

SUPSI

Una *Caring Community*

Rappresentazioni, riflessioni e pratiche nel Servizio di prossimità di Ingrado

Studentessa

Céline Mélanie Casartelli

Corso di laurea

Lavoro sociale

Opzione

Educatrice sociale

Progetto

Tesi di Bachelor



Die Landschaft des Parks

Tratto da: <https://www.istockphoto.com/de/vektor/die-landschaft-des-parks-gm1128899212-298021516>

Luogo e data di consegna

Mendrisio, 15.07.2022

STUDENTSUPSI

*“Recentemente ho preso il mare
per visitare l’isola di Utopia che,
mi è stato detto,
costituisce un Luogo Perfetto dove vivere.
Purtroppo non ho potuto trovare questa terra
in Nessun Posto.
Tuttavia, sulla strada del ritorno,
casualmente mi accade di vedere
la vicina isola di Agathotopia,
i cui abitanti non rivendicano certo la perfezione
dei loro ordinamenti sociali,
ma asseriscono che la loro contrada è un
Buon Posto dove vivere”.*

(James E. Meade)¹

Un grazie alla mia famiglia e alla famiglia del mio compagno, per avermi sempre sostenuta nel mio lungo percorso.

Un grazie agli amici comprensivi, per esserci sempre stati.
Grazie per avermi aiutata, incoraggiata e dato forza, fino alla fine.

Un grazie ai compagni che hanno condiviso con me questi anni costellati da gioie e preoccupazioni, ma che sono stati preziosi e che ci hanno cambiati, cresciuti. Un grazie ai Professori, ed in particolare ad Andrea Banfi, per avermi mostrato la via.

Un grazie agli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado, che sono stati accoglienza, gentilezza e grandi insegnanti di strada.

E un grazie a te, amico, amore e compagno di viaggio, per avermi aspettata pazientemente ed essere stato al mio fianco in ogni momento.

L’autrice è l’unica responsabile di quanto contenuto nel lavoro.

¹ Meade, J. E., citato in Devastato, 2016, pag. 23.

Abstract

Il presente lavoro di tesi (LT) si prefigge di esplorare le rappresentazioni degli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado-Viganello, un'unità di lavoro di strada nell'ambito della "riduzione del danno" che opera sul territorio luganese, in merito alla "comunità curante" ("Caring community") e alla funzione di *care* che essa può svolgere nel sostegno di persone con problematiche di dipendenza. Lo sguardo utilizzato si concentra prevalentemente sulla comunità informale e sulla raccolta di riflessioni degli operatori di prossimità (OP) riguardo al tema del coinvolgimento e dell'integrazione della comunità informale nelle loro pratiche di intervento. L'indagine condotta si prefigge anche di valorizzare quanto già messo in atto dagli OP in questo senso, cogliendo, infine, ipotetiche piste di sviluppo di pratiche future. Da un punto di vista teorico, il presente LT si rifà alla visione della "Caring community" e i principali autori di riferimento sono Andrea Zampetti, Elvio Raffaello Martini e Alessio Torti e, in ultimo, Martin Blumer.

Per quanto riguarda la metodologia e gli strumenti utilizzati, si è proceduto, innanzitutto, alla scelta del tema e alla formulazione di un progetto di indagine attraverso la lettura delle opere sopraccitate ed il confronto con gli OP e con il docente di riferimento. In seguito, è stata realizzata un'intervista semi-strutturata, somministrata ai tre operatori dell'équipe del Servizio di prossimità, allo scopo di rispondere alla domanda posta dal presente LT. I risultati ottenuti sono stati organizzati in una tabella, ciò che ha permesso di procedere a un'analisi tematica e, parzialmente, comparativa. Sulla base di quanto così rilevato, è stato possibile costruire l'indice della dissertazione e ricercare ulteriori elementi di approfondimento teorico.

Dall'analisi dei risultati è emerso che nelle rappresentazioni degli OP la "comunità curante" è composta sia da attori formali che informali, che possono svolgere una funzione di *care*, ovvero di "cura" e di "prendersi cura" nel senso più ampio del termine. L'apporto che possono fornire queste due tipologie di attori nel sostegno di persone con problematiche di dipendenza è ritenuto complementare; ne risulta che da una loro integrazione potrebbero beneficiare gli utenti, l'operato degli OP e la comunità informale stessa. L'accento è stato messo anche sull'importanza di promuovere una comunità che accetti, integri e includa maggiormente l'utenza malgrado le differenze, riconoscendola e prendendosene cura, poiché questo ha un impatto positivo sulla salute, sul benessere e sulla qualità di vita di chi vive una condizione di dipendenza, fragilità ed esclusione sociale. Gli OP concordano, di conseguenza, sul fatto che sia importante svolgere un lavoro sulle rappresentazioni sociali del fenomeno delle dipendenze, promuovendone una maggiore comprensione da parte della popolazione. Nel rispetto del segreto professionale e della privacy dell'utente, gli OP contemplano nelle loro pratiche di intervento attuali alcune azioni che coinvolgono la comunità informale. Al contempo, emerge un desiderio di implementarle. Tra le possibili piste di sviluppo per le loro pratiche future, gli OP hanno esposto alcune proposte: accrescere le pratiche di mediazione tra l'utenza e la comunità informale, svolgendo un ruolo di "mediatori di comunità" a fronte di possibili situazioni conflittuali e nel sostegno delle relazioni; introdurre metodi di animazione di comunità per favorire l'incontro, la condivisione e l'integrazione di persone con problematiche di dipendenza nella comunità informale; e, infine, creare un'associazione che possa "ridare" voce all'utenza, promuovendone una partecipazione attiva e una responsabilizzazione.

Sommario

1. Introduzione.....	1
2. Descrizione del contesto	2
2.1. Il Servizio di prossimità di Ingrado	2
2.2. L'utenza	5
3. Revisione della letteratura.....	7
3.1 Il concetto di "comunità": quale definizione?	7
3.2 La visione della " <i>Caring community</i> "	10
3.3 Il rapporto tra salute e reti sociali	12
3.4 Le rappresentazioni	14
4. Obiettivi e metodologia	15
5. Dissertazione.....	17
5.1 Rappresentazioni degli operatori sulla "comunità curante"	17
5.2 Riflessione critica.....	21
5.2.1 La complementarità tra attori formali e informali	21
5.2.2 Lo stigma delle persone con problematiche di dipendenza.....	24
5.2.3 La gestione dell'informazione	27
5.3 Pratiche di intervento e possibili sviluppi.....	28
5.3.1 Le pratiche attuali	28
5.3.2 Possibili piste di sviluppo e integrazione	30
7. Conclusioni.....	33
Bibliografia.....	36
Allegati	39

1. Introduzione

L'idea del presente lavoro di tesi (LT) nasce, inizialmente in altre forme, dalla lettura di alcune tesi di Bachelor in lavoro sociale² relative a contesti di pratica formativa nell'ambito delle dipendenze. In queste indagini emergevano il vissuto di solitudine, l'isolamento e l'emarginazione di persone con problematiche di dipendenza, sia nelle parole degli operatori sociali che nelle testimonianze degli utenti. Alcuni di essi riportavano, infatti, di sentirsi giudicati dalle persone "esterne", che non conoscono il fenomeno delle dipendenze ed hanno un'idea sbagliata dei "tossicodipendenti", così come di desiderare una maggior integrazione nel tessuto sociale. La tesi di Jaccard (2019), terminava lasciando aperta la questione di come poter implementare il territorio per migliorare la qualità di vita degli utenti e di come accrescere la pratica degli operatori in questa direzione (p. 34). Questo tema è stato ritrovato anche all'interno del libro di Zampetti (2016), uno dei principali riferimenti teorici su cui si basa il presente LT, declinato però nell'ottica di lavoro di strada, del quale l'autore illustra le potenzialità. Inoltre, durante gli incontri di avvicinamento allo *stage* del terzo anno SUPSI in Lavoro sociale presso il Servizio di prossimità di Ingrado-Viganello, dove ho avuto la possibilità di svolgere la mia ultima pratica formativa, mi è stato riportato da un operatore di prossimità (OP) che, nelle loro pratiche, essi utilizzano anche un "approccio di comunità", lavorando a contatto con attori informali presenti sul territorio.

Questi elementi hanno acceso e rinforzato la mia idea di cogliere l'interrogativo lanciato da Jaccard, prendendo come punto di partenza l'ipotesi che non sia sufficiente lavorare con il singolo ma che serva influire anche sui contesti per produrre un cambiamento. Rispetto a questo, gli OP si trovano, a mio avviso, in una posizione privilegiata, poiché non lavorano unicamente all'interno di un Servizio, con l'utenza e sul territorio, ma anche nel territorio e incontrando la comunità informale. Quest'ultimo termine è stato scelto pensando ai vari moduli svolti nel corso della formazione, in cui venivano illustrate pratiche di lavoro di comunità, reputate importanti per rispondere alla crisi del welfare e migliorare l'efficacia delle politiche sociali, favorendo comunità resilienti e che si autopromuovono (Martini & Torti, 2005). Tuttavia, il mandato del Servizio di prossimità di Ingrado-Viganello non è specifico al lavoro di comunità ma alla riduzione del danno. Perciò, ho deciso di adottare uno sguardo più ampio, interrogandomi sul se e come sia possibile promuovere una "Caring community", quindi una comunità che cura e che si prende cura anche delle sue parti più fragili. Per rispondere a questo interrogativo, ho scelto di partire dalla base, ovvero dall'esplorazione delle rappresentazioni degli OP in merito alla "comunità curante" e dalla valorizzazione delle loro attuali pratiche di intervento che coinvolgono attori comunitari. Arricchendo il discorso a partire dalle loro riflessioni, lo scopo è anche quello di raccogliere ipotetiche piste di sviluppo di pratiche future.

Di conseguenza, la domanda di indagine che si pone il presente LT è la seguente: **"In che modo gli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado si rappresentano la "comunità curante" e la sua funzione di care in rapporto all'utenza specifica e, valorizzando le**

² Jaccard, S. (2019). *Bassa soglia: La ricerca dei bisogni attraverso l'immaginario e le rappresentazioni* [Tesi di Bachelor, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)]. <https://tesi.supsi.ch/2887/>;

Vanini, Y. (2019). *Il re-inserimento sociale, occupazionale, professionale e abitativo dell'utenza in procinto di dimissione dal Centro Residenziale Ingrado: Un percorso in condizioni di fragilità e precarietà* [Tesi di Bachelor, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)]. <https://tesi.supsi.ch/2906/>.

riflessioni emerse e le pratiche di intervento attuali degli operatori, cogliere delle possibili piste di sviluppo”.

Dopo aver fornito una prima contestualizzazione del Servizio di prossimità di Ingrado-Viganello, il presente lavoro si concentrerà sulla definizione del concetto di “comunità” e della visione della “Caring community”, aggiungendo alcuni elementi teorici relativi al rapporto tra salute e reti sociali e al tema delle rappresentazioni. In seguito, addentrandosi nella dissertazione, verranno illustrate le riflessioni degli operatori ritenute maggiormente significative per la tematica, come pure le loro attuali pratiche di intervento in relazione al coinvolgimento della comunità informale nel loro operato quotidiano. Si passerà, infine, a esporre alcune ipotetiche piste di implementazione o di sviluppo e integrazione per le pratiche future. Il presente LT si vuole esplorativo, senza la pretesa di esaurire l’argomento o di proporre un tentativo di modellizzazione.

2. Descrizione del contesto

2.1. Il Servizio di prossimità di Ingrado

Il Servizio di prossimità di Ingrado si inserisce all’interno della proposta di servizi offerta dal centro di competenza *Ingrado – Servizi per le dipendenze* (di seguito, Ingrado), che opera sul territorio ticinese nell’ambito delle problematiche di dipendenza e di consumi a rischio di sostanze psicoattive, come pure di nuove dipendenze (Ingrado, s.d. - b). Questo può avvenire grazie al riconoscimento e a una serie di autorizzazioni all’esercizio, ricevute in virtù di differenti dispositivi legislativi a livello federale e cantonale. Inoltre, il centro di competenza orienta la sua azione conformemente alla politica svizzera in materia di dipendenze e alla Strategia nazionale dipendenze 2017-2024 (Ufficio federale della sanità pubblica - UFSP, 2015). Si tratta della cosiddetta “Politica dei 4 pilastri”, entrata in vigore nel 2011 con la modifica della Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (LStup), che regola le politiche di Confederazione e Cantoni in materia di dipendenze, articolandole attorno a 4 aree di intervento: prevenzione; terapia e reinserimento; riduzione dei danni e aiuto alla sopravvivenza; controllo e repressione (LStup 812.121, 2021, Art. 1a; Ingrado, s.d. - b). Nello specifico, Ingrado propone, in particolar modo, prestazioni di prevenzione secondaria e terziaria (quindi relative al secondo e al terzo pilastro) di tipo ambulatoriale, semi-stazionario e residenziale a persone con problematiche legate alle dipendenze, optando per un approccio bio-psico-sociale e multi/interdisciplinare, grazie alla compresenza di differenti professionalità e settori di intervento (Ingrado, s.d. - a). Il Servizio di prossimità è infatti integrato nella sede di Viganello, dove sono presenti anche un Consultorio sostanze, il settore della Medicina delle dipendenze e il Centro di accoglienza diurna di bassa soglia (CAD), con cui la collaborazione è assidua.

