, aumenta anche la loro autostima, la sicurezza, grazie proprio a questo ciclo di abitudini che hanno, se già cadeva una delle pedine che loro sapevano facesse parte del

processo della mattina, se ne accorgevano. Quindi, forse non cronicità vista con visione negativa ma cronicità che ti aiuta a star meglio.

Manuela: Questo in Tedesco si chiama *Tagesstruktur*. la strutturazione della giornata ed è un metodo che ti dà sicurezza che non vuol dire che hai tutta la giornata piena di appuntamenti ma delle cose fisse strutturate.

Domenico: Il problema per l'operatore diventa poi quello di crearsi delle aspettative sulla persona, che sono poi però delle tue aspettative, per cui quando una persona ti sembra che abbia raggiunto un certo equilibrio, che sta abbastanza bene, tendiamo a considerare che quella sia la meta e ci dimentichiamo che c'è tutto un desiderio di un cambiamento ulteriore che però passa attraverso una crisi e quindi è molto più impegnativo per l'operatore perché vuol dire rimettere in discussione tutto o avere un ambiente di lavoro meno tranquillo, impegnarsi probabilmente di più in cose sconosciute e quindi dà sicurezza. Un po' come arrivare al lavoro e sapere già che c'è tutta una serie di cose pratiche da fare per non pensare che ci sia anche l'incognita dell'incontro con qualcuno che in quel momento però non sta così bene. Noi qua utilizziamo lo strumento della griglia che ci mostra quello che si può prevedere della giornata, che è comunque uno scheletro, poca cosa rispetto a quello che ci si trova a fare, ad affrontare. Qui non c'è proprio una volontà istituzionale di separare i ruoli, pur nel rispetto di quello che uno può fare a livello professionale.

Manuela: È vero che qua un'infermiera psichiatrica ha degli strumenti da educatore, come i colloqui, anche loro hanno dovuto fare dei progetti, quindi si può approfittare l'uno dall'altro. Penso che la comunicazione sia importante tra di noi.

Penso anche al fatto che si chiama Cassa Malati, in Germania hanno cambiato, si chiama *Krankenkasse* ma ultimamente si parla di *Gesundheitskasse*: Cassa della salute.

Domenico: La cosa interessante che viene mostrata alla fine del filmato è come si può indurre una persona a credere di avere qualche problema, che è il dramma di fondo delle malattie psichiatriche, nel senso che non è una scienza esatta la psichiatria, per cui con tutta probabilità è solo una nostra lettura della realtà, però affibbiamo delle diagnosi alle persone che si autoconvincano e poi hanno un'immagine di sé malata. La fregatura del considerare la pazzia come malattia è un dramma di fondo e siamo tutti complici anche se cerchiamo come educatori di non pensare alla diagnosi, non siamo tenuti a prenderla per forza in considerazione.

Marco: lo avuto l'impressione che si considerasse la malattia esclusivamente dal punto di vista biologico e ciò significa sottovalutare la malattia stessa, la persona che la abita e

l'ambiente in cui essa si sviluppa; d'altra parte anche considerare la malattia solo culturalmente vuol dire cadere nel relativismo.

La malattia dovrebbe essere un fattore biologico-culturale, vista nella sua interezza e complessità e io ritengo che l'intervento educativo e terapeutico debba considerare questo.

Claudia: Anche perché leggeresti la persona con la malattia, non guarderesti la persona ma il malato. Quando sono arrivata qua ho adottato la strategia di non leggere le diagnosi degli ospiti per non frenarmi, non mettermi quel muro che non mi avrebbe permesso di leggere attraverso le righe. Mi ha aiutato di più perché ho guardato la persona, in seguito ho letto le diagnosi, e in alcuni casi ci sono state anche delle sorprese. Se mi fossi limitata a leggere ovviamente non mi sarei posta in condizione di mettere l'altro a farmi vedere dell'altro, perché sarebbe stato ingabbiato in quella diagnosi.

Del protagonista nella scena finale dallo psicologo mi ha colpito quando ha chiesto "La mamma non c'è?". Pensando ad altre persone ospiti qui, capita che ti rinvino sempre alla famiglia e ai suoi genitori e quindi diagnosi e malattia a parte ci si rende conto che una fetta ce l'hanno messa anche i genitori. Mi viene in mente un ospite, di quanto è forte quando ti dice questo peso che sente, ad esempio della domenica che non può dormire troppo altrimenti si sente in colpa rispetto al tempo non vissuto perché glielo diceva la sua famiglia. E poi ti dice anche che però si deve liberare dallo spettro della sua famiglia, che dovrebbe cominciare a camminare. Quindi si cerca di accoglierlo e assicurarlo sul fatto che giustamente dopo una settimana di lavoro, la domenica tutti riposiamo. Alle volte senti proprio il peso quando te lo rimanda.

Manuela: Poi alla fine il protagonista diceva che allora probabilmente aveva il raffreddore, ma non sembrava neanche convinto di averlo. E anche lì ci si fermava solo al raffreddore, non è che si rifletteva su altre cose. Uno comincia a dire che è il raffreddore e tutti gli altri lo ripetono a catena.

Claudia: Infatti lui lo si vede rassegnato da questa diagnosi sembra quasi pensare "Se tutti dite che è un raffreddore allora lo è".

Manuela: Poi gli specialisti nel film chiedono al protagonista solo del lavoro.

Claudia: Alcuni di loro proiettano molto sul lavoro ed iniziano a parlare chiedendo al protagonista se il lavoro va bene.

Manuela: Ma lo specialista chiedeva solo quello, ma non c'è solo il lavoro... non credo che le ascelle prudevano solo al lavoro. Forse è una cosa più pratica, che se gli si faceva fare

qualcos'altro allora non prudevano più le ascelle. Non era detto che c'entrava per forza il lavoro no?

Marco: Secondo me il senso di tutto sta nella cronicità stessa, che se vista come fattore culturale e non solo biologico cambia il paradigma d'intervento, cambiano i bisogni, le priorità e gli strumenti usati dall'operatore.

Nella cronicità diventa primario il percorso che si costruisce con la persona, il progetto a lungo termine. La parola e la relazione, il riavvicinarsi alla società, il riappropriarsi di un ruolo e di un'identità sono strumenti e priorità che l'operatore dovrebbe avere nell'approccio alla cronicità.

## Allegato 3

### Interviste agli operatori della Pineta PT

*Tutti i nomi utilizzati nel seguente documento sono di fantasia.*

#### Claudia

*Ti è mai capitato di lavorare in una situazione statica nel tempo?*

*Se sì, come l'hai riconosciuta?*

*Quali sono stati i campanelli d'allarme?*

*Se no, cosa significa per te lavorare al CARL con persone croniche stabilizzate?*

Io sono qua da quattro anni, ma sempre per periodi limitati ed era un'altra cosa; da Gennaio con una percentuale fissa, ed è totalmente diverso.

Il discorso è questo: dipende che cosa si intende per lavorare qui e cosa si intende per statico; nel senso che qui ogni giorno in quelle che sono le mansioni quotidiane (lavarsi, vestirsi,...) e la gestione della giornata, non c'è staticità, perché secondo me ogni giorno è a sé, ogni ospite è a sé, ogni momento è a sé.

La staticità la si potrebbe riscontrare in alcuni momenti dove c'è una sorta di "non cambiamento"; questo è poi anche quello che si chiede l'operatore che arriva dall'esterno in un mondo come questo, perché per esempio, arrivando dal mondo della prima infanzia c'è un abisso, però anche lì c'è una sorta di ripetitività dovuta al quotidiano che caratterizza il mondo dell'infanzia ma non è cronicità. Forse alcune volte qui la situazione statica è quella che non ti ha permesso di andare oltre quando pensavi che il click sarebbe arrivato, o c'è stato ma non secondo le tue aspettative.

Però secondo la mia visione, sono io che ho cercato di interpretare in maniera diversa la quotidianità qui dentro, non ridimensionando le mie aspettative perché non si ha la bacchetta magica ma soffermandomi maggiormente sui piccoli passi che poi rendono importante il cammino che si fa con l'ospite, cercando di renderlo autonomo. Anche se poi questo cammino può subire delle impennate, bloccarsi; credo che in questo contesto lavorativo spesso quello che alla partenza immaginavi si potesse raggiungere poi in parte si perde o viene acquisito in un altro modo e quindi può capitare anche di dover rivedere la tua prospettiva e riuscire a starci bene altrimenti sei tu che cadi in un circuito dal quale non esci, perché hai il problema di non raggiungere degli obiettivi magari posti troppo in alto.