Ingrado ha concretizzato il mandato di prestazione concernente l’istituzione di un Servizio di prossimità, conferitogli dal Comune di Lugano, tramite l’assunzione di tre operatori di prossimità (OP) (Municipio della Città di Lugano, 2021). Nel quadro dei numerosi compiti previsti dal loro mansionario, gli OP svolgono quotidianamente attività di sostegno all’utenza a livello psicosociale, amministrativo-burocratico e organizzativo, come pure di supporto e facilitazione nella gestione della rete formale e di accompagnamento presso i servizi

sociosanitari sul territorio. Inoltre, l'operato del Servizio di prossimità è principalmente caratterizzato, in ragione della sua essenza, da pratiche di *outreach work*, quindi da quello che viene comunemente chiamato "l'andare verso": "cioè non è l'utente che va nell'istituzione ma è l'operatore, quindi a sua volta l'istituzione, il servizio sociale, che va nei luoghi di vita delle persone" (OP2, Allegato 3, dom. 1). I professionisti escono quindi dal servizio per incontrare i beneficiari e svolgere la propria azione professionale direttamente nei luoghi di aggregazione e di vita delle persone, all'interno di contesti informali *extra muros* in cui si esprimono quotidianità, relazioni e vita sociale, come anche disagio, devianza e marginalità (Zampetti, 2016). Inoltre, questa forma del lavoro sociale presenta il vantaggio di evitare di separare gli interventi e i progetti dal contesto di appartenenza delle persone, tenendo in considerazione anche la dimensione socio-ambientale dei processi di rischio e marginalità (Devastato, 2001). In quest'ottica, gli OP agiscono in quelle che possono essere definite due tipologie di *outreach work* (Zampetti, 2016):

1) Il lavoro di strada (*detached outreach*)

Nel profilo professionale e nelle pratiche lavorative degli OP si ritrovano, di conseguenza, tutte le peculiarità proprie a questa specifica modalità di lavoro, che si svolge sul territorio, negli spazi pubblici di vita e di aggregazione frequentati dall'utenza. Tratti caratteristici sono, ad esempio, la flessibilità, l'autenticità, l'informalità, la presenza di un *setting* relazionale da costruire e negoziare al di fuori dell'istituzione, la facilità di accesso al servizio (bassa soglia), l'intenzionalità, la progettualità e la necessità di conoscenze sociologiche, di lavoro sociale, comunicative e relative alla specificità della popolazione target (formazione *ad hoc* per l'approccio di riduzione del danno) (Santamaria, 1998).

Il lavoro degli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado si articola, inoltre, attorno a 5 fasi successive e circolari, condivise da tutti i modelli di lavoro di strada (Zampetti, 2016): la mappatura del territorio sul quale si vuole operare; il contatto e l'aggancio con l'utenza; la creazione di una relazione significativa con singoli e gruppi, che permette di gettare le basi per la costruzione di micro-progettualità; il lavoro di rete; e, infine, il distacco (vedi Allegato 6, pagg. 97-100, per maggiori precisazioni). Per quanto riguarda, invece, i modelli di lavoro di strada, si rileva che ne esistono differenti tipologizzazioni a seconda degli autori e dei criteri/aspetti selezionati (Santamaria, 1998). Il presente LT riprende la proposta riportata da Zampetti (2016), che suddivide le tipologie di lavoro di strada per situazione sociale, target, finalità e mandato sociale. Ne risultano i modelli seguenti, le cui principali caratteristiche sono riassunte nell'Allegato 7 (p. 101): il modello di educativa di strada, il modello di animazione di strada, il modello della mediazione sociale, il modello di sviluppo di comunità e il modello della riduzione del danno. Sebbene ognuno di questi presenti le proprie specificità, è importante sottolineare che il confine tra di essi non è invalicabile. Anzi, questi modelli sono fortemente legati tra loro e possono essere guardati ed utilizzati in modo integrato, in funzione delle differenti situazioni e delle necessità (Santamaria, 1998).

Il modello specifico di lavoro di strada in cui si inserisce il Servizio di prossimità di Ingrado è quello della riduzione del danno, in accordo con la "Politica federale dei 4 pilastri". Si rivolge, perciò, principalmente a un'utenza in stato di forte emarginazione, e più precisamente a una popolazione con problematiche di dipendenza da sostanze psicoattive (legali e non), che produce un allarme sociale e che non frequenta, non vuole frequentare o vuole farlo solo marginalmente, strutture o servizi tradizionali. Tramite la presenza e il monitoraggio nei

luoghi in cui si verificano fenomeni di consumo e di spaccio, gli OP incontrano le persone e cercano di intercettare e far emergere bisogni, situazioni e fenomeni che spesso rimangono nascosti o che non arrivano alle istituzioni (utenza e bisogni sommersi o invisibili) (OP2, dom. 1; Zampetti, 2016). La principale finalità di questa tipologia di intervento è quella di ridurre i danni e i rischi fisici, psichici e sociali connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive, tramite la sensibilizzazione e la promozione di comportamenti meno nocivi per l'individuo e per la popolazione, ma anche facilitando l'accesso ai servizi di cura alle persone con problematiche di dipendenza, al fine di favorirne una stabilizzazione dello stato di salute (UFSP, 2015). Gli OP, quindi, si recano negli spazi pubblici frequentati dall'utenza *“con una motivazione importante, quella di orientare le persone verso i servizi che possono poi prendersi cura o dare loro gli aiuti, le informazioni, le cure, ... che hanno bisogno”* (OP3, Allegato 4, dom. 1), svolgendo così una funzione di “ponte” tra le persone e i servizi.

Un altro aspetto cruciale nella riduzione del danno è quello dell'aiuto alla sopravvivenza, ovvero il fatto di garantire una risposta ai bisogni primari dei beneficiari, al fine di aumentarne la speranza di vita, quale premessa di fondo per l'avverarsi di un eventuale cambiamento e di una presa a carico più strutturata. Come emerge dalle interviste (OP1, Allegato 2, dom.1; OP2, dom. 1), tuttavia, le garanzie assistenzialistiche dello Stato rendono la necessità di fornire una risposta ai bisogni primari dell'utenza meno pressante, mentre rimane centrale l'aspetto legato alla cura della salute. Il lavoro dell'OP è molto relazionale e volge a proporre un accompagnamento e un sostegno di vita, non per forza focalizzato sull'astinenza, ma piuttosto sull'aumento della qualità di vita della persona (salute, abitazione, ...), malgrado la sua dipendenza. La Strategia nazionale dipendenze (UFSP, 2015) recita infatti: *“Scopo della riduzione dei danni è consentire agli interessati di mantenere una qualità di vita tale da condurre un'esistenza qualitativamente buona e possibilmente indipendente e priva di disturbi, nonostante il loro attuale comportamento a rischio e la loro dipendenza, e questo per aiutarli ad intraprendere in futuro la via della terapia o della disassuefazione”* (p. 27), ciò che potrebbe però, realisticamente, non verificarsi.

Infine, la presenza degli OP sul territorio favorisce anche l'identificazione di fenomeni, comportamenti a rischio o bisogni nelle fasi iniziali, facilitando, di conseguenza, anche la possibilità di un intervento precoce (Ingrado, s.d. - c).

2) Sostegno abitativo (domiciliary outreach)

Si tratta di interventi svolti a domicilio, laddove possono esprimersi bisogni e disagi che rimangono, però, meno evidenti, poiché spesso nascosti all'interno della sfera privata della persona (Zampetti, 2016). Nello specifico, si fa riferimento a un progetto promosso dal Canton Ticino, che ha lo scopo di favorire l'autonomia e il mantenimento a domicilio, a lungo termine, di persone con problematiche di dipendenza cronica e altre difficoltà, che non è possibile collocare in nessuna struttura presente sul territorio. Inizialmente, questa prestazione è stata concepita per un target di persone over 50, quindi anche soggette alle conseguenze dell'invecchiamento. A differenza del lavoro di strada, all'interno di questo progetto non si tratta di agganciare le persone ma di mantenere e supportare un percorso di presa a carico già esistente. Sono le modalità di lavoro e le caratteristiche della figura dell'operatore di strada a rendere gli OP molto atti a sviluppare questa tipologia di interventi (OP3, dom. 2). Capita, infatti, che nel quadro delle loro attività territoriali, gli operatori svolgano anche degli interventi a domicilio puntuali, quindi “al bisogno”, con una modalità progettuale meno strutturata e non formalizzata. L'accesso al domicilio è un elemento

significativo, poiché spesso la casa *“risulta essere “uno specchio” dello stato d’animo e della situazione psico-emotiva della persona”* e permette agli operatori di affacciarsi sulle sue reali condizioni di vita (Operatori di prossimità & Responsabile di servizio, 2022, pag. 17). Sebbene il presente LT non si focalizzi specificatamente sul tema del sostegno abitativo, si ritiene importante menzionare, in ottica sistemica, la sua esistenza, poiché si tratta di un contesto di vita spesso centrale per le persone e a cui gli OP hanno, in alcuni casi, accesso. Può quindi essere inglobato, in termini generali, nelle riflessioni che emergeranno nel seguito di questa indagine.

Per il presente LT, è infine importante indicare che il mandato di prestazione del Servizio di prossimità prevede, oltre a quanto già citato, che l’intervento degli OP favorisca i contatti, l’informazione e la mediazione con la popolazione (Comune di Lugano, 2013). In aggiunta, il Manuale della qualità di Ingrado (2020) include, tra le numerose attività degli OP, anche l’analisi delle rappresentazioni della popolazione rispetto all’utenza, mentre tra gli obiettivi delle loro pratiche, cita la riduzione del processo di marginalizzazione e di progressiva esclusione sociale degli utenti. Questi elementi si inseriscono nel filone della *“riduzione del danno”* e del modello di lavoro di strada ad esso correlato, le cui finalità mirano anche alla promozione della (re-)integrazione sociale degli utenti e a ridurre il danno all’interno del contesto allargato in cui la condizione di dipendenza si manifesta (allarme sociale, perdita complessiva di controllo sociale, ...), così da arginare il conflitto sociale (Merlo, 2001; UFSP, 2015). Il lavoro di strada, quindi, non presuppone soltanto un’azione degli operatori nello spazio fisico ma anche nello spazio sociale abitato dalla propria utenza, prendendo in considerazione anche gli altri cittadini e inscrivendo le proprie pratiche all’interno di iniziative che promuovono, mantengono e rinforzano il legame sociale tra individui (Jacques & Figiel, 2006). L’Allegato 9 (pagg. 103-104) propone un *“Esempio di impianto strategico per un intervento di riduzione del danno”*, che annovera tra i beneficiari degli operatori di strada anche il territorio e la popolazione (Zampetti, 2016, pagg. 172–173).

2.2. L’utenza

I destinatari dell’intervento del Servizio di prossimità di Ingrado sono persone maggiorenni che presentano un consumo attivo, pressoché quotidiano e spesso cronico, e una dipendenza da sostanze psicotrope (legali e non, quindi sostanze stupefacenti, farmaci, alcol, ...), con una particolare prevalenza del fenomeno del policonsumo. Inoltre, sebbene la maggioranza delle persone seguite assuma una terapia sostitutiva, continua a consumare regolarmente (il 52% fa uso giornaliero e circa il 40% da 1 a 6 giorni alla settimana) (Operatori di prossimità & Responsabile di servizio, 2022). L’utilizzo di sostanze psicoattive produce un effetto di alterazione della percezione della realtà, dello stato di coscienza e ha un impatto sulle capacità psicofisiche dell’individuo, presentando il rischio di portare allo sviluppo di una dipendenza (Danno.ch, 2022).

L’OMS propone la seguente definizione di dipendenza patologica: *“Condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall’interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”* (OMS, s.d. - a).

Entrando più nello specifico, parlando di “tossicodipendenza”, si intende una *“condizione di intossicazione cronica o periodica dannosa all’individuo e alla società, prodotta dall’uso ripetuto di una sostanza naturale o di sintesi. Sono sue caratteristiche: il desiderio irrefrenabile di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo, la tendenza ad aumentare la dose (tolleranza), la dipendenza psichica e a volte fisica”* (Ingrado, s.d. - d). Con dipendenza fisica, ci si riferisce a delle modificazioni indotte nell’organismo da una sostanza, che diventa indispensabile per il suo funzionamento metabolico e biologico, portando l’individuo a non poterne più fare a meno. La dipendenza psicologica è invece una condizione psicopatologica che porta la persona a sperimentare, sul piano psichico, la necessità e il desiderio impellente di sentire gli effetti positivi prodotti dalla sostanza. Infine, si parla anche di dipendenza sociale, riferendosi allo stile di vita assunto dalla persona con problematiche di tossicomania, al cui centro degli interessi si trova quasi unicamente la sostanza. La persona dipendente tende perciò ad allontanarsi dal contesto sociale e culturale di precedente appartenenza e a limitare le sue relazioni sociali a soli contatti con altri consumatori (rapporti d’uso), per i quali l’assunzione di sostanze psicoattive rappresenta il fattore accomunante (Ingrado, s.d. - d). Si verifica, dunque, un processo di marginalizzazione e di progressiva esclusione sociale dell’utente. A titolo di esempio, nel 2019 è stato rilevato che solo il 18,5% degli utenti disponeva di una rete familiare, mentre circa l’80% dei beneficiari risultava escluso ad ogni livello sociale, non disponendo di una rete di sostegno primaria (parenti, amici, ...) né di un’attività lavorativa, ed era a beneficio di prestazioni assistenziali o dell’assicurazione invalidità (Commissione della gestione della Città di Lugano, 2021). Nel 2021, si riconferma che circa il 90% dell’utenza presenta problemi psicosociali e socio ambientali multipli o è socialmente emarginato (Operatori di prossimità & Responsabile di servizio, 2022).

La dipendenza è, quindi, un fenomeno biologico e psicosociale, che ha un impatto sul fisico e sulla psiche dell’individuo, sulla sua integrazione sociale e sulla sua rete di contatti, e che porta la persona a continuare a consumare in modo compulsivo e incontrollato, nonostante si manifestino le conseguenze nefaste della dipendenza su tutti i livelli. Da un punto di vista medico, è riconosciuta come una malattia, definita nella Classificazione internazionale delle malattie dell’Organizzazione mondiale della sanità-OMS (ICD 10) come «disturbi psichici o comportamentali da uso di sostanze psicoattive», mentre nel DSM-5 come «disturbi da uso di sostanze e addiction» con differenti gradi di intensità. La causa della dipendenza può ricondursi alla convergenza di fattori individuali predisponenti e di fattori socio-ambientali (UFSP, 2015). La definizione dell’OMS citata nel paragrafo precedente evidenzia anche l’importanza dell’interazione tra il singolo e una specifica sostanza.

Un ultimo elemento importante è quello relativo alla correlazione tra dipendenza da sostanze psicotrope e salute mentale, due realtà intrinsecamente collegate. Basti pensare che più della metà degli utenti con cui il Servizio di prossimità entra in contatto annualmente, presenta una comorbidità tra il disturbo da uso da sostanze e almeno un’altra patologia psichiatrica, prevalentemente nell’ordine dei disturbi della personalità, delle sindromi affettive, della schizofrenia e disturbi psicotici. Una parte dei consumatori sviluppa un disturbo psichiatrico o psicologico conseguentemente all’utilizzo di sostanze, il cui impatto a livello cerebrale e sulla psiche è scientificamente noto; viceversa, alcune persone con un disagio psichico pregresso sviluppano una dipendenza come disturbo secondario (Operatori di prossimità & Responsabile di servizio, 2022; UFSP, 2015). Tra le persone toccate da

sofferenza psichica, infatti, la presenza di un abuso o di una dipendenza da sostanze psicoattive è percentualmente più elevata che tra la popolazione generale. Si parla, in molteplici casi, di tentativi di automedicazione volti a contrastare sintomi legati a differenti patologie (ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità, ...). Tuttavia, non è sempre semplice determinare se la problematica di dipendenza sia la causa o la conseguenza della manifestazione della situazione di disagio psichico, poiché si istaura un circolo vizioso che rende difficile separare chiaramente le due componenti. In ogni caso, è significativo che le cause che hanno portato allo sviluppo di una dipendenza non sono per forza quelle che ne mantengono l'esistenza, per cui permane l'esigenza di prendere a carico sia la problematica psichiatrica che quella di dipendenza, facendo attenzione alla loro interazione (Jacques & Figiel, 2006). *“E si sta arrivando a un punto di profonda psichiatizzazione delle dipendenze”* (OP2, dom. 9).

3. Revisione della letteratura

3.1 Il concetto di “comunità”: quale definizione?

Alcune definizioni di “comunità”:

- ◆ *“Aggregato di persone che vivono in un’area geograficamente determinata”* (Blumer, 1992, pag. 51).
- ◆ Relazioni che si basano *“su un sentimento soggettivo con cui i partecipanti sviluppano un senso di appartenenza derivante dall’affetto o dalla tradizione”* (Weber, 1947, citato in Blumer, 1992, pag. 52)
- ◆ *“Reti locali di relazioni formali e informali, capaci di mobilitare risposte individuali o collettive alle avversità”* (Barclay, 1982, citato in Blumer, 1992, pag. 141).
- ◆ *“Insieme di soggetti che condividono aspetti significativi della propria esistenza e che, per questa ragione, sono in un rapporto di interdipendenza, possono sviluppare un senso di appartenenza e possono intrattenere tra loro relazioni fiduciarie”* (Martini & Torti, 2005, pag. 13).

Come si può vedere, fornire una definizione univoca del concetto di “comunità”, non è compito privo di complessità. Infatti, già nel 1992, Blumer riportava l'esistenza di almeno 94 definizioni sociologiche differenti e, approfondendo la tematica, ci si rende conto che esiste un dibattito di lungo corso, che ha coinvolto numerosi studiosi, tra cui nomi di rilievo quali Émile Durkheim e Zygmunt Baumann (Blumer, 1992; Devastato, 2016). Gli esempi di definizioni sopra riportati non sono di per sé inconciliabili, ma puntano in direzioni differenti. Si possono, però, identificare alcuni elementi chiave per definire il concetto di “comunità”, in particolare per il campo del lavoro sociale e di cura:

- ◆ La continuità spaziale: si parla di una località, ovvero di un contesto territoriale-geografico definito, in cui un individuo vive e dove sono presenti dei legami, effettivi o potenziali, tra le diverse persone e tra le attività umane che lo abitano. L'elemento di vicinanza geografica è considerato fondamentale per il vincolo di comunità nel lavoro sociale.
- ◆ Reti sociali: si tratta delle relazioni e dei collegamenti (legami) che l'individuo ha con persone con cui è in contatto e da cui può ricevere sostegno.

- ◆ Condivisione e compartecipazione di interessi comuni: legami tra persone che condividono interessi, problemi o preoccupazioni comuni. Tali elementi possono essere in più diversi, come pure le appartenenze. Ad esempio quella etnica, politica, occupazionale, di credo religioso, di genere o di orientamento sessuale (Blumer, 1992; Martini & Torti, 2005).

Viene, inoltre, sottolineata una duplice accezione del concetto di “comunità” in relazione alla soggettività degli individui, ovvero:

- ◆ Essere comunità: si intendono persone che condividono alcuni aspetti della loro vita, ciò che le rende, ad intensità variabile, interdipendenti. Si tratta di una definizione logica.
- ◆ Sentirsi comunità: si parla di persone che condividono situazioni di vita e di interdipendenza sentendosi comunità, quindi avendo sviluppato un senso di appartenenza e dei rapporti fiduciosi tra di loro. Si tratta, dunque, di un sentimento soggettivo e interpersonale (Martini & Torti, 2005).

Ad esempio, utilizzando la definizione logica, un condominio può essere considerato una comunità, ma i vari inquilini potrebbero non sentirsi tali. I legami tra di loro potrebbero, infatti, essere inesistenti o trascurabili e potrebbero anche essere assenti variabili strutturali (età, fase di vita, classe sociale, sesso, gruppo etnico, possibilità di mobilità, occupazione, ...) che facilitino l'identificazione del singolo con i propri vicini. Perciò, la seconda accezione è maggiormente rilevante per definire, nell'ambito del lavoro sociale e comunitario, il concetto di “comunità”, poiché la sola vicinanza fisica non è sufficiente. Il senso di appartenenza è costitutivo del senso di comunità, e può nascere dalla condivisione di differenti aspetti (il territorio, la storia, le radici, la religione, la cultura, un progetto, interessi, valori, risorse, problemi, organizzazioni, interessi, nemici, ...), in funzione dei quali si determina poi l'interdipendenza. A seconda della rilevanza che l'individuo accorda all'una o all'altra appartenenza, essa diventa prevalente per lui in un determinato momento di vita e si instaura un legame affettivo, di varie intensità, con i diversi membri. Tuttavia, siccome le persone condividono differenti aspetti della propria vita con diversi individui, vi sono sempre molteplici potenziali appartenenze che il singolo può sperimentare e, elemento importante, l'una non esclude o cancella le altre, che restano disponibili (Blumer, 1992; Martini & Torti, 2005).

Il senso di comunità può essere declinato in tre componenti; il cui grado di presenza è direttamente proporzionale alla probabilità di sviluppare un senso di comunità in crescendo:

- ◆ Il grado di interazione tra le persone di un particolare territorio (località).
- ◆ il grado di compartecipazione di interessi, valori o avversità (malgrado la presenza di alcuni aspetti conflittuali).
- ◆ il grado di riconoscimento delle persone sul fatto di vivere in un contesto spaziale ben identificato e del sentimento di appartenere ad esso (Blumer, 1992).

Sebbene nelle società complesse non sia pensabile che un solo aggregato territoriale comprenda la totalità delle relazioni di un singolo individuo e dei suoi legami di condivisione di interessi, il concetto di “comunità” assume, nell'ambito del lavoro sociale, l'accezione di “comunità locale”. La dimensione locale è da intendersi come dimensione territoriale, luogo di vita e brulicante di relazioni, che, unita al senso di appartenenza, compone un'entità comunitaria privilegiata per la partecipazione sociale (Blumer, 1992; Martini & Torti, 2005). Questi elementi forniscono una definizione utile per lo “sviluppo di comunità”, ovvero per quelle pratiche di lavoro sociale comunitario volte ad aumentare *l'empowerment* delle

comunità locali, affinché possano trovare soluzioni ai propri problemi, accrescere le competenze dei loro membri e della collettività e migliorare la loro qualità di vita. La quotidianità dei singoli è, infatti, sempre più influenzata da fattori macro-sociali e da processi di globalizzazione e sono venuti meno i solidi punti di riferimento sociale che un tempo permettevano agli individui di percepire il corso della propria vita come maggiormente stabile, sicuro e affidabile. Da ciò, può derivare un senso di impotenza e di alienazione, che porta con sé la percezione dell'individuo di non poter avere il controllo sulla propria vita e sul proprio agire sociale, inteso come possibilità di modificare le condizioni in cui verte la propria esistenza e di assumersi delle responsabilità reciproche. Lo "sviluppo di comunità" offre la possibilità di bilanciare questi fattori tramite l'impegno nel locale, così da permettere alle persone di riappropriarsi della speranza e di un potere da utilizzare in modo attivo nello spazio sociale. Per le politiche sociali volte allo sviluppo e al cambiamento, quello della "comunità locale" è un concetto sempre più centrale (Martini & Torti, 2005).

Tuttavia, il concetto di "comunità", anche locale, non deve essere idealizzato e inteso come un rifugio, un luogo sicuro e accogliente contro tutti "i mali" della società moderna, quali lo sgretolamento e la frammentazione dei rapporti sociali, i conflitti urbani, l'individualismo, la solitudine, la privatizzazione, ecc. Non deve nemmeno essere pensato come caratterizzato unicamente da sentimenti positivi di fiducia, comprensione, aiuto e affetto reciproco incondizionato (Martini & Torti, 2005). Quando si utilizza questo termine, infatti, c'è una tendenza ad aspettarsi una certa qualità delle relazioni all'interno di un territorio, associando la comunità a un benessere o a una morale comunitaria che implica il riconoscimento reciproco di diritti e doveri tra cittadini di una stessa collettività. Si fa dunque riferimento, in modo implicito, a elementi valutabili soggettivamente che possono essere presenti nella realtà ma anche non esserci (Blumer, 1992). La comunità reale non corrisponde a una visione idealizzata, poiché non è solo armonia, amore e sostegno ma può essere anche chiusura, coesione difensiva, ostacolo, conflitto, odio, sopraffazione o rifiuto del diverso (Martini & Torti, 2005).

Di fronte alla disgregazione dei legami, ai rapporti meno stabili e sicuri, alle reti sociali più ampie e al bisogno di relazione e di appartenenza degli individui, non è necessario promuovere un discorso sulla comunità ideale, bensì partire da ciò che si osserva in una data realtà collettiva per ricercare, inventare e sperimentare, anche nel micro, nuove forme di comunità, di convivenza e di organizzazione, compatibilmente con le specificità della nostra epoca e all'interno delle sue antinomie: sostegno e controllo sociale; tolleranza, coesione sociale e diversità; libertà individuale e solidarietà collettiva (Devastato, 2016; Martini & Torti, 2005). L'aumento della complessità della vita sociale non deve portare a credere che la comunità sia estinta, ma far pensare *"al passaggio da una comunità naturale, come forma originale di unione e di fusione delle volontà individuali, e dalla comunità necessaria, come forma istituzionale dominante nelle società tradizionali, alla comunità possibile, come oggetto di scelta consapevole e prospettiva di costruzione sociale di relazioni"* (Ciucci, 2014, citato in Devastato, 2016, pag. 59).

3.2 La visione della “*Caring community*”

“Caring is an activity conveying concern for your fellow human beings. The concern also means respecting humans as intelligent and social-emotional citizens in a society. Care takes place in an individual relationship and has its basis in cultures where concern for fellow citizens prevail” (Bjorn, 2004, pag. 1).

Le teorie e i modelli che mirano a coinvolgere nei processi di cura e di creazione di benessere le comunità locali sono molteplici e assumono svariate forme e declinazioni come, solo per citarne alcune, quelle della *Community care*, *Community development*, *Community problem solving*, *Social care planning*, *Integrated community care (ICC)*, *Caring communities*, ... Per il presente LT, di base esplorativo, è stato scelto come concetto di riferimento la più ampia visione di “*Caring community*”, la cui essenza meno tangibile permette di allargare lo sguardo, prendendo in prestito differenti elementi dalle pratiche più diverse. Lo scopo di questo capitolo è cercare di sintetizzare alcuni aspetti ritenuti potenzialmente rilevanti per la questione, traendo spunto da varie fonti, modelli e approcci.

In primo luogo, è importante precisare che da un punto di vista più concreto, con “*Caring community*” si intendono delle pratiche che *“promuovono la collaborazione tra diversi membri della comunità, sfruttando la capacità dei pazienti e dei cittadini di creare legami sociali e di prendersi cura l’uno dell’altro”* (Vandenbroeck & Braes, 2020, pag. 13). Lo scopo è quello di creare un ponte tra cure formali e informali, tramite lo stabilimento di alleanze locali tra professionisti della cura sociosanitaria, cittadini, utenti e pazienti dei servizi e decisori politici. Si tratta, dunque, di favorire lo sviluppo di una collettività i cui membri si prendono cura gli uni degli altri, con una particolare attenzione verso le persone che vivono una condizione di fragilità fisica, psichica e sociale. Questa idea può concretizzarsi in svariati modi, pratiche, aspirazioni e target (Vandenbroeck & Braes, 2020). Di seguito, alcuni principi ritenuti utili per l’integrazione dell’azione dei professionisti con quella della comunità informale:

- ◆ Fondare le proprie pratiche sulle relazioni e sulla dimensione territoriale, al fine di prendersi cura delle persone nel loro ambiente di vita e di promuovere la salute e il benessere.
- ◆ Affrontare aspetti fondamentali come l’esclusione e l’isolamento sociale, al fine di favorire lo sviluppo di comunità inclusive tramite il rafforzamento e l’attivazione di legami sociali fra persone, così come la coesione sociale. Anche i gruppi a rischio di emarginazione e di scarso accesso ai servizi devono essere contemplati e raggiunti.
- ◆ La salute è da intendersi come bene pubblico, ciò che comporta di considerare anche i suoi determinanti sociali, economici e ambientali e di affrontarli in modo adeguato.
- ◆ Sostenere il valore delle cure informali e valorizzare le capacità di tutti gli attori presenti, promuovendo il coinvolgimento e l’*empowerment* della comunità locale.
- ◆ Focalizzare la propria azione non soltanto su singoli casi o comportamenti individuali in funzione di uno specifico problema, ma su un più vasto ventaglio di interventi socio-ambientali.
- ◆ Orientare i propri interventi verso specifici obiettivi e sostenere le priorità e gli obiettivi di vita delle persone, mettendo in valore potenzialità e risorse individuali.
- ◆ Affinché possa diventare realtà, è necessario un movimento sociale e un continuo processo di innovazione a livello sistemico (Vandenbroeck & Braes, 2020).

Secondo Glenn (2000), per procedere verso una “Caring society”, è fondamentale creare una cultura che valorizzi le relazioni e le attività di cura all’interno di una specifica collettività, riportando la dimensione della cura dentro a una più ampia sfera pubblica e sociale. La concezione di cittadinanza dovrebbe perciò considerare, tra le sue responsabilità, anche il fatto di fornire un contributo sociale sotto forma di attenzioni di cura rivolte ai propri concittadini. Riconoscendo l’interdipendenza tra soggetti e l’universalità della condizione di fragilità e di bisogno, si può considerare la *care* come un diritto e un dovere di ogni cittadino, invece che unicamente come una responsabilità privata (dei familiari) o delegata al mondo istituzionale. Inoltre, tutti, anche coloro che necessitano di cure più assidue, sono riconosciuti come membri della società a pieno titolo, la cui voce deve essere considerata ed *empowered*.