*Entrando in maniera graduale, ti senti integrata oggi nel contesto di vita della Pineta?*

Devo dire la verità, in questa équipe, mi sono sempre sentita integrata, anche quando lavoravo poco, nel senso che più che altro è il mio ruolo che cambia. A seconda di quelli



che sono un po' i "vestiti" che indossi, se lavori saltuariamente è in un modo, questo non significa che lavori con meno attenzione però hai meno "responsabilità", se invece hai una percentuale garantita cambia perché comunque gli ospiti ti conoscono quindi cominciano a parlar con te, a fidarsi di te e ti cercano.

*Sulla base di questo nuovo ruolo, ti senti più "fresca" rispetto ad altri che lavorano qua da tempo?*

Era la mia prima esperienza nel mondo della psichiatria, quindi per me un mondo sconosciuto che ho imparato a conoscere sul posto, lavorandoci; sono state tante le cose che mi hanno colpita; come dicevo prima cambia ruolo, perché una volta conosciuto l'ospite ti comporti in un modo, se non conosci l'ospite è diverso. Anche perché poi l'ospite ti rende partecipe, ti dice: "Ok, oggi arrivi anche te che ti occupi di me quando già ieri ne sono passati diversi". Io sono arrivata nel periodo in cui ci sono stati tanti cambiamenti a livello di équipe. Anche diversi ospiti non ci sono più, come il Signor Bernasconi, diceva proprio che c'era stato quest'avvicendamento quindi anche loro dovevano abituarsi, lui aveva una certa età, era particolare e diceva che non si faceva comandare da pivellini; quindi saggiava un po' il terreno con tutti, per esempio anche a me ha chiesto cosa ci facevo qua, chi ero, un po' come tutti gli altri. Avevo una bimba piccolina che oggi ha 4 anni, mi si diceva perché non fai la mamma, cosa fai qua; ho detto: "Guarda io voglio lavorare, c'è una persona che si occupa di mia figlia e quindi io sono qua".

Un po' queste dinamiche, tanti ospiti che purtroppo oggi non ci sono più, altri che si sono avvicendati, però più o meno le modalità di lavoro sono le stesse, qui si ha proprio l'idea di una casa, in questo piano; perché poi io mi son mossa un po' su due piani in particolar modo, qui è dove io ho lavorato di più e devo dire che qui c'è proprio l'idea della casa. Non sembra di essere in un reparto, hai l'idea della casa dove ognuno ha la sua camera, ognuno se la gestisce alla sua maniera, quindi vive i suoi spazi comuni alla sua maniera per come è fatto logicamente; c'è chi li vive, chi non li vive e chi condivide a momenti alcuni spazi, però la modalità di lavoro è stata sempre quella, quindi ho vissuto questa modalità lavorativa che poi diventa una gestione della casa, ti occupi del "ménage" di una casa nemmeno "un lavoro". Con l'avvicendamento dei turni che c'è stato si può dire che vivi cono loro, facendo delle notti vivi con loro la parte della notte; le diverse fasi della giornata sono scandite un po' dai turni, e puoi vedere determinate cose che non cogli se non le vivi.

*Secondo te nascono dei rischi lavorando con la cronicità? Se si quali?*

Il problema è la definizione di cronicità, se cronico significa statico senza permettere all'altro di andare oltre allora diventa un circuito per la persona e per l'operatore.

Però anche nella loro cronicità queste persone hanno delle fasi, se cronico significa è così punto e basta potrei chiedermi cosa ci sto a fare qui... invece nel periodo che ho passato qua ho potuto notare che alcune situazioni cambiano, magari leggermente ma cambiano; subiscono involuzioni, altre invece si evolvono in maniera totalmente diversa. Si tratta di capire la persona cronica cosa può dare nelle piccole cose, se questa condizione mi influenzasse credo mi alienerebbe. Mi rendo conto che sono in un'ambiente cronico dove niente cambia, dove tutto è statico ma ogni giorno è diverso, o a seconda del turno che fai ci sono differenze; se tutto fosse così rigidamente cronico, io arriverei qua al lavoro, farei la mia giornata, non avrei di che preoccuparmi, diventerei una macchina e risponderei ai bisogni in maniera automatica. Ad esempio, quando arrivi e ti dicono che hanno bisogno del caffè, se ci si sofferma dieci minuti, magari a bere quel caffè, a prepararlo magari anche insieme quel caffè, ci sono tanti aspetti che non cogli se prendi la tazzina del caffè e gliela metti semplicemente davanti.

Però anche nella cronicità, vedi che risvolti puoi avere, che riconoscimento puoi avere, loro ti fanno capire se sei passata di qua e ci sei stata. Cronico alle volte ti dà quasi l'idea che loro pensino "Ok ci sei, però ci sei tu o c'è un altro, è uguale" ma cronico è anche quello che ti dice: "C'è Claudia, c'è Giuseppe, c'è Marco...". Quindi è lì che ti chiedi, questa persona cronica però prende da Marco, prende da Claudia... È sempre sottile secondo me il confine, e questa è la mia visione rispetto all'importanza di non "ingabbiarsi" dentro certe definizioni che si danno al di là della cronicità nel quale comunque c'è sempre un aspetto che ti sorprenderà, positivo o negativo.

Per me la più grande vittoria dopo aver lavorato in un'altra Unità Abitativa è stato essere ancora riconosciuta dopo essermene andata. Questo è successo anche se la mia presenza c'è stata in maniera frettolosa, solo nei weekend, nei momenti di assistenza. Ma sentirmi dire quando mi rivedono: "Ciao Claudia, come stai?" Mi fa capire ancora di più: cronico sì, però c'è la persona dietro.

Questo secondo me dà valore al lavoro che si fa qua. Dipende da quanto permetti di farti conoscere, perché è tutto un gioco di scambio, di empatia. Loro si fanno conoscere ma allo stesso tempo prendono da te. Allora poi determinate richieste che a me non avrebbero mai fatto all'inizio, oggi arrivano, perché sanno che Claudia oggi può farle determinate cose, non arriva ad altre: è uno scambio.

Non discuto sulla cronicità, sulla diagnosi, però se tu dai un colore diverso, un sapore diverso, allora sì che acquista tutto un valore diverso. Ecco perché anche tante persone lavorano qui da tanti anni, riescono a dare tanto e altre che magari purtroppo, ma come accade dappertutto, si perdono via. Secondo me è anche questo l'aspetto importante: dare il giusto valore alle parole e trarre il giusto colore e sapore che ti possono aiutare. Perché se no il rischio è di entrare in quel meccanismo in cui arrivi qua e ti fai le tue sette ore, fai le docce, rispondi a qualche richiesta, somministri le terapie... se cronicità vuol dire questo, se il mio lavoro deve essere questo, allora quando suona la sveglia, scusate, ma chi si tira giù dal letto?

*Quali sono, a tuo parere, le conseguenze sulla persona e sull'operatore di una situazione cronica?*

Ne risente la qualità, sia del tuo lavoro sia di come ti vivono loro. Se una persona oggi ti riconosce come comunicativa, solare, che riesce a dare tanto, tanto quanto loro riescono dare a te, è bello. Vuol dire che c'è qualcosa, uno scambio che ti permette di rendere attiva la tua giornata lavorativa. Perché se tu scardini la giornata qua dentro, rispondi a dei bisogni, aiuti o comunque cerchi di rendere alcune cose più facili nel quotidiano, penso a questa come una casa. Se tu permetti all'altro di viverci nella sua casa, alla sua modalità, perché l'altro aspetto fondamentale da tenere in conto, è che tu operatore entri a casa dell'ospite e non sei tu che devi "stravolgere", devi accompagnare, sei tu che ti adegui. Questo non significa che è sempre facile, che arrivi tutti giorni qua con la stessa volontà. Significa che però sei tu anche che ti metti in gioco. Ecco io la vivo così: non cronicità come staticità e come risposta alle richieste, perché sennò non avrebbe senso. Anch'io devo dare senso al mio lavoro, al fatto di arrivare qua al mattino, stare con loro, perché sennò che lavoro sarebbe? Invece semplicemente, tu entri nella camera di Luca e gli chiedi cosa vuole fare oggi, come si vuole vestire, ridiamo e scherziamo e avviene quindi un'interazione, anche il semplice momento della doccia e dell'igiene diventa un momento che ti arricchisce, perché anche tu puoi prendere tanto e ne esci cambiato da una situazione lavorativa come questa. Però secondo me, è il concetto che tu dai a questo lavoro che cambia poi la tua prospettiva e cambia poi il rapporto con la cronicità.