Assumersi la responsabilità sociale significa, dunque, interessarsi e prendersi carico dei problemi altrui e della collettività, agendo nello spazio sociale e mostrando un atteggiamento solidale nei confronti dei propri concittadini, nella logica di un’appartenenza comune. Relazioni di solidarietà, cooperazione, apertura e inclusione e la loro continua ricerca favoriscono lo spirito comunitario, poiché rappresentano un insieme di valori, pratiche, idee e sentimenti condivisi che si basano su relazioni di riconoscimento reciproco, comunanza e connessione. Ciò contribuisce a creare un circolo virtuoso che consolida il senso di appartenenza alla comunità (Devastato, 2016). Come espresso nel capitolo precedente, parlare di comunità, oggi, significa ritrovarne il senso, rafforzare i legami sociali e fiduciosi e promuovere forme di responsabilità e cittadinanza attiva a partire dalla realtà concreta di una precisa comunità locale, esistente o potenziale, senza cadere nell’idealizzazione ma nemmeno rinunciando a un mondo più giusto (Martini & Torti, 2005). Quest’ultimo aspetto rimanda a un valore etico e soggettivo, tuttavia per lavorare con la comunità *“non si può prescindere dalla consapevolezza che esso [il lavoro con la comunità] non può esistere al di fuori o al di sopra di una visione del mondo, dei rapporti, del futuro [...] di un sistema di valori che guida nella valutazione e nell’azione”* (Martini & Torti, 2005, pag. 17).

Infine, sembra indicato spendere due parole sul significato del concetto di “*care*”, che può essere duplice:

- ◆ Da un lato, si può riferire alle cure mediche, come pure a un lavoro di cura o di assistenza personale e di accudimento. Questi ultimi due termini sono da intendersi come impegno costante nell’occuparsi di una persona con differenti gradi di autosufficienza per rispondere a tutte le sue principali necessità e comprende anche pratiche di cura corporea e azioni faticose (dare da mangiare, lavare, sollevare, vestire, pulire gli incontinenti, ...). Solitamente questi compiti sono svolti da familiari e, in loro assenza o mancata disponibilità, da operatori professionisti a domicilio. (*to cure*).
- ◆ Dall’altro lato, può significare “aver cura”, “prendersi cura”, ovvero interessarsi e preoccuparsi per una persona, fornendo un supporto. Si può declinare nelle forme di sostegno più diverse con un’intensità variabile, ma che spesso risultano meno dure e non prevedono cure corporee o un effettivo contatto fisico con la persona. Nel concreto, si può parlare di sostegno materiale (mansioni domestiche, fare la spesa, accompagnare la persona da qualche parte, gestione o aiuto finanziario,...), di sostegno psicologico (andare a trovare, telefonare, ascoltare, mostrare interesse, interazione sociale,...) e di altre forme di sostegno (espressioni generali di supporto che vanno al di là della singola persona, come donazioni, azioni caritative, impegno pubblico per una causa, pregare,

sentirsi tristi o preoccupati per gli altri o per un dato problema sociale, ciò che può sfociare come non sfociare in azioni concrete) (Blumer, 1992). (*to care*).

Si può, inoltre, parlare di *care in the community* per riferirsi alle pratiche di assistenza o sostegno fornite da professionisti a domicilio o in piccole istituzioni situate all'interno del territorio urbano e comunitario, mentre con l'espressione *care by the community* si indicano le pratiche di assistenza fornite da parte della comunità informale, quindi da familiari, amici, vicini di casa, volontari e altri attori. Nel primo modello, le risorse sono fornite alla comunità dall'esterno, allorché nel secondo caso vengono trovate al suo interno. Questo permette di distinguere l'assistenza e il sostegno erogati da professionisti retribuiti da quello fornito da attori informali (Blumer, 1992).

Nel presente LT, il termine di "Caring community" sarà tradotto come "comunità curante", data l'assenza in italiano di due termini distinti e specifici che indichino il curare (*to cure*) e il prendersi cura (*to care*).

3.3 Il rapporto tra salute e reti sociali

L'OMS definisce la salute come "*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia*" e si tratta di "*un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche*" (OMS, s.d. - b). Si tratta, dunque, di una definizione multidimensionale che riconosce l'importanza di differenti fattori per la salute.

Lo stato di salute generale delle persone con problematiche di dipendenza è sicuramente influenzato dal consumo di sostanze psicoattive, sia per quanto riguarda le dirette ripercussioni che provoca sull'organismo, che per i rischi ad esso annessi (pratiche di consumo poco sicure, infezioni, MST, incidenti, ferimenti, violenza, ...) e per il fatto che alla base dello sviluppo di una dipendenza possono esserci delle problematiche di salute psicofisiche pregresse. Inoltre, fattori come l'astinenza, la perdita di controllo del proprio consumo, le difficoltà economiche dovute a un uso regolare e/o importante di sostanze e le conseguenze a livello sociale, possono generare per la persona una situazione di stress fisico ed emotivo o dei sentimenti di auto-svalutazione e di colpa rispetto alla propria dipendenza (Labhart et al., 2021).

Tuttavia, numerosi studi suggeriscono anche l'esistenza di un rapporto tra reti di supporto sociale, inteso come sostegno fornito da figure prossime a un individuo (familiari, amici, vicini di casa o altre persone a cui potersi rivolgere in caso di necessità), e stato di salute. La presenza di legami sociali positivi e di reti supportanti sembra, infatti, ridurre l'incidenza e influenzare il decorso di svariate patologie, come pure avere un impatto sulla longevità della vita: persone con scarsi legami sociali e pochi contatti con la comunità presentano una maggior mortalità rispetto a chi presenta relazioni più ampie. Disporre di una buona rete e di un sufficiente supporto sociale, contribuisce, in effetti, a sentire meno il sentimento di solitudine, ad arginare lo stress e a ridurre le malattie, influenzando anche i comportamenti individuali in relazione alla salute (Blumer, 1992; Cacioppo & Cacioppo, 2014). Al contrario, l'isolamento sociale e la percezione di solitudine producono vulnerabilità, fragilità e disperazione, aumentando i livelli di stress, il sentimento di ipervigilanza verso gli altri

(percepiti come minacce sociali) e il rischio di sviluppare patologie fisiche e psichiche, quali depressione, ansia, ecc. (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Camarlinghi et al., 2022).

Si stima che in Svizzera il 7,1 % della popolazione si trovi in una condizione di isolamento sociale, senza contatti regolari derivanti da una relazione, dal lavoro, dalla condivisione di un appartamento o da altre situazioni. Per quanto concerne le persone con problematiche di dipendenza da tabacco, alcol, oppioidi e cocaina e derivati, si rileva un tasso di isolamento sociale da due a tre volte più elevato rispetto al resto della popolazione, un dato che ha continuato ad aumentare, sebbene lentamente, tra il 2007 e il 2017. A differenza della cannabis, l'uso dei prodotti sopra elencati tende anche a peggiorare la qualità delle relazioni presenti, sia nella sfera professionale che privata, a causa di fattori legati alla sostanza, come l'impulso incontrollabile al consumo, il tempo dedicato alla ricerca della stessa e l'importante impatto economico che ne consegue. Se la condizione di abuso e di dipendenza da sostanze può portare all'incrinarsi e alla rottura dei rapporti e all'isolamento sociale, la sofferenza e il sentimento di solitudine e di esclusione che ne derivano possono incitare la persona a fare uso di sostanze, in un circolo vizioso che peggiora la salute della persona (Labhart et al., 2021). Questi elementi hanno inoltre un impatto sulla qualità di vita, in particolare laddove sono presenti fattori di rischio quali disagio psichico, marginalità e disabilità, che incidono anche sul successo dei trattamenti psichiatrici e generano recidiva (Marangelli & Morazzoni, 2003).

Di conseguenza, l'integrazione all'interno di una rete di contatti sociali regolari con amici, colleghi, conoscenti o vicini è una risorsa di centrale importanza per la salute e il benessere dell'individuo. Grazie alle reti sociali di supporto, la persona si sente infatti meno esposta, non rischia di ritrovarsi da sola di fronte a una situazione difficile, è meno soggetta a sentimenti di negatività e a stati depressivi e la sua qualità di vita risulta, di conseguenza, nettamente migliore. Le relazioni positive rappresentano, quindi, un fattore protettivo importante per la salute fisica e mentale delle persone, motivo per cui la ricostruzione di un intreccio relazionale, affettivo e sociale è un obiettivo delle pratiche di salute mentale, da perseguire valorizzando e attivando le risorse degli individui e dei contesti di appartenenza (Labhart et al., 2021; Marangelli & Morazzoni, 2003).

Il contesto di vita, ovvero l'insieme delle condizioni abitative, materiali, sociali, affettive e relazionali in cui si svolge l'esistenza di una persona, è infatti riconosciuto come generatore di benessere o di malessere e disagio, che possono essere, quindi, socialmente prodotti, aggravati o alleviati. Sembra, inoltre, che i fattori contestuali e relazionali abbiano un maggior impatto sulla salute (insorgenza e decorso di malattie) rispetto a fattori genetici. Il contesto, quindi, ammalia, ma di conseguenza può anche curare; perciò, si tratta di un elemento non trascurabile dal lavoro sociale (Camarlinghi et al., 2022). Camarlinghi et al. (2022) riportano, infatti, che fare lavoro sociale significa lavorare NEL sociale e trattare i problemi in modo sociale, per cui è necessario agire e considerare anche i fattori contestuali nella propria visione e orientare le proprie pratiche verso dei *setting* di intervento comunitario-territoriale. Quest'ultimi possono essere visti sia come luoghi di potenziale risocializzazione che come serbatoi di risorse naturali attivabili per fornire un supporto positivo, che vanno ricercate e che possono consistere in persone ben inserite all'interno della comunità. In particolare, nelle situazioni di disagio psichico e isolamento sociale, due condizioni spesso associate, risulta molto importante annodare, rivitalizzare o tessere reti per rispondere al bisogno di integrazione sociale delle persone, che possono trarre un grande beneficio emotivo e pratico

da questa presenza, aumentando il loro sentimento di appartenere a qualcosa e di essere dei cittadini a parte intera (Marangelli & Morazzoni, 2003).

3.4 Le rappresentazioni

La domanda di indagine del presente LT esprime l'intenzione di esplorare le rappresentazioni degli OP del Servizio di prossimità in merito alla "comunità curante" e alla sua possibile funzione di *care* in rapporto all'utenza specifica. Per questo motivo, si è ritenuto importante dedicare un breve capitolo a contestualizzare il tema delle rappresentazioni, cominciando da una definizione: si tratta dell'"attività e [del]l'operazione di rappresentare con figure, segni e simboli sensibili, o con processi vari, anche non materiali, oggetti o aspetti della realtà, fatti e valori astratti, e quanto viene così rappresentato" («Rappresentazione», s.d.).

Secondo la corrente costruttivista, e nello specifico per la *Teoria dei Costrutti Personali* di Kelly, la realtà osservata dal soggetto non è altro che una sua personale interpretazione della stessa. Infatti, nel corso delle proprie esperienze di vita e sulla base di esse, ogni persona costruisce in modo inconsapevole dei "costrutti", ovvero delle unità elementari di discriminazione e di valutazione, grazie alle quali può riconoscere due cose simili, differenziandole da una terza. Questo processo di discriminazione permette al singolo di attribuire una dimensione di senso, quindi un significato e un valore, agli elementi che osserva. I costrutti costituiscono, perciò, delle "chiavi di lettura", delle "lenti", delle micro-teorie sul mondo e sugli altri, che un individuo usa per leggere e spiegare ciò che lo circonda. La persona procede così a un'interpretazione e, di conseguenza, alla sua costruzione della realtà, in base alla quale orienta le proprie scelte e interazioni. I costrutti influenzano, dunque, non soltanto il modo di vedere e di conoscere, ma anche le proprie azioni. Come chiunque, anche l'operatore sociale guida il suo agire attraverso le proprie letture della realtà, influenzando così il mondo a partire da esse (Maida et al., 2009).

Si desume, di conseguenza, che non esiste né una verità assoluta né la neutralità dell'osservatore: ciò che viene osservato e significato costituisce una rappresentazione della realtà, una delle tante possibili, influenzata dai costrutti propri e unici del singolo, che è attivo in questo processo di costruzione della realtà. Tramite il linguaggio e i processi comunicativi, è possibile esprimere e descrivere la propria rappresentazione soggettiva del mondo, non sempre conosciuta o esplicitata, all'interno di un certo *setting* relazionale, spaziale e temporale. I costrutti possono, inoltre, essere più o meno permeabili al cambiamento, ma attraverso un confronto aperto e critico con gli altri è possibile costruire, organizzare e classificare nuove realtà e significati condivisi, arricchendo la propria visione individuale. Il linguaggio diventa, così, uno strumento essenziale di esplorazione, esplicitazione e descrizione delle proprie rappresentazioni a sé stessi e agli altri, come anche di costruzione di realtà condivise e di apprendimento di nuove idee e strategie (Maida et al., 2009).

4. Obiettivi e metodologia

Come già anticipato, il mandato e il modello di lavoro di strada del Servizio di prossimità di Ingrado-Viganello prevedono anche un'azione degli OP in rapporto alla popolazione che abita il territorio del luganese. Partendo da questo punto, il presente LT vuole esplorare le rappresentazioni degli OP sulla comunità e sul ruolo che essa può svolgere nel sostegno dell'utenza specifica (vedi capitolo 2.2), focalizzandosi prevalentemente sulla componente informale della comunità. Nell'esplorazione di questi aspetti, si vorrebbero far emergere e valorizzare le principali riflessioni degli OP in ottica di pensiero critico, come pure le loro pratiche di intervento attuali che prevedono un coinvolgimento della comunità informale, per poi passare a raccogliere alcune ipotetiche piste di sviluppo relative all'integrazione del loro operato con la comunità informale. La problematica è stata elaborata rifacendosi alla visione della "Caring community" e, di conseguenza, è stata formulata in termini di "comunità curante" e di funzione di *care*. L'indagine è, inoltre, stata condotta in relazione al lavoro e all'ambito di intervento concreto degli operatori di prossimità sul territorio luganese. Pertanto, la domanda di indagine a cui il presente lavoro si prefigge di dare risposta è la seguente:

"In che modo gli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado si rappresentano la "comunità curante" e la sua funzione di *care* in rapporto all'utenza specifica e, valorizzando le riflessioni emerse e le attuali pratiche di intervento degli operatori, cogliere delle possibili piste di sviluppo".

Come già anticipato (vedi Introduzione), l'interesse verso l'argomento è nato in seguito alla lettura di alcune tesi di Bachelor in Lavoro sociale SUPSI e del libro *La strada educativa* di Zampetti (2016), così come dal confronto con gli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado, prima e durante la pratica formativa. Successivamente, il primo passo è stato quello di dedicarsi a una revisione della letteratura per poter costruire un progetto di ricerca più specifico. Gli autori che hanno funto da principale riferimento per la concezione e per la stesura del presente LT sono stati Zampetti (2016), Martini e Torti (2005) e Blumer (1992). L'idea di utilizzare quale cornice teorica la visione della "Caring community" si è sviluppata tenendo conto del fatto che l'ambito di intervento specifico del Servizio di prossimità di Ingrado è quello della "riduzione del danno"; non si tratta, dunque, di operatori con un mandato specifico di lavoro di comunità. Proporre una teorizzazione relativa al lavoro di comunità "puro" non sembrava, perciò, attinente alla realtà del Servizio. Questo valeva ugualmente per altri modelli, come ad esempio quello della *Community care*. Per questo motivo, è stato cercato un concetto di riferimento che potesse essere sufficientemente ampio da fornire una cornice comunitaria alle pratiche concrete degli OP, offrendo un orientamento e dei principi generali ma senza costringere.

Per quanto riguarda la metodologia, l'opera di riferimento è stata *La mia tesi in lavoro sociale* di Carey (2013). Essendo lo scopo del presente LT quello di esplorare le rappresentazioni soggettive degli OP, si tratta di un'indagine qualitativa empirica. Di conseguenza, è stato scelto lo strumento dell'intervista semi-strutturata etero-diretta da sottoporre agli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado. Questa tipologia di strumento permette all'intervistatore di orientare il discorso dell'intervistato tramite delle domande pre-formulate, lasciando però

grande margine al soggetto per rispondere liberamente e in modo approfondito, esprimendo le proprie rappresentazioni o interpretazioni. Inoltre, esso permette all'intervistatore di porre nuove domande e di esplorare tematiche non previste che emergono nel discorso degli intervistati, poiché ritenute rilevanti,

Il modello di intervista (Allegato 1, pagg. 40-41) è stato elaborato in funzione della domanda di indagine, prevedendo, di conseguenza, quattro aree da esplorare:

- 1) Introduzione: principali caratteristiche del lavoro di strada del Servizio di prossimità di Ingrado.
- 2) Rappresentazioni degli operatori relative alla "comunità curante" e alla sua funzione di *care*.
- 3) Pratiche di intervento attuali.
- 4) Riflessione critica in relazione alla "comunità curante".
- 5) Possibili sviluppi e modalità di integrazione tra l'azione del Servizio di prossimità e gli attori comunitari informali.

Le interviste sono state somministrate all'équipe del Servizio di prossimità di Ingrado-Viganello, composta da tre operatori, denominati OP1, OP2, OP3 e declinati al genere maschile. Perciò, la scelta del campione è stata determinata dal contesto. Le tre interviste sono state somministrate in momenti differenti, prevedendo uno spazio tranquillo che potesse evitare il più possibile disturbi ambientali. Le interviste sono state registrate con il consenso degli operatori per essere, in seguito, trascritte integralmente.

Una volta effettuata la trascrizione integrale delle interviste (Allegati 2, 3 e 4, pagg. 42-78), il passo successivo è consistito nel raggruppamento dei risultati e nell'analisi degli stessi. Questo procedimento è stato svolto in due tappe: la prima è stata quella di costruire una tabella (Allegato 5, pagg. 79-96) suddivisa in sezioni corrispondenti alle domande dell'intervista. Per ogni sezione, sono stati creati tre riquadri, uno per ogni operatore. All'interno di questi riquadri, sono stati inseriti tutti gli elementi forniti dagli OP nel corso delle interviste complessive che si riteneva rispondessero alla domanda in questione; In un secondo tempo, rileggendo il testo così organizzato, è stato possibile identificare gli elementi rispondenti esplicitamente alla domanda di indagine, come pure i temi di riflessione maggiormente ricorrenti in tutte le interviste. Si è proceduto, quindi, a un'analisi tematica e, parzialmente, comparativa.

Sulla base degli aspetti emersi, è stato possibile individuare le tematiche da affrontare nel corso della dissertazione per rispondere alla domanda di indagine, strutturando i capitoli del presente LT e permettendo di ricercare nuovi spunti teorici di approfondimento da integrare nell'analisi e nella redazione del lavoro.

Le pagine seguenti sono state scritte nel tentativo di proporre una sintesi il più fedele possibile alle parole dei differenti operatori, ma con la consapevolezza che *"la comunicazione fra due persone è altamente influenzata dalle caratteristiche del loro apparato percettivo e dalle rappresentazioni della realtà che si sono costruite durante l'esperienza di una vita. Ognuno potrà percepire solo una piccola parte dei messaggi trasmessi dall'altro e li risignificherà attraverso la sua lente interpretativa"* (Maida et al., 2009, pagg. 61-62).

5. Dissertazione

5.1 Rappresentazioni degli operatori sulla “comunità curante”

La “comunità”

In primo luogo, gli intervistati hanno esplicitato la loro rappresentazione di “comunità”. Per l’OP 1 (Allegato 2, dom. 2), la comunità corrisponde a una serie di relazioni/interazioni con diversi attori del territorio, più o meno vicine a livello affettivo, che caratterizzano la quotidianità del soggetto. Si tratta, secondo l’operatore, di un concetto da “*guardare al macro*”. L’OP 2 (Allegato 3, dom. 2), sottolinea la difficoltà di definire questo concetto, di cui non esiste una definizione univoca, come pure la sua dinamicità legata a fattori quali il tempo, lo spazio, la mobilità e le abitudini di frequentazione individuali. Parla però di comunità come “*termine ombrello*”, ovvero di tanti sistemi/microcosmi (la propria persona, il proprio privato, i propri affetti) che si interfacciano quotidianamente all’interno di un macrocosmo, quindi di “*tante piccole comunità che creano un sistema più grande*”. Si riferisce anche alla conoscenza tra persone e all’affettività, perciò, si desume, a delle relazioni e dei legami. Evidenzia, poi, che sono presenti dei fondamenti comuni a tutti i cittadini, come ordinanze, leggi e diritti ma anche degli elementi di differenziazione (OP2, dom. 2).

L’OP 3 (Allegato 4, dom. 2), invece, parla di comunità da un punto di vista di relazioni, di legami, di rete (primaria o secondaria) e di maglia sociale, in rapporto alle situazioni dei singoli.

Sia l’OP 1 (dom. 2) che l’OP 2 (dom. 2 e 3) individuano anche una dimensione spaziale che ricollegano prevalentemente al territorio luganese o della Città di Lugano, almeno per quanto riguarda l’operato del Servizio di prossimità, vista la sua competenza di azione territoriale. L’OP 1 (dom. 2) mette in risalto, però, l’appartenenza di alcuni utenti anche ad altre comunità territoriali, mentre l’OP 2 (dom. 2 e 3) si esprime in merito alla vastità di questa area geografica molto popolata (“*Lugano [ha] circa 70 mila abitanti, 115 mila con tutto l’hinterland*”, dom. 2) e parla di Città, di quartieri e di spazi di frequentazione. L’OP 3 (dom. 2), invece, non cita espressamente la dimensione territoriale; non è dato sapere se si tratta di un implicito o se la componente spaziale non rientra nella sua rappresentazione.

In quanto soprascritto si ritrovano, complessivamente, i tre diversi elementi che compongono il concetto di “comunità” presentati nel capitolo 3.1 (continuità spaziale, rete sociale e condivisione e compartecipazione di interessi) che, come già esposto, sono oggetto di dibattito. Non stupisce, perciò, che ogni operatore abbia la propria definizione, soprattutto nel quadro di una società complessa, globalizzata, sempre più disgregata e individualistica, con possibilità di mobilità molto più ampie rispetto al passato e soggetta all’influenzamento dello sviluppo tecnologico (Martini & Torti, 2005).

Infatti, come nel caso dell’OP 3, la comunità può essere definita anche unicamente in termini di relazioni o di condivisione di interessi e valori, senza la necessità di una continuità spaziale, poiché si tratta di elementi fondamentali per lo sviluppo di un senso di appartenenza (Blumer, 1992). La comunità, in quest’ottica, varia in base al soggetto e alle

sue relazioni/appartenenze. Inoltre, Folgheraiter e Donati (1993, citato in Lanzoni & Rossi, 2017) scrivono che, se anche fosse possibile ammettere che la comunità coincidente con la località geografica non esista più a causa della frammentazione dei legami sociali, continuerebbero in ogni caso a esistere le comunità, dettate da appartenenze dinamiche sulla base di una condivisione. Con questo sguardo, la società diventa un sistema articolato composto da una moltitudine di sottosistemi, ognuno dei quali possiede la propria identità. La questione di fondo non è più quella di ricreare un'omogeneità su larga scala ma di trovare strategie e modelli realistici per rimettere i sottosistemi in comunicazione; ricostruire, quindi, la comunità come una rete di subcomunità che può produrre benessere e fornire supporto, in modo diverso rispetto al passato ma non per questo non efficace. Questa proposta richiama i termini di macro e microsistema utilizzati dall'OP 2, che fanno pensare anche al modello ecologico di Bronfenbrenner, che non verrà, tuttavia, trattato nel presente lavoro. Si vede, perciò, come le rappresentazioni possano modificare le teorie di riferimento e, di conseguenza, anche una possibile impostazione del lavoro concreto.

In ogni caso, come già anticipato, per il lavoro sociale è determinante parlare di "comunità locale", considerando non soltanto lo spazio relazionale ma anche quello territoriale e funzionale. Il fatto che nella società moderna raramente una piccola entità comunitaria possa contenere tutte le relazioni di un suo membro, non significa che la dimensione e l'organizzazione spaziale non debbano essere tenute in considerazione (Devastato, 2016). Come emerge dalle risposte degli OP già citate, l'area geografica da considerare, sebbene generalmente ristretta, non è predefinita e può variare in funzione delle situazioni, assumendo le dimensioni di una singola strada, di un quartiere, di una sezione di una città fino a un piccolo paese o una piccola città (malgrado si consideri raramente un agglomerato con più di 100 mila abitanti) (Blumer, 1992).

Le varie definizioni fornite dagli OP, quindi, non si escludono a vicenda ma si possono integrare, dando vita a una visione maggiormente complessa che può essere applicata, in modo flessibile, a seconda delle circostanze, degli obiettivi e delle necessità. La comunità non è, infatti, un prodotto statico, ma dinamico e in continua evoluzione nella ricerca permanente del suo centro vitale, in cui circolano le relazioni (Devastato, 2016). Come sottolinea Blumer (1992), determinare come si articolano le relazioni all'interno di un dato territorio e se una specifica area geografica o aggregativa (quartiere, condominio, ...) sia una comunità è una questione empirica. Adottare questa visione *"rende il ricercatore sensibile ai legami sociali effettivamente presenti nella collettività senza restringere l'interpretazione di ciò che si è rilevato"* (pag. 54).

La "comunità curante"

Secondo l'OP 1 (dom. 3 e 4), la "comunità curante" è composta da chiunque si prenda cura della persona che ha bisogno di cure, in particolare dell'utenza seguita dal Servizio, per fare in modo che *"stia meglio"*. Con questa espressione, l'intervistato si riferisce a un *"bisogno fisico, psichico e emotivo"*. Ingloba, all'interno di questo insieme curante, sia attori formali che informali, che agiscono per il benessere dell'utente. Tra i primi, annovera diverse figure del mondo istituzionale e professionistico, quali il medico di famiglia, lo psicoterapeuta, i vari professionisti del Servizio Ingrado (quindi operatori sociali, consulenti, infermieri, psichiatri e medici), come pure altri attori che si occupano di questioni finanziarie e amministrative, che

classifica come “curanti” ma in modo differente, poiché meno prossimi alla persona: l’ARP, gli Uffici dell’invalidità, dell’assistenza, delle prestazioni complementari e i curatori.

Anche secondo l’OP 3 (dom. 3 e 4), sono queste le figure formali che compongono una “comunità curante”. Nella sua definizione parla, però, anche di un ulteriore elemento rilevante: *“Curare [...] è una parola che vuol dire tantissime cose. Non è soltanto il dottore che ti dà la medicina quando non stai bene. Anzi, cominciamo dalle persone che si prendono cura di tanti aspetti, aspetti importanti della vita, come pagare l’affitto o fare la spesa, quindi le cose basiche”* (dom. 3). Si vede, in questo passaggio, la distinzione tra la “cura” intesa come cura medico-sanitaria e psicoterapeutica (medici, farmacisti, infermieri, ...) e il “prendersi cura” della persona, ovvero quelle attività di accompagnamento e sostegno in molti aspetti importanti della sua vita (dal fare la spesa, alla gestione della vita amministrativa quotidiana, alla promozione e prevenzione della salute mentale, all’evitare di provocare conseguenze giuridico penali alle persone, ...). Il “prendersi cura” può essere svolto da professionisti (come curatori o operatori sociali) ma anche da attori informali.