*Come bisognerebbe secondo te avvicinarsi a una storia? Attraverso quali quadri concettuali e valoriali?*

Secondo me innanzitutto bisogna partire dalla persona, cercando di capire quali sono le sue risorse al di là della sua malattia che lo ingabbia, che lo descrive.

Bisogna comunque tenere conto della diagnosi che definisce il suo status e il perché è finito a vivere qua. Però cerco in qualche modo di andare al di là della diagnosi mettendo la persona, con quello che ha da darmi, sia i momenti di più sia i momenti di meno, oltre la visione clinica. Quindi cerco, al di là della malattia e dei limiti che essa pone, di puntare sugli aspetti della comunicazione, del permettere all'altro di esprimersi, dell'accoglienza, di rivedere anche le sue possibilità di comunicare quello che sente. Perché secondo me se la si ingabbia dentro una diagnosi non si vedrebbero tante cose di tante persone che vivono in questo contesto, cose che sfuggono alla diagnosi magari le si riesce a cogliere sotto un'altra luce e potenziare quell'aspetto riuscendo a rinforzare la persona. Ad esempio, se una persona depressa che non si tira su dal letto ti dice di no mille volte e quando ci riprovi l'ultima volta ti dice sì e accetta di fare la doccia, è una piccola vittoria, anche se la diagnosi dice che non si schioderà mai dal letto. Non vuole dire che sia sbagliata naturalmente, ma ci sono delle fasi. Poi metterti tu in discussione, capire come

l'altro vuole che tu ti avvicini cercando di immedesimarti nella sua situazione e non decidere a priori il tuo approccio. Spostarti tu in quella camera, in quel letto e pensare cosa non vorresti che l'operatore facesse; anch'io non tutti i giorni voglio fare determinate cose, non capisco perché dovrei pretenderle qui o vedere come un aspetto negativo non riuscire a farle qui. Bisogna rispettare la persona perché ricordo che uno dei miei "limiti" iniziali era di capire se questa persona aveva voglia che io le facessi la doccia, che entrassi nel suo intimo; perché poi nel quotidiano sembra una cosa da nulla una doccia ma se ci mettiamo nei panni di quella persona che oggi la lavi tu, domani la lava l'altro il giorno dopo ancora la lava qualcun'altro, alla fine posso dirti che l'aspetto finale è quello di pulirla e prepararla però ogni giorno c'è un cambio di modalità per loro.

*Come bisognerebbe, secondo te, trattare le richieste di aiuto delle persone?*

Io lavoro molto sull'accoglienza e sulla comunicazione. Questa poi è la mia modalità, che poi è innata, non è di lavoro, io sono fatta così, è una caratteristica personale, culturale. Quindi, a seconda dell'aiuto che mi viene richiesto sono anch'io che cambio la modalità di aiuto, che può essere da quella più banale a quella più seria. Laddove mi rendo conto che anch'io ho i miei limiti, dovuti alla mia formazione o ad altro, io stessa chiedo aiuto. Se io ho un lavoro iniziale con un'ospite che mi fa richiesta d'aiuto, posso anche chiedergli di aspettare due minuti perché non è il mio campo.

*Ti vengono in mente esempi pratici?*

Un'esperienza in cui ho avuto paura è stata quando Lorella ha bronco-aspirato, se ne stava occupando una collega infermiera, mentre io con un altro collega stavamo tirando su Luca che era caduto dalla sedia a rotelle. Poi mentre loro si occupavano dell'aspetto più pratico, fisico, io mi occupavo di telefonare il medico di picchetto e attivare l'ambulanza. Però lì ho avuto paura, ho coordinato l'aspetto finale del lavoro e quindi in quella situazione di aiuto importante, dove l'ospite stava male fisicamente e non ero d'aiuto "infermieristicamente" parlando, mi sono chiesta se fosse giusto che io stia qui, cosa potevo fare. In seguito, dopo aver condiviso quel momento, avendo capito che ognuno di noi aveva contribuito allo stare meglio degli ospiti, ho capito che ha funzionato l'intervento. Però è stato velocissimo, e io con i miei limiti e la mia formazione ho capito dove potevo essere d'aiuto. Questa è la situazione che più mi ha messo in subbuglio.

*Ti vengono in mente situazioni in cui invece ti sei sentita utile nel ruolo di educatrice?*

Nella situazione prima descritta mi rendo conto di quale è il mio limite, conoscitivo della materia, magari mi rendo conto che quando un ospite ha bisogno di liberarsi da determinati pesi che porta dentro, sceglie forse di parlarne di più con la figura

dell'educatore o di chi risponde meglio ai suoi bisogni in quel momento. Trovo che qui c'è un lavoro molto sinergico, dove non c'è proprio questo confine netto in cui si distingue l'educatore dall'infermiere, però il limite c'è laddove io in quel momento se devo darti un farmaco particolare, chiedo al mio collega infermiere se sia giusto o meno, se mi chiedi di fare un prelievo non posso farlo... magari rispetto all'accoglierti, all'ascoltarti, posso essere più propensa rispetto a qualcun altro.

C'è stata una situazione nel quale un ospite esprimeva un malessere fisico e nausea, io l'ho presa da un'altra angolazione questa comunicazione, ma l'infermiere ovviamente in quel momento l'ha aiutato ad espellere quello che poteva essere il vomito. Lui nello stesso tempo ha gestito la stessa sensazione in due modalità diverse, con l'infermiere buttando fuori fisicamente ciò che aveva in più nel corpo e con me cercando di motivare, al di là delle cause di quel malessere che poteva essere legato al fatto di aver mangiato pesante, a qualcosa che invece lo angosciava e che quindi era diventato così ingestibile da tenere dentro che c'era un bisogno di tirar fuori anche fisicamente. In quella situazione ci sono state due modalità differenti di gestire una situazione che comunque in seguito è rientrata. Io ero più propensa a capire se in quel momento quel malessere era qualcosa di fisico o se invece era qualcosa che aveva radici più profonde e che poi si traduce comunque in una somatizzazione e in un vissuto spiacevole.

*Secondo te, come bisognerebbe costruire con loro i percorsi possibili?*

La questione è che se tu vuoi fare qualcosa, devi camminare insieme. Secondo me, se vuoi dare un senso al progetto devi comunque camminare insieme alla persona, quindi capire quando è il momento in cui puoi dare di più, quando devi arrestarti, dove devi anche riconoscere che la persona non è in grado di portare a termine quel percorso. Però se tu cammini da solo, volto verso il fine di un progetto e l'altra persona non è pronta a partire, a intraprendere qualcosa, lì la fanno da padrona frustrazione, aspettative deluse, l'autostima che non si sa dove va finire perché non si è riusciti. Non è facile, però tu dovresti riuscire ad entrare in empatia con la persona, non sempre è possibile e fattibile, ma capire quando c'è quel momento in cui puoi fare quel passettino in più, anche se non è che quando si raggiunge quel passettino vuol dire che si è arrivati al progetto, magari da quel passettino si rimane lì fermi, non ci si muove più e sembra di non arrivare mai alla meta. È questo camminare insieme che si dovrebbe prendere in considerazione, però è comunque un lavoro che richiede tantissimo tempo, soprattutto finché la persona accetta di camminare con te, di permetterti di prendersi cura di lui, ad entrare nella sua sfera personale. Sono comunque loro che decidono se e quando vogliono. Tu puoi arrivare qui e smuovere mari e monti ma magari all'altro non piace dove lo vuoi portare, le tue modalità... non è detto che dobbiamo per forza piacere come persone.