L’OP 2 (dom. 3 e 4) rimane maggiormente vago nel determinare la composizione della “comunità curante” ma introduce, nella sua rappresentazione, un aspetto che emergerà a più riprese nel corso delle differenti interviste: si tratta di un *“macrocosmo [...] o un insieme di piccoli macrocosmi [...] che accettano la condizione di queste persone, dei nostri utenti. E in un certo senso, che hanno una visione, anche nei loro gesti e nel loro operato quotidiano, con cui cercano di includere, accettare, accogliere. Perché [...] fa parte delle differenze”* (dom. 3). Pone, quindi, l’accento sul tema dell’inclusione all’interno della comunità anche delle persone più fragili, anche degli *“estremi”*. Come già trattato nei capitoli precedenti, la comunità non è solo armonia, aiuto, solidarietà, ma può essere anche chiusura, conflitto, rifiuto del diverso. Le comunità tendono a escludere chi, per svariati motivi, tra cui anche le incapacità soggettive, non riesce ad adattarsi e a rispettare i canoni richiesti per “essere inclusi” (Martini & Torti, 2005). La marginalità, l’isolamento e l’esclusione sono elementi che non possono essere trascurati nel momento in cui si lavora con persone con problematiche di dipendenza e *“se la società non abbassa un po’ i livelli è sempre molto difficile arrivare alla performance richiesta, a volte anche troppo esagerata, quando di base c’è una malattia che accompagnerà la persona per un bel pezzo, se non per tutta la vita”* (OP3, dom. 10). È importante che nella comunità si riesca ad attuare una mediazione, per riuscire a includere anche questi “estremi”, per garantire a tutti, nonostante le differenze, una buona qualità di vita (OP2, dom. 3). Questo obiettivo è particolarmente rilevante rispetto all’ambito della riduzione del danno, poiché non sempre l’arresto del consumo è un obiettivo realistico; perciò, è importante offrire un supporto per migliorare la qualità di vita (da un punto di vista abitativo, sociale, ...) (OP1, dom. 1). La “comunità curante” è, in questa visione, un elemento che passa dalla rete informale, dalla rete formale, da strategie sociali e da decisioni politico-economiche, con un approccio trasversale (OP2, dom. 3).

Per quanto riguarda gli attori informali che possono svolgere una funzione di *care*, gli intervistati elencano moltissime figure, che possono essere riassunte nelle parole di due operatori: *“chiunque si prende cura”* (OP1, dom. 3) e *“tutti possono essere un sostegno, chiunque può apportare un contributo [...] purché sia positiva, che non metta in pericolo la persona con idee [...] che minano la sua qualità di vita o la sua salute”* (OP2, dom. 3 e 5). Quindi lo sguardo è ampio. Scendendo più nello specifico, i vari operatori hanno nominato differenti figure, tra cui:

- ◆ *“Il signore del bar di sotto”, “quello che di fronte a casa ha la palestra”, “l’agente di quartiere che mi conosce da un vita”, il responsabile del negozio “con cui ho litigato una volta perché ho rubato la birra ma poi è diventato mio amico, anzi quando mi vede giù di tono chiama l’operatore”, “l’autista del bus”, “il gerente del bar” (OP3, dom. 3); “l’edicolante che fa credito alla persona in difficoltà”, “il poliziotto che invece di farti la multa ti fa un discorso, ti spiega le cose”, la parrocchia dove sei una persona e non una persona con problematiche di dipendenza, il proprietario di una pensione con cui “si è creato un rapporto molto informale” e che chiede se la persona ha bisogno di qualcosa o gli cucina un piatto di pasta (OP2, dom. 4 e 8); il cuoco che ha dato il numero professionale dell’operatore a un ragazzo dicendogli di chiamarlo (OP1, dom. 8).*

Si parla, quindi, di una moltitudine di attori che popolano il territorio e gli spazi pubblici frequentati dagli utenti e con cui essi entrano in contatto nella loro quotidianità. Si tratta di figure “tipiche” del lavoro di strada, che sono citate anche nella letteratura specifica a questa tipologia di intervento (Merlo, 2001; Zampetti, 2016), e per il quale assumono una grande rilevanza visto il campo d’azione *extra muros*.

- ◆ I vicini di casa, i custodi e i portinai. *“Nella nostra popolazione target, a volte il vicino è una presenza quasi salvifica. “Sto male”, “sono in difficoltà”, “mangio poco”, “non mi va di uscire”, “ho tutta una serie di problemi”, “ti porto il pasto”, “non ti preoccupare la lavatrice te la faccio io”, fare o portare la spesa (OP2, dom. 4 e 8); “la vicina di casa che gli portava la cena ogni sera. Un giorno non rispondeva e ha chiamato la polizia, gli ha salvato la vita. [...] In realtà, lui non mangiava, però quel momento di attenzione serale lo aiutava a chiudere le serate in modo più sereno” (OP2, dom. 8).*

Come visto nel capitolo 3.1, non si può dare per scontata l’esistenza di legami tra vicini unicamente in funzione della loro vicinanza fisica o della presenza di variabili strutturali che favoriscono il coinvolgimento e la relazione reciproca. Tuttavia, non è nemmeno possibile affermare che quella tra vicini non sia più una relazione sociale significativa. Infatti, generalmente, i vicini sono annoverati tra le prime fonti di supporto, insieme a parenti e amici. Queste figure si prestano, in particolare, a rispondere a emergenze di breve durata, ad agire rapidamente in caso di bisogno senza una domanda esplicita anche sul lungo periodo e a svolgere attività che richiedono un’osservazione quotidiana (Blumer, 1992).

- ◆ La rete primaria (parenti e amici) (OP3, dom. 3). Tuttavia, *“Di solito, non sempre, ma di solito sono persone molto sole”*. Non vi sono infatti genitori, fratelli o sorelle né relazioni sentimentali e spesso nemmeno figli (OP3, dom. 2).

Come si evince, questi attori possono fornire differenti tipologie di sostegno, fisico, materiale ma anche emotivo e psichico, dunque *“una vicinanza affettiva ed emotiva”* (OP1, dom. 4), che sono elementi di sostegno psicologico particolarmente importanti per le persone con pochi contatti sociali e che vivono una condizione di isolamento o di solitudine (Marangelli & Morazzoni, 2003). Si tratta, per gli OP, di qualsiasi forma di sostegno, gesto o attenzione che possa fare “stare bene” la persona, dall’offrire un caffè, al momento di scambio, al non chiamare la polizia, al riconoscere l’altro, al fare la spesa o preparare un pasto. A volte, anche *“semplicemente parlarsi”* può essere di supporto (OP2, dom. 4), passando *“dei momenti di dialogo sano senza parlare di droga che sono “parentesi di sollievo”* (OP1, dom. 1).

In conclusione, gli operatori riconoscono come “comunità curante” l’insieme delle persone che si prendono cura dell’utenza da un punto di vista ampio, sia del “curare” che “del prendersi cura” e secondo una visione della salute multidimensionale. Un posto è certo occupato dalla rete formale ma un ruolo viene riconosciuto anche alla rete informale in senso ampio, quindi legata ai luoghi di vita e di frequentazione delle persone, che possono fornire un supporto importante sia in termini di sostegno materiale, emotivo, psichico, di vicinanza affettiva e di gesti e attenzioni di cura, che di riconoscimento, inclusività e accettazione (*care by the community*). Si tratta, spesso, di una comunità già esistente, quindi di relazioni e di risorse già presenti che vanno viste e scovate (OP3, dom. 2; Marangelli & Morazzoni, 2003). *“Insomma, si crea una rete di persone che hanno qualcosa che si chiama “sensibilità” verso le problematiche, non solo di dipendenza. Quindi sono queste persone che alla fine, fanno la differenza”* (OP3, dom. 3). Per l’OP 2, *“la comunità è un po’ il mio miraggio, quello su cui dovremmo lavorare tantissimo”* (dom. 10).

5.2 Riflessione critica

Il presente capitolo si prefigge di valorizzare, in chiave critica, alcune delle principali riflessioni emerse nel corso delle interviste ai tre operatori del Servizio di prossimità.

5.2.1 La complementarità tra attori formali e informali

Tutti gli intervistati hanno affermato, esplicitamente o implicitamente, che il sostegno informale da parte di attori della comunità è complementare a quello pubblico/istituzionale (OP2 e OP3, dom. 5; OP1, dom. 4 e 10).

Agli attori informali viene, in effetti, riconosciuto un potere di influenzamento importante per la cura ed il benessere degli utenti: *“gli attori informali, da un punto di vista di cura emotiva e psichica, possono essere più influenti di me”* (OP1, dom. 4), *“Erano delle figure importanti per queste persone e quindi evidentemente avevano un’influenza diversa dalla mia, ma necessaria”* (OP3, dom. 5). Inoltre, secondo l’OP 1, la relazione che si instaura all’infuori di un quadro professionale può avere per l’utenza una valenza differente: *“spesso le persone con cui lavoriamo per ringraziarci ci dicono “si vede che non lo fai per lavoro” ed è la frase secondo me più significativa perché ti stanno dicendo “tu ti sei connesso a livello emotivo con me e non sei l’educatore in questo momento, non sei l’assistente sociale, ma sei una persona che è vicina a un’altra persona e questa cosa mi fa bene, quindi ti ringrazio”. Questo ha un potere enorme”* (dom. 4). I rapporti informali presenterebbe dunque, quale punto di forza, il loro intrinseco valore umano, ovvero l’affetto, l’empatia e il *“sollevio di un contatto umano non professionale”* (OP1, dom. 4 e 5), che può apportare un grande giovamento alle persone. *“Magari si crea una fiducia diversa: [...] non è più o meno fiducia, ma proprio una qualità diversa del rapporto di fiducia”* (OP1, dom. 12). Perché *“noi professionisti abbiamo un limite invalicabile ed è il fatto che siamo professionisti e questa è una penalità nel nostro lavoro”* (OP1, dom. 4).

Con queste parole, l’OP 1 introduce la distinzione tra il “prendersi cura” come mestiere e il “prendersi cura” come azione comunitaria / informale. Malgrado l’operatore sociale possa dimostrare una grande sensibilità e capacità di creare relazioni empatiche, il tempo che

dedica e il supporto che egli fornisce non si basano unicamente su un legame affettivo o sulla tradizione (Blumer, 1992). Al contrario, il suo agire professionale comprende forzatamente una dimensione monetaria. Associare il denaro al contesto delle relazioni tende a ridurre il potenziale comunicativo dello scambio, poiché lo priva della spontaneità che caratterizza solitamente il mondo relazionale, all'interno del quale azioni quali il parlare, l'ascoltare, il confrontarsi, il dissentire e l'accordarsi assumono il loro senso (Lanzoni & Rossi, 2017). La persona può certo ricevere un supporto, ma questo non equivale a passare dei bei momenti insieme senza la sensazione di indebitamento o di scambio (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Inoltre, se da un lato il professionista è tenuto ad assumere un atteggiamento socioaffettivo volto a creare un clima affettivo positivo (fondamentale per i processi emancipativi), dall'altro è anche "addestrato" a riflettere sulla relazione per potersi situare a una "giusta distanza". Tra attori formali e informali varia quindi anche il grado di coinvolgimento emotivo, ciò che può comportare alcuni vantaggi ma anche dei limiti (Blumer, 1992; Maida et al., 2009). Infine, è generalmente ammesso che rivolgersi alle proprie reti informali per ricercare un sostegno sia socialmente più accettabile per il singolo che rivolgersi ai servizi (Blumer, 1992).

Alcune figure presenti nella comunità sono, inoltre, risorse importanti per l'utenza, spesso molto sola: *"a volte sono l'unico punto di riferimento per queste persone"* (OP 3, Allegato 4, dom. 5) e forse sono delle *"stampelle per cui alcuni dei nostri riescono ancora ad andare avanti. A volte ci domandiamo: ma come fanno a essere ancora in piedi dopo la vita che fanno? E poi scopri che c'è [...] la vicina che gli fa la spesa [...]"* (OP1, dom. 4). Capita, in effetti, che molte situazioni di difficoltà di persone fragili siano attutite dalla presenza di reti di supporto sociale (Camarlinghi et al., 2022).

Visto quanto esposto, gli attori informali sembrano poter rappresentare un'importante risorsa per il sostegno, il benessere e la qualità di vita della popolazione target del Servizio di prossimità, da coinvolgere nel lavoro degli operatori.

Tale coinvolgimento assume, però, una rilevanza anche per il lavoro degli OP. Infatti, queste figure presenti nella comunità svolgono e possono svolgere una funzione significativa di "antenne sul territorio" e di messa in contatto tra le persone con problematiche di dipendenza e gli operatori. Come già enunciato nel capitolo 2.1, tra gli obiettivi del lavoro di strada in riduzione del danno figurano l'intercettazione di bisogni dell'utenza che non arrivano ai servizi, come pure l'intervento precoce (particolarmente importante dato che *"le conseguenze fisiche e psichiche della dipendenza peggiorano con l'andare avanti del consumo smodato"* (OP1, dom. 8)). Nel frequentare gli spazi sul territorio ed entrando in contatto con attori comunitari, gli OP possono venire a conoscenza del fatto che un beneficiario, effettivo o potenziale, necessita di un aiuto, potendo così pensare ad un possibile supporto: *"[...] quando sono arrivate tante voci che la persona non sta bene. Evidentemente, la persona non sta bene, quindi bisogna investire di più, cercare di avvicinarla, sempre se è sua scelta, se ha piacere di passare del tempo con noi e concertare insieme delle possibili soluzioni e strategie"* (OP2, dom. 6); *"Ci sono state anche persone che hanno accompagnato persone tossicodipendenti da noi, a chiedere aiuto. C'è stato un cuoco che ha dato il mio numero a un ragazzo che aveva problemi di tossicodipendenza e lui mi ha chiamato sul telefono del lavoro chiedendomi aiuto"* (OP1, dom. 8).

In aggiunta, in due interviste è emersa anche la questione legata ai limiti oggettivi dei servizi: *“L’educatore non c’è sempre”,* malgrado gli sforzi *“non siamo dappertutto”;* *“In équipe siamo in 3, con la stagiaire in 4. [...] Abbiamo più di un centinaio di utenti”* (OP2, dom. 5 e 9). *“I servizi hanno anche dei limiti, hanno limiti di orari, di risorse, legalmente hanno una funzione determinata: quindi è un po’ inquadrato come intervento. E la vita non è inquadrata, ci sono delle situazioni che non hanno orario...”* (OP3, dom. 5). A fronte di ciò, entrambi gli operatori si riferiscono all’importanza della presenza di attori informali comunitari: *“C’è però la popolazione, il mondo libero. E quindi è fondamentale incontrarsi con l’edicolante, con quello, con quell’altro, con l’amico, con quello “si ho bisogno di una mano” – “non ti preoccupare ci sono io”, “se parla con qualcuno, anche di esterno, [...] magari si possono attivare delle risorse buone”* (OP2, dom. 5 e 6); *“e quindi ci sono queste persone, questi attori, che a volte sono più disponibili in certe occasioni. Quindi più ampia è la rete, più ricca e di qualità è la garanzia per una cura e un benessere maggiore”* (OP3, dom. 5).