*Secondo te, che tipo di relazione c'è fra il contesto e l'intervento educativo?*

*Quanto riusciamo a far sì che il contesto locale accetti di investire risorse economiche e sociali per "stare" all'interno di situazioni di cui è difficile ipotizzare una risoluzione?*

Mi capita di accompagnare ospiti ad appuntamenti fuori, al bar, a fare visite mediche e credo che ci sia ancora un grosso limite all'esterno, di come la persona guarda l'operatore che accompagna l'ospite. Quindi questa è una barriera grandissima secondo me. A volte quando capita che ti chiedono dove lavori e rispondi a Mendrisio, tu lo dici con naturalezza perché hai acquisito il valore dello stare qui dentro, l'altro invece ti guarda già pensando "Neuro" o basito esulta: "Oh Madonna, cosa fai, come lo fai e perché...". Questo era anche un mio problema iniziale prima di arrivare qua, capire che cosa si vive qua, chi vive qua, perché sono qua come operatore e non solo come persona che ci vive. L'ospite comunque vuole uscire, perché è stufo di stare qua, però quando si imbatte in quello che c'è fuori, c'è una sorta di difficoltà nel riconoscere che si sta bene all'esterno. Perché secondo me c'è un confine tra realtà di Casvegno e l'esterno. Quindi, il problema è che è difficile scardinare. Alle volte vedo l'entusiasmo di alcuni ospiti che sentono di poter uscire però quando sono all'esterno hanno questa difficoltà e vogliono rientrare. Sembra assurdo, però comunque cercano dei continui contatti, c'è chi ce la fa e chi no. È complicato...forse da tutte e due le angolazioni, perché il diverso spaventa, sia che sia malato psichico, di diverso colore di pelle, nazionalità... il diverso fa paura. E poi all'esterno c'è questa scarsa tolleranza per tutti, quindi mi metto nei panni di chi fa già fatica e vuole uscire, a doversi anche adattare. A me è capitato di pormi la domanda quando ho accompagnato un'ospite e vedere la gente che si tirava da parte, e tu sei comunque lì che parli tranquillamente con l'ospite, perché la conosci, invece lì ti rendi conto quando la persona è in gabbia ancora.

È difficile anche da preparare il terreno perché ciò che non si conosce, spaventa. Non è semplice rispondere a questa domanda perché è complicato e non è questione di anni, penso che per la società il concetto sia proprio il diverso. L'ho provato sulla mia pelle, non sono ticinese, e quando ridevo e parlavo, la gente mi guardava in modo strano. E mi rendo conto che è complicato, e non ci vorrebbe nemmeno una rieducazione, ci vorrebbe proprio un lento abituarsi all'idea del diverso, del diverso che non spaventa, non fa paura e non per forza nuoce. Siamo una società legata alla superficie, diverso è già chi veste in modo differente, non oso immaginare chi ha problemi psichiatrici, e quindi nel nostro piccolo dobbiamo cercare di costruire e di dare un'altra connotazione, un'altra rilettura al concetto di diverso. Bisognerebbe permettersi di aprirsi, e questo è un processo lento, legato anche al tempo, in una società che corre, e non si ha il tempo di far niente se non di correre dietro il tempo, diventa molto complicato.

## Marco

*Ti è mai capitato di lavorare in una situazione statica nel tempo?*

*Se sì, come l'hai riconosciuta?*

*Quali sono stati i campanelli d'allarme?*

*Se no, cosa significa per te lavorare al CARL con persone croniche stabilizzate?*

Personalmente non mi sono mai sentito in una vera e propria situazione che si possa definire statica nel tempo. Lavoro qua da circa 4 anni e la psichiatria mi ha sempre appassionato. Il mio lavoro di laurea si incentrava proprio sulla psichiatria. Questo è sempre stato il contesto in cui volevo trovarmi. Ammetto che all'inizio di quest'esperienza era molto più fresco, propositivo, avevo voglia di conoscere e mettere in pratica tutto ciò che avevo appreso a scuola e letto sui libri.

Con gli anni mi sono un po' "disilluso" su alcuni aspetti, d'altronde qua si lavora in gruppo, siamo un'équipe formata da più teste, formazioni e modi di lavorare, ognuna di queste a suo modo cerca di fare il meglio che crede per l'ospite.

La nuova formazione dell'équipe avvenuta con il cambiamento del coordinatore e l'entrata di nuovi operatori, ha portato senz'altro a cambiamenti importanti.

*Hai potuto osservare momenti in cui invece ciò non è avvenuto?*

Sì certo, ci sono stati anche quelli, e proprio quelli potrebbero costituire, a mio parere, una situazione ferma nel tempo, proprio quando il cambiamento non riesce e non viene accettato. Per alcuni versanti ci troviamo ancora rigidi quando si parla di alcuni argomenti, come la sessualità, che tutt'ora si può definire quasi un tabù quando alcuni ospiti chiedono esplicitamente il bisogno, ma anche quando ci sono quelli che non riescono a manifestarlo. Sull'argomento e il tipo di intervento ci sono diverse vedute, c'è chi dice che è assolutamente umano e hanno il diritto anche ad avere la loro sessualità e chi dice che non bisognerebbe crearli un bisogno per cui poi potrebbe sfociare in malesseri e scompensi ulteriori.

Ma penso che questo discutere ancora fra noi e far emergere anche i punti contrastanti sia un bene, perché credo che un altro campanello d'allarme sia anche quando si perde una riflessione critica sulla situazione stessa.

Quando si smette di essere critici, osservatori, "polemici" nel senso giusto della parola, allora lì le cose saranno sempre in movimento, perché per avere un cambiamento prima ci deve essere una crisi e non sempre tutti sono pronti ad affrontarla.

Se si perdesse il senso delle cose, i perché del nostro mestiere e smettessimo di chiederci in continuazione cos'altro potremmo fare, si finisce per mollare e non vedere più la persona.

*A questo proposito, quali altri rischi possono nascere lavorando con la cronicità?*

Il rischio principale è quello di cadere in una reiterazione continua di comportamenti e situazioni standardizzate. Noi ci sentiamo al sicuro quando le cose funzionano, o bene o male si risolvono con delle azioni che sappiamo già funzionare.

Alcuni misurerebbero questo benessere con il numero di ricoveri in Clinica che un'Unità Abitativa ha avuto. Noi nell'ultimo anno non ne abbiamo avute. Questo sta a significare che va tutto bene? Che se nessuno di loro ha uno scompenso allora sta bene? In parte sì, molti degli ospiti sono qua da anni, e altrettanto lo sono alcuni operatori, comunque con il tempo si impara a conoscersi e anche a prevenire alcune situazioni quando si iniziano a intravedere i primi comportamenti. Tuttavia, questo non può sempre essere segno di un vero benessere. Nella loro cronicità queste persone entrano in una routine e in comportamenti che per loro sono utili. Ma non all'operatore.

*Perché cosa può succedere? Quali sono secondo te le conseguenze sulla persona e sull'operatore di una situazione cronica?*

L'operatore abituato alla sua routine sarà certamente poco propenso al cambiamento, una certa aversione a cambiare lo status quo perché ci si adagia su ciò che è già stato provato e testato quindi di comodo utilizzo.

Non è sempre evidente assumersi il rischio di provare ad andare oltre quando si pensa che una persona potrebbe fare di più, da una parte c'è la paura di distruggere completamente quell'equilibrio che si è costruito negli anni ma dall'altra il pensiero che potrebbe migliorare alcune delle sue attuali capacità o acquisirne delle nuove.

Così poi credo che con questo atteggiamento la maggior conseguenza sulla persona sia lo stress e quando non compare più alcuna propensione alla novità, vista unicamente come fattore destabilizzante. Si possono fare cambiamenti senza stravolgere e togliere i punti fermi della persona ma per questo è necessario un grande lavoro, di osservazione, di collaborazione e scambio fra i colleghi, di voglia e di coraggio.

*Come bisognerebbe secondo te avvicinarsi a una storia? Attraverso quali quadri concettuali e valoriali?*

Io credo, per quanto complicato, che bisognerebbe avvicinarsi a loro essenzialmente senza pregiudizi, ossia ascoltare senza giudizi di valore. In alcune delle loro situazioni e storie di vita potrebbe essere quasi automatico dispendere giudizi personali sul loro modo di comportarsi e affrontare la vita, e questo accade quando ci dimentichiamo del perché siamo qui, se queste persone sono qui, e se noi professionisti siamo qui, c'è un motivo. Loro hanno avuto dei vissuti che li impediscono di stare altrove, momentaneamente o per



tempi più lunghi e noi abbiamo scelto di fare un percorso formativo per poter rendere loro il tempo qui il più sereno e proficuo dal punto vista umano possibile.

L'approccio che mi sento di seguire maggiormente è quello all'ascolto che è essenzialmente quello di stampo umanistico-fenomenologico. Essa consiste nel mettere appunto al centro la persona nella sua unicità/totalità.

*Come trattare le richieste di aiuto delle persone?*

*Come costruire con loro i percorsi possibili?*

Io risponderai a queste due domande insieme, perché al principio c'è un elemento essenziale che poi comporta le sue conseguenze.

L'ascolto è la parola chiave. Potrei risultare ripetitivo ma spesso l'ascolto lo usiamo come parola da applicare un po' ovunque, può essere anche sottovalutata. Ascoltare non significa sentire, significa avere un ascolto attivo, carico di senso e non di accondiscendenza.