Uno degli OP, mette infine l’accento sul fatto che un coinvolgimento della comunità potrebbe *“fare in modo che i problemi legati alle dipendenze si riducano. Se la comunità è coinvolta, c’è una cura maggiore, non soltanto da chi se ne occupa per competenza data, e c’è anche un interesse nell’evitare che i ragazzi abbiano contatto con le sostanze”* (dom. 9). Quindi, *“un occhio di riguardo verso queste tematiche da un punto di vista non giudicante [può] arricchire la comunità e fare sì che si adottino un’attività preventiva e di cura”* (OP3, dom. 9).

Dal canto loro, in ottica di integrazione con gli attori della comunità informale, gli OP possono apportare delle competenze importanti. La popolazione target del Servizio di prossimità presenta infatti le sue complessità, viste le problematiche multidimensionali (sanitarie, sociali, psicologico/psichiatriche, comportamentali, finanziarie, consumo di sostanze, ...): perciò, anche l’operatore di strada deve *“non solo sapersi muovere con l’utente già di per sé, ma deve anche andare incontro a una maggiore formazione. Quindi deve avere un ventaglio di conoscenze sicuramente molto più ampio [rispetto ad altri ambiti]”* e necessita di confrontarsi con la rete di colleghi del Servizio di prossimità e del centro di Viganello (OP2, dom. 1). Per accompagnare l’utenza, è quindi anche fondamentale un sostegno specialistico, in cui *“i professionisti svolgono un tipo di attività concreta dove il percorso di cura della dipendenza può consistere in una cura medica,... e tantissime cose”* (OP3, dom. 5), ma anche la presenza di determinate competenze che permettano di comprenderne le difficoltà: *“il conflitto ci può sempre essere, spesso nasce da incomprensioni, ancor più spesso per alcuni dei nostri utenti nasce da delle sofferenze psichiche più profonde che chi non è del mestiere fa fatica a comprendere. Perché si sta arrabbiando questa persona? [...] Abbiamo dovuto fare diverse supervisioni con la psichiatra per aiutarci a capire qual è il meccanismo psichico che portava questa persona a sabotare quello che aveva intorno di cura, quasi come se più lo si aiutava e questa persona doveva distruggere ciò che si faceva per lui”* (OP1, dom. 10). Esistono, quindi, alcune situazioni molto complesse da affrontare anche per i professionisti. Di conseguenza, per la comunità e per il sostegno delle relazioni al suo interno, è importante che gli OP mettano a disposizione della stessa le loro competenze professionali, coltivate in vent’anni di esperienza del Servizio e di *“tessitura di relazioni”* con l’utenza, che in alcuni casi *“conosciamo da una vita”* (OP2, dom. 5). Inoltre, è anche importante comprendere come si aiuta, senza cadere nel discorso della cura soltanto come buona e positiva a prescindere, come spesso accade quando questo termine è associato a quello di comunità. Nella realtà, è sempre importante valutare le pratiche e capire cosa si

può richiedere a un certo attore informale, tenendo conto che sostenere può comportare anche fatica (OP2, dom. 4; Blumer, 1992).

In questo senso, riferendosi all'episodio appena riportato come esempio per le situazioni più complesse e più difficili da immaginare in un contesto di cura informale comunitaria (OP1, dom. 10), l'OP 1 esprime che *“non possiamo chiedere troppo o responsabilizzare eccessivamente la comunità informale. Ha un limite oggettivo dovuto al fatto che si tratta di una relazione informale volontaria costruita su un canale di comprensione, compassione, quindi non si può e non si deve chiedere troppo a questo tipo di attore, anzi bisogna alleggerirlo il più possibile e farlo sentire sostenuto nella quotidianità, quindi essere proprio da riferimento”* (dom. 10). Creare attorno alla persona una rete, inoltre, non è sempre semplice e possibile *“perché sappiamo bene che la problematica delle dipendenze è molto difficile da capire. Già per un professionista, immaginiamo per una persona che è completamente estranea a questa problematica o anche a problematiche un po' più macro come il disagio sociale o le difficoltà di adattamento alla società”* (OP3, dom. 6). Infine, l'OP 2 aggiunge che nel considerare qualsiasi progetto che coinvolga l'utenza e attori della o nella comunità, è importante valutare diversi aspetti: *“qual è il target? Che tipo di attività è? Cosa si fa? Chi è coinvolto? [...] Non tutto funziona per tutti, ci sono delle attività che non vanno bene per tutti, bisogna anche capire quali sono i loro desideri, bisogni, ... [...] è imprescindibile la conoscenza dell'utente e di quelle che sono le sue problematiche”* (OP2, dom. 10). Possono esserci, infatti, persone con un marcato disturbo di personalità antisociale unito a consumo di sostanze o *“chi funziona meglio a domicilio, che lo vado a trovare a casa: quelli che sono un po' i lupi solitari [...] e la persona che invece è più socievole, più espansiva e posso anche proporle delle attività dove si sente inclusa”* (OP2, dom. 10).

5.2.2 Lo stigma delle persone con problematiche di dipendenza

Stigma, dal latino, «marchio, macchia, punto». *“In psicologia sociale, attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione: un individuo, un gruppo colpito da s. psico-fisici, razziali, etnici, religiosi”* («stigma¹», s.d.). L'attribuzione di caratteristiche negative è dovuta a una differenza del soggetto rispetto a una norma. Attraverso il processo di “stigmatizzazione”, l'individuo è quindi considerato diverso, in quanto le peculiarità determinate dallo stigma predominano sugli altri elementi che lo collocherebbero entro i confini della normalità (*stigma*, s.d.).

Per quanto riguarda il fenomeno sopra descritto in rapporto alla rappresentazione sociale delle persone “tossicodipendenti”, gli OP riportano le seguenti visioni:

- ◆ Secondo l'OP 2, *“La tossicodipendenza è una malattia, una patologia, ma nella percezione comune non è ancora tanto passato questo messaggio”* (dom. 9). *“C'è una rappresentazione dei tossicodipendenti ferma agli anni '80”,* che non corrisponde più alla realtà perché *“oggi la maggior parte delle persone con problematiche di dipendenza sono tutti seguiti”* (dom. 10). Dalle sue parole, sembrerebbe che la rappresentazione sociale delle persone con problematiche di dipendenza comprenda elementi negativi quali la pericolosità, la presenza di problematiche mentali, l'uso di sostanze, la delinquenza, la problematicità, il fatto di non essere reinseribili nel mondo del lavoro, il degrado fisico, lo sporco, la scarsa igiene (dom. 4 e 10). Questi aspetti possono anche essere presenti nella vita della persona ma il problema consiste nel fatto che, come spiegato dalla

definizione iniziale, nel processo di stigmatizzazione le caratteristiche negative sono generalizzate e diventano totalizzanti, riducendo la complessità e l'individualità delle persone che si incontrano. Di conseguenza, a partire da questo immaginario, possono generarsi sentimenti e reazioni *“controverse e contrastanti”*, quali paura (*“la tossicodipendenza spaventa”*) e disgusto (dom. 4 e 6). Anche nei media, secondo l'OP 2, spesso si parla del fenomeno in modo peggiorativo: *“Interpellanza per togliere i tossici”* (dom. 11). Ma *“Quello che la gente comune, i non addetti ai lavori, spesso non vede, è la grande sofferenza di queste persone”* (dom. 4), che la maggior parte delle volte sono *“estremamente sofferenti, a cui è successo veramente di tutto [...] Ci sono storie di vita pesantissime [e] con dei traumi fortissimi [...] questo dovrebbe passare come messaggio alla comunità”* (dom. 10). *“Non è tanto positivo nasconderli o metterli in un luogo ghettizzante, confinandoli. Ma farli sentire accolti all'interno di una comunità ha proprio lo scopo di integrarli, in più realtà, in tante cose. E questo, secondo me, è un messaggio di cui si fa ancora un po' fatica a parlare”* (dom. 4). In ottica più ampia, è quindi *“necessario cambiare la visione”* verso coloro che *“danno fastidio”* all'interno della società, aumentando la comprensione reciproca, e *“questa è una responsabilità di tutti”* (dom. 11). A suo avviso, è quindi presente uno stigma a livello sociale che può costituire un ostacolo, su cui lavorare, al coinvolgimento della comunità informale (dom. 10).

- ◆ A parere dell'OP 3, fenomeni come la marginalizzazione, il giudizio e la stigmatizzazione di persone con problematiche di dipendenza sono in aumento e *“fanno sì che persone sole siano ancor più emarginate”*. *“A volte penso che la comprensione, da un punto di vista di una malattia definita, e anche il cambiare la visione del fenomeno, capendo cosa è, cosa comporta, possano aiutare molto”* (dom. 10). In questa visione ritorna, quindi, il tema della dipendenza come stigma e l'idea di una poca comprensione di questa problematica, forse non ancora vista da tutti come una malattia (dom. 10).

Anche per l'OP 3, questo rappresenta un ostacolo e un limite sia per il benessere degli utenti che per l'integrazione del lavoro degli operatori con la comunità, volto al sostegno della popolazione target: *“È una grande difficoltà per noi, come professionisti, trovare dall'altra parte dei muri o delle persone che hanno dei comportamenti a volte discriminatori, esclusivi, oppure anche peggiori, verso questa comunità di persone che consumano o che sono ex consumatori, ex dipendenti. Penso che questo è un limite enorme per queste persone e per noi professionisti, che acutizza il problema, il problema personale ma il problema anche sociale. Perché aumenta il disagio, aumenta le problematiche, comporta maggiori costi, maggiori risorse, dedicare più risorse finanziarie e poi crea una problematica in più, quando ce ne sono già tante”* (dom. 10).

- ◆ L'OP 1 esprime invece una visione differente ma non per questo meno interessante. Riporta che nella sua pratica quotidiana, ha *“notato [...] un'enorme sensibilità rispetto alla sofferenza che vivono i nostri. L'idea della colpevolizzazione del tossicodipendente è qualcosa che ha fatto il suo tempo non solo nei servizi, ma anche secondo me nel contesto culturale. Ovviamente ci sono ancora persone che la pensano così, che loro sono brutti e cattivi, ma ho visto che sta passando la sensazione che sono persone malate, che stanno male, che soffrono e che hanno bisogno d'aiuto. Una grande sensibilità e vicinanza”* (dom. 8).

Dalla sua prospettiva, il limite o l'ostacolo nel coinvolgimento della comunità informale non è tanto legato a una rappresentazione sociale presente nella comunità ma formula un'altra ipotesi: *“da un punto di vista teorico, la paura che noi operatori abbiamo nell'attivare la comunità è [...] la paura dello stigma che ci può essere su questa tipologia*

di persone, quindi sulle persone con cui lavoriamo. Quindi la paura e la difficoltà che ci immaginiamo nel far accettare agli altri l'idea di aiutare i nostri. Però [...] secondo me, almeno quello che sto pensando negli ultimi giorni, è che è più una nostra paura che una realtà, che una reale difficoltà” (dom. 10).

Le opinioni riportate mettono in luce l'esistenza di un immaginario sociale rispetto alle persone con problematiche di dipendenza (i “tossicodipendenti”) e come queste influenzino i comportamenti, gli atteggiamenti e i sentimenti delle persone circostanti. Tuttavia, se i primi due operatori mettono in risalto gli effetti che lo stigma comporta a livello comunitario nei confronti dell'utenza, il terzo operatore ipotizza che esso agisca, invece, sugli operatori stessi, influenzandone le pratiche, nel timore che le persone della comunità possano rifiutare le persone con cui lavora il Servizio. Come trattato nel capitolo 3.4, non esiste un'unica realtà, poiché ognuno la costruisce sulla base dei propri costrutti individuali. Questo comporta che lo sguardo di ognuno possa complessificarsi e modificarsi attraverso la condivisione e il confronto con gli altri.

Tutti gli operatori, però, concordano sul fatto che l'utenza viva spesso situazioni di mancanza di relazioni sociali, emarginazione ed esclusione sociale: *“La comunità con cui condividono la vita è una comunità molto stretta, quasi inesistente, tanto piccola che abbiamo il vicino di casa e poi la rete formale” (OP3, dom. 1); Il Parco “è l'unico luogo in cui persone con questo tipo di problematiche possono incontrarsi, e dove, in un certo senso [...] si sentono in un ambiente che è loro” (OP2, dom. 6); “Si crea una sacca di esclusione: la comunità non riconosce quelle persone come propri simili” (OP2, dom. 12), “perché spesso quello che accade con tutte le persone diverse tra virgolette è che vengano emarginate dal contesto sociale” (OP1, dom. 1).* Tutto questo ha un impatto negativo sul benessere, sulla qualità di vita e sui percorsi di cura delle persone con problematiche di dipendenza: *“forse la mancanza di relazioni sociali, [...] quindi di vita di comunità, di emarginazione, [...] è forse una ferita ancor più grande di una ferita fisica. [...] Fa molto più male ed ha anche ripercussioni più gravi, cioè io penso che un tossicodipendente escluso ed emarginato faccia molta più fatica a immaginare di smettere di consumare o di ridurre il consumo” (OP1, dom. 1).* Gli stessi utenti, in una testimonianza in merito al tema della “strada”, riportano di *“sentirsi osservati, sentirsi giudicati, sentirsi soli, esclusi” (OP1, dom. 5).* Coerentemente con quanto trattato nella contestualizzazione teorica (capitoli 2.2 e 3.3), l'OP 1 esprime il suo pensiero sul fatto che *“la sostanza sia la causa ma anche la conseguenza, nel senso che io spesso consumo per non sentire, per anestetizzarmi, per auto medicarmi rispetto a condizioni magari biografiche di esclusione, di violenza, di emarginazione” (dom. 5).* Di fronte a queste considerazioni, può essere importante ricordare che la sostanza è molto spesso un mezzo per uscire da problemi conflittuali, per “risolvere” passivamente le proprie difficoltà o un modo per sentirsi valorizzati all'interno di un certo gruppo. *“La dipendenza affettiva e l'angoscia di separazione, l'intolleranza alle frustrazioni, la depressione, il bisogno costante e inesauribile di amore e approvazione, [...] e, soprattutto, la carenza narcisistica sono i tratti più evidenti” (Pewzner, 2002, pag. 256).*

Da un punto di vista teorico, l'esclusione sociale costituisce un modo per gestire i problemi sociali, di allontanare dallo sguardo e invisibilizzare situazioni reputate non gestibili. Questo, oltre a provocare un danno ai singoli, alimenta conflittualità e tensioni, diminuendo la coesione sociale e il senso di comunità. Inoltre, a volte, le comunità, quale strategia per garantirsi sicurezza (effettiva o percepita), tendono a espellere la diversità o a non

consentirne l'ingresso, "barricandosi", invece di cercare di unire le forze per perseguire delle cause comuni, come, ad esempio, la tutela dei diritti di cittadinanza per l'inclusione sociale dei soggetti oppressi (Devastato, 2016; Martini & Torti, 2005). Questo genera processi di etichettamento del gruppo di "esclusi" e, di riflesso, di identificazione negativa degli stessi con l'etichetta affibbiatagli, ciò che può rinforzare la messa in atto dei comportamenti e degli atteggiamenti con cui l'esclusione è stata motivata, confermandoli (Lanzoni & Rossi, 2017; Martini & Torti, 2005). Lo stigma svolge, infatti, anche una *"funzione di riconoscimento, di identità, tra gruppi sociali, compreso il mondo dei tossicodipendenti"* (Merlo, 2001, pag. 161). *"Però se si cominciano mettere dei muri invece che fare ponti [...] le persone si sentiranno sempre escluse, faranno sempre danni, non si sentiranno mai responsabili"* (OP2, dom. 12). I processi di isolamento sociale e di stigmatizzazione accrescono, infatti, comportamenti asociali o non responsabili (Zampetti, 2016).