La relazione di cura secondo me dovrebbe essere intesa come accompagnamento in un percorso in cui la persona è l'agente principale in cui il cambiamento deve essere visto come positivo. Se la persona si sente protagonista della sua storia e primo responsabile dei suoi traguardi e delle sue scelte, sarà anche per lui più motivante pensare di evolversi. Se invece li mettiamo noi davanti a dei cambiamenti che sentiamo essere giusti per la persona, essa può anche non essere d'accordo, addirittura non aver mai considerato di voler cambiare un certo aspetto e da quello scontro di diverse esigenze non si arriva a niente. La persona potrà anche acquisirla ma non ne capirà mai il senso, per non appartiene a lui ma all'operatore.

Per questo motivo per permettere di vedere il futuro in modo positivo è necessario un vero e proprio ascolto, nonché un lavoro fatto insieme, nel quale entrambi le parti sono in chiaro e d'accordo sulla nascita del desiderio e sui conseguenti passi da seguire. È un lavoro che bisogna fare continuamente, ci deve essere una condivisione continua degli obiettivi concordati e non pensare che basti all'inizio e alla fine per verificare se sia stato raggiunto un certo obiettivo, come quasi a vistare la lista della spesa.

*Secondo te, che tipo di relazione c'è fra il contesto e l'intervento educativo?*

*Quanto riusciamo a far sì che il contesto locale accetti di investire risorse economiche e sociali per "stare" all'interno di situazioni di cui è difficile ipotizzare una risoluzione?*

Anche in questo caso, secondo me, l'ideale sarebbe una co-costruzione progettuale. Uno scambio continuo e reciproco fra professionisti e contesto. Entrambe le parti possono dare qualcosa all'altro che sfugge, entrambi si possono appoggiare.

La società fa fatica ad accettare il diverso ma Mendrisio sembra ormai abituata, porta alle spalle una storia importante della psichiatria e ancora oggi Casvegno è da esempio e spunti di riflessione per gli altri Ospedali Psichiatrici nel resto della Svizzera e in Italia.

Alcune di queste persone quando escono e vanno sul territorio, finiscono col tornare, si sentono sole e preferiscono stare in un luogo istituzionalizzato ma dove sono a contatto con la gente, che stare fuori ma abitati dalla solitudine. Questo accade perché non tutti sono in grado di riallacciare rapporti sociali ma anche dalla parte della società non c'è una vera propensione ad entrare nelle vite di alcuni di loro.

Bisogna rendere anche la società protagonista, non basta l'informazione, non basta aprire le porte e vedere persone con disturbi psichici in giro per le città, è necessario un lavoro più ampio che parte dalla base e che consiste principalmente nella partecipazione attiva delle persone in un processo di cambiamento.

## Manuela

*Ti è mai capitato di lavorare in una situazione statica nel tempo?*

*Se sì, come l'hai riconosciuta?*

*Quali sono stati i campanelli d'allarme?*

*Se no, cosa significa per te lavorare al CARL con persone croniche stabilizzate?*

Io lavoro qui dal 2010, ho fatto tutti gli studi fuori dalla Svizzera e mi sono specializzata in ambito psichiatrico e delle tossicodipendenze. Precedentemente ho lavorato in un Foyer e Centro Diurno che accoglievano anche loro persone con problemi psichici cronici. Lì c'era un gran movimento, nel Centro Diurno entravano tante persone, poi durante la formazione ho avuto modo di vedere tante cose diverse e c'era tanto da imparare.

Da quando sono arrivata qua, sono cambiate tante cose perché è cambiata l'équipe, ho visto tanti ospiti che ora non ci sono più, uno è anche uscito in un appartamento esterno. Quando sono arrivata avevo tante idee, ti viene in mente di mettere in pratica tutto quello che hai imparato ed era difficile per l'équipe accettarlo o almeno discutere di cambiamenti. Ad esempio le terapie che vengono preparate la notte è una cosa che non mi piace tanto, io proponevo di farle con gli ospiti che sono in grado, come adesso si fa con un ospite. Questo è successo cinque anni fa e non ha mostrato un grande riscontro, i colleghi rispondevano che dopo c'era più lavoro per noi e che fare una cosa del genere nel week-end quando siamo in pochi è difficile. Ma io non pensavo di farlo con tutti gli ospiti, però per alcune persone poteva essere interessante anche per riconoscere le terapie, per un eventuale futuro fuori, sarebbe bello che conosca già i suoi medicinali. Questa era una di quelle situazioni che sentivo che non si smuovevano, ora si è un po' iniziato ad introdurlo appunto con chi è più in grado. Un'altra cosa che trovo peccato sono i medici che cambiano continuamente o che non si riescono a trovare sempre. Dove ho lavorato prima si usciva per andare dal medico, era proprio un appuntamento fuori. Credo sia importante poter uscire fuori, e non avere tutto dentro. Qua è tutto troppo dentro.

*Che cosa ti fa pensare che queste situazioni siano rischiose?*

Finché le persone stanno bene o ti sembra che stiano bene non ti accorgi tanto. Comunque si lavora in modo da mantenere la condizione che fa stare tutti bene, pensando che vada bene anche per il curato. Bisognerebbe riflettere di più su questo, discutere dei casi. A questo proposito sento che ci sia una lacuna e sarebbe utile ad esempio avere una volta al mese una supervisione dei casi, dove si incontra tutta l'équipe con un mediatore esterno per lavorare sulle varie situazioni, non ogni tre, sei mesi o come adesso solo per l'équipe perché è indispensabile discutere di più sulle persone, anche se qualcuno sta bene vale la pena discutere se effettivamente è giusto andare avanti così,

parlarne anche di più con loro. Poi con gli anni è cambiata molto la nostra équipe. Quando sono arrivata qua agli inizi non avevo l'impressione che si lavorasse male, trovo che alcune cose debbano comunque rimanere statiche, organizzate, in particolare rispetto alle mansioni tecniche che hanno bisogno di un po' più di struttura. All'inizio era molto presente questo e credo che per gli ospiti è importante in tutto quel casino che hanno in testa e nella confusione dell'équipe, sia importante avere dei punti fermi.

Con le persone che hanno problemi psichici bisognerebbe lavorare proprio sulla struttura della giornata. Adesso per me li diamo troppe poche regole e a loro questo non fa bene e non li aiuta per il futuro. Non è direttamente collegato al concetto di staticità ma queste situazioni vanno comunque ad influire su come lavoriamo. Le regole in qualche modo smuovono il modo di lavorare, insegnano e permettono di evolversi. Io non penso che le persone croniche che sono qua, saranno per sempre qua perché c'è chi può uscire, anche se c'è chi vuole rimanere.

Un altro punto fondamentale è l'équipe, lavorando insieme si rischia di non vedere più certe persone, mi viene in mente alcune situazioni che sono più difficili in cui non si vedono cambiamenti e non si sa più come intervenire, e dopo a nostra volta ci demotiviamo anche noi, ci si chiede perché dopo tutto quello che si fa non succede nulla o l'ospite non gradisce. In questi casi ci vuole più che mai il sostegno dell'équipe, di specialisti interni, con i medici, la rete attorno. Per me questi progetti dovrebbero essere costruiti a più mani e non solo con ospite e operatore di riferimento considerando che con alcuni di loro è difficile interagire e che ti dicano qualcosa. Come nel caso di un'ospite di cui sono l'operatrice di riferimento, non è facile. Fosse per lei starebbe a letto tutto il giorno ma poi è da vedere quanto è il caso di spingere una persona. Devo dire che ci sono dei giorni che dipende anche dalla mia motivazione, se nemmeno io ho tanta voglia di uscire, faccio più fatica. Però poi bisogna riflettere su queste cose e riconoscere cosa c'è del tuo, delle tue caratteristiche personali in queste situazioni. So che lei non vuole uscire, ma non l'aiuta nemmeno stare in stanza e girare durante la notte senza dormire. Cosa l'aiuterebbe però non me lo dice.

*Cosa ti aiuta allora a rimanere attiva in questa situazione?*

All'inizio quando l'ho conosciuta mi sono detta che lei ha delle risorse. È stato interessante conoscere la sua storia e com'era prima di arrivare qua. Io in questi cinque anni comunque io l'ho vista in diversi momenti e per me può ancora cambiare. L'importante è che lei stia bene, anche se sta un po' più a letto. A me in questo momento non sembra però che stia bene. Per quello dico che bisognerebbe avere l'appoggio dell'équipe per vedere come proseguire.

*Quali sono, a tuo parere, le conseguenze sulla persona e sull'operatore di una situazione cronica?*

L'ospite perde ancora di più la voglia di fare e sente subito se l'operatore è demotivato. Potrebbe sentirsi meno importante, si accorge se gli vengono rivolte meno attenzioni. Loro sono molto sensibili e alcuni sanno anche quali sono i nostri punti deboli, mi viene in mente in particolare nelle tossico-dipendenze. Alcuni di loro sanno proprio dove puntare. A volte sento di fare fatica, per questo trovo bello essere in due operatori di riferimento per un ospite. Già in équipe è difficile trovarsi sempre tutti e discutere di ciascun ospite, ma almeno si può lavorare meglio se c'è un altro parere. Sento che un appoggio importante per non perdersi sia anche il confronto con gli altri, soprattutto quando con alcuni ospiti è difficile capire. Comunque abbiamo sempre la possibilità di cambiare l'ospite, e anche l'ospite può dire chi vuole avere come persone di riferimento. Quindi c'è anche questo cambiamento che si può sempre considerare.

*Come bisognerebbe secondo te avvicinarsi a una storia? Attraverso quali quadri concettuali e valoriali?*

Ti spiego prima della mia esperienza al Centro Diurno, le persone che stavano lì non erano tenute a dirci niente come il loro nome, la loro malattia... loro potevano liberamente entrare e stare, dovevano solo essere adulti maggiorenni. Questo veniva fatto per far sì che per loro diventi più facile entrare, chiedere aiuto, conoscersi. Così delle diagnosi non sapevamo niente a meno che non ce lo dicevano loro. Quando sono arrivata qui ho fatto la stessa cosa, non era importante leggere tutte le diagnosi, era interessante ascoltare loro, i loro racconti di vita. Ho notato che nella Cartella Informatizzata per alcuni ospiti mancavano tante informazioni, l'anamnesi era al massimo di tre righe. Allora bisogna chiedersi come fare a reperire altre informazioni magari a causa del fatto che l'ospite fa fatica a raccontare perché può essere molto angosciato quando deve ricordare il suo passato. Quindi a volte basta ascoltarli, in alcuni momenti della giornata, la sera o il pomeriggio, ti siedi con loro e ti raccontano frammenti della loro vita, episodi, esperienze... La mia modalità lavorativa è quella di entrare a contatto con loro nella quotidianità e con spontaneità, di non arrivare già con le idee, con degli schemi e vedere la persona malata. Ma vedere prima di tutto le risorse che hanno, non hanno solo la malattia, sono delle madri, dei padri, hanno fatto tante cose nella loro vita, non sono solo stati ricoverati in ospedale e basta ma avevano magari degli hobby, dei progetti. E questo può essere utile per tornare a cucire, ricamare, leggere. È una sorta di aggancio, più ci interagisci, più li conosci e più puoi costruire con loro, personalizzare i loro progetti.

Un altro mio valore è l'autonomia. È importante che tutto quello che sanno fare loro, venga fatto a loro. Quindi torniamo al fatto che chi è in grado di fare le sue terapie, permettergli di farlo, lo stesso per le mansioni di tutti i giorni. Farli fare da soli e non fare per loro troppe

cose, imparare ad aspettare. E con chi invece sembra non essere in grado, vedere se con il tempo si può acquisire, e se davvero ti devi sostituire provare il più possibile a farlo insieme. Non scoraggiarsi davanti al pensiero “Questo non lo sa fare, lasciamo perdere...”.

Su questo penso che dobbiamo davvero migliorare. È vero che in questi cinque anni ci sono state situazioni in cui io stessa mi sono domandata “Ma perché facciamo così?” ed è successo di provare delle novità e non ottenere niente ed entrare nel meccanismo in cui si pensa che ormai non valga più la pena riprovare dopo un po’ di tempo la stessa cosa perché era già fallita la volta precedente. Nel caso di un ospite venivano ad esempio controllate il dosaggio delle sigarette quotidiane, in passato si era già provato a lasciarli maggior gestione rispetto al fumo ma non funzionava allora siamo tornati al numero controllato. Ultimamente abbiamo di nuovo ritentato e stiamo vedendo come va, per ora funziona. In più un altro aspetto di questo ospite è che lui non ha mai visto il suo rendiconto perché il suo curatore, che è anche il fratello, diceva che tanto non lo capiva. Ma ho pensato che si poteva almeno provare a spiegarglielo, lui non è scemo. Poi ho pensato anche che per i famigliari dev’essere difficile dopo che hanno gestito le sue cose per trent’anni e hanno fatto tanto, è difficile cambiare le cose. Infatti anche la gestione dei soldi è cambiata qua, una volta si preparava proprio lo spillatico il giorno prima, ora questo non accade, nonostante il fatto che alcuni hanno una somma limitata da ritirare è bello che possano firmare durante la consegna, ma appunto ritengo che ci debbano essere degli orari stabiliti, delle regole, come le banche fuori, che non sono sempre aperte e bisogna accettarlo. Ma ci sono alcune cose che secondo me una volta andavano comunque bene, ad esempio il piano della doccia, è vero che non c’entrava niente ma adesso lasciare delle persone anche giorni senza doccia, con le unghie di dieci centimetri mi sembra troppo, la cura e l’igiene del corpo è importante. Una volta c’era un piano dove c’era scritto chi si occupava della ala sud e chi dell’ala nord. C’era più strutturazione, poi si cercava di garantire a chi aveva più bisogno fisicamente sempre qualcuno di già prefissato che andava da loro. Ovviamente se la mattina questo non era fattibile si poteva sempre cambiare ma questo metodo lo trovavo migliore rispetto alla griglia, dove ci ritroviamo alla mattina a discutere chi va da quale ospite, poi una volta si entrava in tutte le stanze ma poi è stato detto che faceva troppo ospedale. Ma io penso che entrare in alcune stanze a vedere abbia ancora senso, se hanno bisogno rispetto alla cura di sé, che io non penso sia solo infermieristico, è anche un momento di relazione, la cura della persona è importante per far sì che si sentano bene e vogliano uscire.

### *Come trattare le richieste di aiuto delle persone?*

C’è chi ha bisogno di aiuto, ma non te lo chiede. E poi ci sono i campanelli. Quando sono arrivata qua questi campanelli mi hanno irritato tantissimo perché è vero che ci sono persone che ne hanno bisogno ma poi c’è anche chi sta male e non li utilizza. Se noi già

sappiamo che una persona ha bisogno di aiuto perché sta male o perché fisicamente lo richiede, andiamo già di nostro a controllare, come abbiamo sempre fatto. Ma mi sembra che se questa è da considerarsi una casa a loro non può aiutare ad essere più autonomi la presenza dei campanelli. Vengono proprio abusati, ti chiamano per richieste futili come avere lo sciroppo. A un certo punto sai già che ci sono delle determinate persone che ti chiamano ad un certo orario e lì non corri più a vedere, non pensi più che sia un'urgenza. Questo è per dire che a volte bisogna fermarsi a capire quanto il bisogno è reale. Quando ti chiamano per avere lo sciroppo, forse il bisogno non è lo sciroppo, il bisogno è la relazione. A volte non viene esplicitamente dichiarato e noi dobbiamo interpretarlo. Poi ci sono quelle persone che non chiamano mai e lì è importante non dimenticarci di quelli che non "disturbano", le persone che sono tranquille non dobbiamo dimenticarle lo stesso perché non vuol dire che stanno bene anche se stanno tranquille. Forse sono poi loro che hanno più bisogno. Poi, la richiesta non deve essere per forza collegata a quello che chiedono. Magari tendono tramite una determinata richiesta a soddisfare un altro bisogno. Bisogna prendersi il tempo di ascoltare bene, chiedere i perché, se c'è qualcosa che manca in questo momento.

In più per me, questi nuovi turni dove si lavora anche fino alle 22.30 non ci hanno aiutato e secondo me neanche agli ospiti e alla loro autonomia. Noi non siamo dei *babysitter*, non siamo neanche animatori, siamo tante cose ma non possiamo fare animazione per ventiquattro ore, dobbiamo aiutarli a gestirsi e strutturarsi loro le sere. Può succedere di organizzare degli eventi, però che sia richiesto da loro e che venga utilizzato questo tempo. Ma intanto stare qui fino a tardi per me ha creato solo più bisogni. Non dovrebbe dipendere da noi il fatto che restiamo qui dal loro orario per andare a letto. In questo modo va poi a discapito del pomeriggio dove invece ci ritroviamo in pochi per poterli accogliere dopo il lavoro, accompagnarli agli appuntamenti, fare delle attività. Prima nella fascia pomeridiana eravamo anche in sei operatori e si aveva il modo di stare anche tanto con loro a parlare e ascoltare e ci si poteva meglio organizzare con i vari appuntamenti.

Quando ho iniziato a lavora qui c'erano degli educatori ma erano qua da tanto tempo e le cose funzionavano nello stesso modo da tempo. Poi sono arrivata io, una persona nuova, non è che volevo insistere tanto ma avevo tante idee e proposte, però non sono mai riuscita a fare tutto. In seguito sono arrivati anche tanti altri educatori, ed è da lì che penso che si è riuscito a smuovere tanto. E devo dire, facendo un'autoriflessione, che i cambiamenti sono più difficile rispetto al tenere le cose e faccio un po' fatica quando non vedo il senso del cambiamento. Secondo me avrebbe più senso lavorare sull'ospite invece che organizzare la nostra giornata, siamo noi gli ospiti qui e veniamo a lavorare per aiutarli. In ambito psichiatrico non si può organizzare tutto, può capitare che c'è qualcuno che sta male, degli imprevisti.

Per me ci sono delle cose "vecchie" che andavano bene e a mio parere se alcune cose funzionano non c'è bisogno di cambiarle. Quindi magari non abbiamo ancora capito come utilizzare in maniera giusta la griglia di lavoro ma secondo me mette solo più confusione.

*Come costruire con loro i percorsi possibili?*

Come ho ribadito anche prima, l'idea di coinvolgere più persone nella creazione dei progetti sarebbe interessante. A volte capita di ripetere i progetti perché non viene raggiunto l'obiettivo prefissato, è necessario poi interrogarsi sul perché non sia stato raggiunto, magari la persona ha in mente un progetto e noi abbiamo un'altra idea, quindi capire se l'obiettivo è chiaro per entrambi e valutare anche altri percorsi.

E si può sempre integrare anche la storia della persona nel progetto, personalizzarla, con le passioni, le loro motivazioni. A volte ci sono situazioni più difficili dove non si sa proprio più che fare e dove magari non c'è effettivamente il ruolo di chi è referente. Ogni tanto penso che non dobbiamo neanche aspettarci troppo, anche piccoli obiettivi possono fare un progetto.

*Secondo te, che tipo di relazione c'è fra il contesto e l'intervento educativo?*

*Quanto riusciamo a far sì che il contesto locale accetti di investire risorse economiche e sociali per "stare" all'interno di situazioni di cui è difficile ipotizzare una risoluzione?*

Da quando sono arrivata qui c'è una cosa che accade e che mi lascia ancora perplessa: dall'OBV arrivano lettere con su scritto CPC. Quindi nemmeno in OBV hanno capito che il CARL non è la Clinica. Io mi sono chiesta se ci fossero dei mezzi informativi dove viene spiegato con chi lavoriamo. Poi è vero che c'è la festa campestre una volta all'anno ma anche quotidianamente arrivano tante persone da fuori per sfruttare il parco e fanno passeggiate. Resta pur vero che quando dici di lavorare a Mendrisio per la gente Mendrisio è subito associata alla psichiatria. C'è questo stigma dove vengono tutti considerati solo matti ma non tutti sanno che è presente la Clinica, il CARL, la socioterapia e in che maniera si lavora. Io nel mio piccolo spiego a chi incontro e chi è curioso cosa facciamo tutto il giorno. Ci sono persone che fanno fatica a capire cosa facciamo, e quello ogni tanto è difficile anche da spiegare. Pure a noi può capitare di tornare a casa stanchi, dopo aver fatto tante cose e chiedersi "Ma cosa ho fatto oggi?!", non è che si vede un risultato concreto, magari hai dovuto ascoltare una persona che stava male.

E forse è meglio così, perché se si potesse spiegare quello che facciamo vorrebbe dire che è sempre tutto uguale.



## Domenico

*Ti è mai capitato di lavorare in una situazione statica nel tempo?*

*Se sì, come l'hai riconosciuta?*

*Quali sono stati i campanelli d'allarme?*

*Se no, cosa significa per te lavorare al CARL con persone croniche stabilizzate?*

È una riflessione interessante perché, da qualche parte se devo pensare anche alla mia storia professionale, del fatto che sono qui ormai da 25 anni, tutto sommato io ho pensato di puntare sempre su una certa costanza, e già come caratteristiche personali probabilmente preferisco impegnarmi in qualcosa e portarla avanti piuttosto che cambiare continuamente. Però il discorso della costanza e dell'accompagnare, come del resto ci capita di fare qua, con delle persone quotidianamente, non ancora coincide per forza con una staticità. Nel senso che ho comunque potuto accompagnare nel corso degli anni alcune persone, le ho anche viste invecchiare, come sono anche invecchiato io e però nella loro storia, e pure una storia istituzionale senza grandi variazioni, in realtà poi ci sono tanti accadimenti del quotidiano che non hanno a che fare con la staticità ma che a volte portano anche a dei momenti di crisi, a dei momenti di felicità e quindi probabilmente abbiamo bisogno di semplificare sempre molto, comunque di creare delle categorie e quindi uno pensa "il grande cambiamento quale può essere?" Quello di uscire ancora sul territorio ad esempio. In realtà credo che la ricerca sia quella piuttosto di un equilibrio, un equilibrio che però sappiamo che non è mai statico, anche per tutti noi è qualcosa sempre di dinamico. È per quello che il concetto di cronicità ogni tanto ci va stretto. È una definizione che non rispecchia a pieno la realtà e la complessità degli individui nella vita di ognuno.

*Quindi, se dovessi pensarci, non come diretto interessato, ma a dalle esperienze anche di osservazione che hai fatto negli anni con i colleghi, non ti risultano situazioni di vita che ti senti di definire "ferme nel tempo"?*

No, è comunque uno scorrere del tempo, un andare avanti insieme, magari non con grossi cambiamenti ma nemmeno sempre uguale.

*E rispetto invece all'intervento degli operatori?*

Ci sono degli operatori che a volte nascono un po' vecchi. Trovo che alcuni non riescono ad abbandonare, forse per questioni di rassicurazione, dei dettami, delle cose ricevute venti, trent'anni fa e procedono così pensando che da qualche parte la realtà istituzionale sia sempre uguale, con il rischio poi di irrigidirsi e non vedere cambiamenti che invece ci sono e ci sono stati. L'OSC di adesso è sicuramente molto diverso dell'OSC di vent'anni fa

e anche il lavoro da qualche parte deve riadattarsi. Quindi è vero, abbiamo bisogno di mantenere dei punti fermi però anche cercando di lasciare uno spazio per i cambiamenti... e quello ogni tanto si fa un po' fatica, comunque è meno rassicurante.

*Secondo te nascono dei rischi lavorando con la cronicità? Tu hai parlato di rigidità e di rimanere fermi a dei pilastri...*

Si, oppure di non riuscire più a vedere le sfumature, le piccole cose che cambiano, dare per scontato il quotidiano.

*Ti vengono in mente esempi pratici a questo proposito?*

Si, il rischio è quello di sostituirsi a volte rispetto a degli ospiti, a delle loro capacità perché diamo per scontato che non siano in grado. E poi ci sono tanti pregiudizi rispetto alle persone che hanno a che fare rispetto al conoscere la loro storia, quella che era chiamata anamnesi. E da lì non guardare la persona che si ha di fronte ma dare per scontato che le cose non sono in grado di farle. Come ad esempio, se uno finora non è riuscito ad avere una buona gestione economica, si continua ad andare avanti così senza che la persona possa reimparare, o che si possa provare ancora. Probabilmente non tentiamo spesso per eccessiva prudenza o perché diamo già per scontato che saremmo di fronte a un fallimento e quindi non proviamo più alcune cose.

Quando sono arrivato a lavorare qui, ho trovato delle cose che mi rattristavano molto, delle abitudini quotidiane molto molto croniche. Addirittura lo spillatico veniva preparato il giorno prima e quindi trovavi i soldini per ognuno già fuori dalla cassa. Erano tutte delle semplificazioni per rendere semplice e lineare il lavoro degli operatori, però non permettevano nemmeno di entrare più in discussione rispetto ad esempio la persona che ti dice "Oggi ho bisogno di un franco in più perché devo comprarmi l'accendino"... ti ritrovavi i tuoi tre franchi confezionati. Oppure c'erano anche delle chiusure di armadi perché si dava per scontato che la persona comunque gli avrebbe messi in disordine in cinque minuti. L'utilizzo del soggiorno era limitato e bisognava in qualche modo prenotarlo e in genere veniva usato di più dagli operatori che dagli ospiti. Quindi veramente c'è un grosso pericolo che passa attraverso la semplificazione. Credo che la strategia giusta sia quella di accettare la complessità del lavoro, anche se poi è più impegnativo, però è anche meno a rischio di demotivazione, insomma rende un po' più interessante il lavoro stesso.

*Quali sono, a tuo parere, le conseguenze sulla persona e sull'operatore di una situazione cronica?*

Le conseguenze possono sicuramente essere gravi, nel senso che uno non crede più nelle sue risorse e va a coincidere un po' con la sua malattia.

Stavo pensando a quello che diceva cinque minuti fa un signore che voleva quasi rassicurarsi sul fatto che tutti lo vedono peggiorato. In campo psichiatrico la cosa destabilizzante è proprio il fatto che non sei confrontato con una malattia quantificabile o tangibile e allora da qualche parte devi fartene una ragione ma non è così semplice e va a finire che probabilmente già le persone che si trovano qui come ospiti si autolimitano pur di avere almeno un'identità, un ruolo che spesso però coincide con la malattia e non con tutte le loro potenzialità. Ecco, lì dovremmo proprio ogni giorno interrogarci e stare attenti, cercare di vedere sempre anche la parte che può cambiare, positiva, propositiva.

Il rischio poi per l'operatore penso che sia quello di demotivarsi e se ti confezioni un quotidiano sempre uguale fatto di piccole cose sempre uguali e ti rassegni un po' alla cronicità tua e altrui, diventa veramente pesante e poco stimolante: tempo fermo. Probabilmente anche il tempo di lavoro sembra più lungo, hai un vissuto molto diverso, non ti esponi più allo stupore dei cambiamenti, delle possibilità, a volte anche delle cose un po' incasinate ma che poi producono e portano anche a degli aspetti positivi.

*Come bisognerebbe secondo te avvicinarsi a una storia? Attraverso quali quadri concettuali e valoriali?*

Già parlare di storia di vita e non di anamnesi è davvero una bella differenza, nel senso che c'è un approccio molto diverso, vuol dire che tu come operatore ti poni all'ascolto di quella che può essere una verità soggettiva. Nella storia di vita, quello che una persona racconta, è il suo modo di aver letto la vita e in qualche modo possono arrivarti anche degli accadimenti, delle storie che non per forza sono realmente accadute che per la persona sono quei contenuti importanti che fanno parte anche dei loro affetti, delle emozioni. E quindi sicuramente l'approccio è quello dell'ascolto, il più possibile non giudicante, costruire e ridare un po' di dignità a quella che è la vita di una persona nonostante tutte le sue fatiche. Penso che il nucleo sia quello.

*Nel momento in cui ci si avvicina alle storie di queste persone con un ascolto attivo, in qualche modo fanno anche delle richieste, di aiuto o bisogno. Come trattare le loro richieste?*

È una domanda difficile questa, nel senso che la grossa difficoltà nella pratica quotidiana è quella di riuscire a rispondere puntualmente alle piccole richieste, nel nostro operato trovo che ci sia comunque bisogno di una certa capacità organizzativa, perché altrimenti ci si fa travolgere proprio dalle cose puntuali e poi ti lascia quel senso di non partire mai ma di tamponare solamente una situazione. Quindi, la richiesta non è male se tu riesci ad inserirla in quello che è, se si vuole parlare di progetto, non a tutti piace, però quello che può essere progetto di vita, quindi: "Mi stai facendo questa richiesta, sappiamo che tu vuoi arrivare a quel punto lì, ad esempio quest'anno vuoi tornare a vivere sul territorio. Quella

richiesta come l'affrontiamo? Quanto bisogno hai di me? Quanto bisogno hai che ti affianco? O se hai bisogno già di rispondere tu". Quindi più che un'interpretazione è un lavorarci insieme. Ritornerei a quello che dicevamo durante il Focus Group, il discorso dell'intenzionalità. Se c'è un incontro di intenzioni da parte dell'operatore e della persona, quello è il modo giusto per iniziare perché perlomeno hai un linguaggio comune e da lì puoi partire per fare o non fare quello, per valutare se sia opportuno dare subito una risposta.

Spesso mi capita di sentire: "Sono stufo di star qua, voglio andarmene" però probabilmente non c'è un reale progetto, neanche la persona si vede così pronta a vivere da sola da qualche altra parte, però il diritto di poter esprimere a volte anche la rabbia, la frustrazione rispetto alla propria condizione è qualcosa che spesso esce e non per forza poi bisogna concretamente fare delle cose "per".

*Come costruire con loro i percorsi possibili? Con quali sentimenti e aspettative?*

In questi anni ho capito che l'importante è fare delle esperienze ma non viverle e non farle vivere come un fallimento perché pensare di aver fallito su qualcosa non aiuta poi a riprovarla, anzi è quasi un giudizio negativo. Quindi pensare che sia nell'ordine dell'esperienza e il più possibile che sia un obiettivo fissato dalla persona o con la persona. Spesso si fa l'errore di concentrarci sulle cose problematiche, vogliamo ad esempio che una persona aumenti le sue capacità a livello di igiene personali, poi magari scopriamo che a quella persona non è che interessa molto, oppure addirittura il fatto di non provvedere è un meccanismo di difesa per qualcos'altro. E quindi ci esponiamo un al fallimento perché scegliamo un sentiero, una via che non è condivisa. È sempre un po' un compromesso tra il riuscire a far sì che un percorso di vita sia accettabile anche dal punto di vista dei parametri sociali e invece quello che sono le aspirazioni della persona.

*Secondo te, che tipo di relazione c'è fra il contesto e l'intervento educativo?*

*Quanto riusciamo a far sì che il contesto locale accetti di investire risorse economiche e sociali per "stare" all'interno di situazioni di cui è difficile ipotizzare una risoluzione?*

Anche qui c'è una sorta di ambivalenza nella nostra figura professionale, da qualche parte siamo un po' complici di un certo tipo di società che vuole segregare le persone con un disagio psichico e quindi esiste un istituto apposito. In realtà però è un istituto aperto, permeabile, con un parco dove arrivano delle persone, con le porte aperte e con la possibilità di uscire. La sfida quotidiana è quella di cercare di superare i pregiudizi e le paure di ognuno. È molto utile accompagnare le persone anche al di fuori dell'istituto. Un'esperienza utile è stata quella dell'operatore cerniera, il CARL ha previsto e ci sono stati degli anni dove si andava a parlare con chi gestisce i bar, supermercati, le zone frequentate, capire se ci sono dei problemi, lasciare il recapito. Quindi sottolineare la

possibilità di una collaborazione anche rispetto a delle situazioni che mettevano in difficoltà per momenti di aggressività o richiesta di soldi, eccetera...

*È successo anche a me durante questi mesi di rispondere alle chiamate della cassiera AGIP di Mendrisio che chiedeva aiuto.*

Ecco, in quel caso, l'AGIP ha capito che c'è un referente, quindi non chiamano subito la polizia o l'ambulanza ma prima fa un tentativo. C'è il riconoscimento di una realtà e tutto sommato Mendrisio è sempre stato abituato, l'ospedale c'è da fine ottocento, quindi addirittura quando si dice andare a Mendrisio è sinonimo di andare al manicomio, quindi è già una microsocietà un po' abituata al confronto con persone che manifestano delle stranezze comportamentali. E ci sono tante persone anche disposte a capire e collaborare anche se non è mai semplice.

*Pensi che ci sia una relazione con la rappresentazione di chi invece lavora qui?*

Il fatto che in qualche modo gli ospiti del CARL abbiano trovato una sorta di equilibrio, permette a loro meglio un confronto con il territorio. Se penso ora alle degenze in Clinica sono brevi, sono acute, quindi non hanno a che fare con la cronicità però sono molto più destabilizzanti. Nel senso che è una Clinica sempre più Clinica, c'è proprio un'ospedalizzazione dove non si esce, c'è una cura farmacologica, e se si esce, si è esposti anche a delle difficoltà grosse che magari sono date proprio dalla cura farmacologica pesante, mentre se penso a delle persone che abitano qui ormai da decenni al CARL, sono delle persone che comunque hanno delle frequentazioni a volte in ambito territoriale come ne avrebbe chi cronicamente abita in un appartamento. Quindi da quel punto di vista non è così male. Ci sono delle persone che sono qua da quarant'anni e quindi un pochino casa è diventata. Il tempo a volte aiuta rispetto alla risocializzazione.