Di conseguenza, come appare nel corso di tutte le interviste, gli OP auspicano una maggiore inclusione e integrazione delle persone con problematiche di dipendenza all'interno del tessuto sociale e della comunità, sottolineandone i vantaggi. *"La vera cura, come dicevo prima, non è solo o non è tanto quella farmaceutica, ma è questa, è far sì che la persona possa sentirsi invece accolta, accettata, accudita dal mondo in cui vive. Potrebbe fare la differenza"* (OP1, dom. 5). Eviterebbe l'acutizzarsi delle problematiche individuali e sociali, perciò un *"minimo di inclusione di questa popolazione risparmierebbe tantissimi costi, non soltanto materiali ma anche immateriali"* (OP3, dom. 9 e 10). *"E quindi va fatto uno sforzo, da tutte e due le parti"*: gli utenti potrebbero migliorare la loro immagine, presentarsi meglio o spiegare meglio il loro problema e la comunità potrebbe mostrarsi più accogliente, trovando una linea comune tra utenza, attori istituzionali e comunità informale (OP2, dom. 12). Anche il tessuto sociale deve fornire il suo contributo per permettere a persone con delle difficoltà e vulnerabilità pregresse di integrarsi (OP3, dom. 10).

In quest'ottica, un'integrazione tra l'operato del Servizio di prossimità con la comunità informale presenta, come punto positivo, che *"il fenomeno delle dipendenze assume una connotazione meno negativa, più "digestibile", per la comunità. Che si riesca a facilitare la convivenza. [...] Rende anche più facile il nostro lavoro, perché ti senti supportato dal contesto, dalla comunità, che capisce che in quel momento stai lavorando e che a volte hai bisogno di una mano, che hai bisogno di una certa comprensione e, in qualche modo molto umano, anche di fare alcune eccezioni, di tentare di andare incontro al problema"* (OP3, dom. 10).

5.2.3 La gestione dell'informazione

La gestione dell'informazione è sicuramente un tema importante da cui non si può prescindere quando si parla di integrazione o di intreccio tra servizi formali e comunità informale per la cura di una determinata fascia della popolazione. Questo è ancor più vero nel momento in cui la condizione di una persona o di un gruppo di persone è, potenzialmente, stigmatizzabile. Si parla di tre aspetti da tenere in considerazione: la *"privacy"*, ovvero il controllo che ogni individuo ha sulle informazioni che lo riguardano, potendo decidere quando, come e cosa comunicare ad altri; la *"riservatezza"*, quindi il modo in cui le informazioni comunicate a terzi vengono trattate da quest'ultimi (usate, mantenute o

rivelate); e infine gli obblighi deontologici/legali degli operatori professionali (segreto professionale e d'ufficio) (Blumer, 1992).

Nelle interviste agli OP, emergono questi elementi. Innanzitutto, tutti gli operatori si riferiscono al segreto legato alla professione: *“abbiamo dei vincoli fondamentali sulla privacy per cui non possiamo comunicare informazioni personali delle persone con cui lavoriamo agli altri. Nell’informalità noi non possiamo dire nulla e quindi questo è un enorme limite”* (OP1, dom. 10); *“abbiamo un grande scoglio, che è quello del segreto professionale”* (OP2, dom. 10); *“è il segreto del segreto professionale di un operatore di strada”* (OP3, dom. 10). Questa dimensione influenza l’agire degli OP sin dal primo momento, perché presentarsi a una persona come operatore di prossimità di Ingrado in riferimento a un utente contiene, già di per sé, un’informazione confidenziale (OP2 e OP3, dom. 10).

La gestione dell’informazione comporta, però, anche il tema della *privacy* e della riservatezza, in una dimensione di rispetto verso l’utente: *“non tradire, innanzitutto, la fiducia dell’utente”* (OP2, dom. 10); *“dire troppo, non è rispettoso nei confronti della persona che ti confida qualcosa sicuramente di difficile, doloroso, a volte anche molto intimo”* (OP3, dom. 10). In senso inverso, bisogna anche essere in grado di capire quali informazioni ritenere dagli attori informali, stabilendone l’importanza, anche tramite il confronto con i colleghi e il responsabile (OP2, dom. 10). *Privacy* e riservatezza non dovrebbero, però, concernere soltanto gli operatori ma tutte le persone, che potrebbero quindi essere sensibilizzate sulla questione all’interno delle pratiche quotidiane degli OP: *“[...] alcuni limiti che tutti hanno sulla privacy [...] quando ci viene detto qualcosa che entra un po’ nella sfera privata, possiamo attenzione la persona sul fatto che quella confidenza lì è qualcosa di molto delicato”; “posso invitarlo a chiederlo alla persona”* (OP1, dom. 10).

Emerge, quindi, la complessità della gestione dell’informazione nella pratica professionale. Per l’OP 1, questo tema rappresenta un limite, più che altro per gli operatori. L’OP 2 lo definisce uno *“scoglio”* e parla di riuscire a *“navigare”* tra segreto professionale, rispetto della *privacy* e della riservatezza, come pure di responsabilità nei confronti del servizio: *“Va tutto un po’ trattato con cura”* (dom. 10). L’OP 3, dal canto suo, esprime che più che una difficoltà, si tratta di *“un tradurre”*, di *“filtrare quello che si può filtrare, quello che hai il permesso di filtrare, e farlo nel miglior modo possibile in base all’interlocutore che hai dall’altra parte”*, agli obiettivi e alla situazione, che bisogna valutare e definire il più possibile, sempre nel rispetto dei limiti legali/deontologici e dell’utente. *“E questo è difficile”* (dom. 10).

5.3 Pratiche di intervento e possibili sviluppi

5.3.1 Le pratiche attuali

L’operato degli OP del Servizio di prossimità di Ingrado contempla attualmente delle pratiche che coinvolgono attori della comunità informale. Queste figure *“si trovano giorno per giorno, lavorando nei vari contesti”* e sono individuate nei *“luoghi di vita”* e di frequentazione dall’utenza, tramite l’attività di monitoraggio e di mappatura del territorio: *“chi ci può dare una mano o coloro a cui noi possiamo dare una mano, è chi c’è intorno. E quindi luoghi di interesse, il bar, il negozietto, il kebabbaro, ...”* (OP2, dom. 6), *“nei posti dove possono transitare persone escluse cercando cibo o bere, [...] nei punti interessanti”* (OP1, dom. 6). A

volte *“si trovano anche in modo fortuito”* (OP3, dom. 6) e possono rivelarsi durante gli accompagnamenti individuali, come quando, ad esempio, recandosi con un utente a visitare un appartamento, si incontra un custode che mostra una certa sensibilità nei confronti delle difficoltà della persona (OP2, dom. 7). In generale, gli operatori entrano in contatto con questi attori *“facendo due chiacchiere”*, presentandosi e lasciando il biglietto da visita con il numero di telefono, *“spiegando cosa facciamo, [...] che lavoriamo sul territorio, di chi ci occupiamo e cosa potremmo fare per aiutarli”* (OP1, dom. 6 e 7; OP2, dom. 7). Esprimono poi la loro disponibilità: *“noi ci siamo, se c'è qualche situazione che ci volete segnalare, una persona che sta male, che chiede aiuto o fa casino, chiamate noi”* (OP1, dom. 6). Come visto nel capitolo 5.2.1, capita che grazie a queste “antenne sul territorio” gli OP intercettino bisogni o difficoltà dell'utente, personali o nella sua relazione con degli attori della comunità, così da poter offrire un sostegno (OP 2, dom. 4). Allo stesso tempo, gli OP possono fungere da mediatori laddove sorge qualche problema o conflitto (OP1, dom. 7). Inoltre, pratiche di mediazione possono essere svolte anche nella rete familiare dell'utente: *“mettendo al centro il benessere, la salute, il buon percorso di cura della persona, hanno capito che la cosa migliore era collaborare”* (OP3, dom. 6). Queste pratiche sono sempre svolte *“nell'ottica della promozione della qualità di vita e del benessere degli utenti”* (OP2, dom. 6) e, come visto nel capitolo precedente, nel quadro del rispetto del segreto professionale e della *privacy*.

Attraverso il loro intervento, gli OP svolgono anche una funzione di *linkage*, che necessita una profonda conoscenza delle reti informali e comunitarie, con le quali si lavora a stretto contatto (Blumer, 1992). Si tratta di legare, di rafforzare i legami tra l'utenza e la “maglia sociale” e di accrescerli, rendendoli *“più importanti, più visibili, più presenti”* (OP3, dom. 2). In particolare, l'OP 3 parla di *“unire, cioè “fare ponte”, tra il disagio e la persona e non soltanto gli enti di cura, ma anche [...] tra la persona e la società, la comunità, la popolazione, la Città, che a volte è molto urbana e questi fenomeni vengono visti in modo marginale o in modo un po' limitato, superficiale. Sono fenomeni che fanno parte della Città e la Città deve essere presente. E questo lo fa l'operatore”* (dom. 7). Gli OP, dunque, creano attivamente dei contatti con gli attori della comunità, con l'obiettivo *“di introdurre [quella] persona nel mondo delle dipendenze o del disagio della persona [utente], perché è importante che ci sia o, a volte, perché è importante per la popolazione evitare situazioni pericolose [come l'abbandono di materiale di consumo sul suolo pubblico]”* (OP3, dom. 7). Partendo da bisogni comuni e mettendo al centro l'utente, gli OP cercano così di costruire un *“mosaico”*, ovvero operano per far comprendere alle varie figure che lavorano o che gravitano attorno all'utenza che non sono le uniche, ma che ci sono altri attori presenti e che *“ognuno si deve prendere cura di un aspetto”* (OP3, dom. 6). Lo scopo è creare *“dei punti di unione”*. Ad esempio, facendo *“conoscere all'operatore ecologico del Parco Ciani qualcuno che ha una cattiva abitudine di lasciare del materiale pericoloso in giro. Magari si possono conoscere e cominciare a capire qual è l'attività di questa persona a livello professionale e qual è un po' il disagio, la problematica che fa sì che la consapevolezza della persona non sia raggiunta”* (OP3, dom. 7). Tramite l'incontro, si può abbattere il muro della diversità per addentrarsi nella dimensione della differenza, spostandosi dalla propria condizione per avvicinarsi a quella dell'altro, così da restituirgli la sua complessità (Palmieri, 2017).

La collaborazione o il contatto con attori della comunità informale nascono, a volte, per favorire l'integrazione dell'utente o evitare una sua discriminazione o stigmatizzazione, quindi per *“far capire alle persone che fanno parte della comunità che dobbiamo, che è nostro*

dovere, integrarli o fare in modo che si possa convivere, quindi abbassare la soglia della tolleranza” (OP3, dom. 6). Perché il territorio deve riuscire a convivere con tutte le sue sfaccettature, riportando alla luce i fenomeni e i disagi sommersi; l'operatore di strada lavora in questo senso, cercando di ricondurli in superficie, gradualmente, in modo gestibile (Zampetti, 2016). L'operato degli OP tende, perciò, anche a fare in modo che le persone abbiano uno sguardo differente verso la problematica delle dipendenze. *“E io penso che questo lavoro l'abbiamo fatto tanto. L'abbiamo fatto con i baristi, con gli autisti del bus del Viale Cattaneo, con tutti i bar della zona, con chi svolge un'attività in quelle zone... penso che in questi ultimi anni è una delle attività che abbiamo fatto di più. Vorremmo farla ancora ma purtroppo ha bisogno di tempo, di risorse e non sempre è possibile. Ma è essenziale secondo me”* (OP3, dom. 7). Secondo Merlo (2001), lavorare sulla percezioni degli attori sociali che interagiscono con persone con problematiche di dipendenza (baristi, negozianti, cittadini,...) è un obiettivo fondamentale del lavoro di strada. Con la sua presenza, infatti, l'operatore sociale entra nel contesto “della strada” recitando una parte non prevista nel copione dei diversi attori in campo, spingendoli così a ridefinirsi e introducendo l'informazione che “quelle persone” sono cittadini con cui è possibile relazionarsi. “Riduzione del danno”, infatti, significa anche migliorare la dimensione relazionale all'interno dei luoghi di vita dell'utenza, come *“pratica di riduzione dell'esperienza dannosa”* (p. 165).

Queste pratiche si ritrovano nelle fasi del lavoro di strada presentate nell'Allegato 6 (pagg. 97-100) e, per quanto riguarda nello specifico il modello della riduzione del danno, nell'Allegato 9 (pagg. 103-104).

5.3.2 Possibili piste di sviluppo e integrazione

Mediazione e sostegno alle relazioni

Nel capitolo precedente, affiorano le pratiche di mediazione delle rappresentazioni e di situazioni problematiche messe in atto dagli operatori del Servizio di prossimità. Sembra emergere, tuttavia, un desiderio soggettivo di dedicarsi maggiormente o di implementarle: *“[...] l'abbiamo fatta tanto. Vorremmo farla ancora ma purtroppo ha bisogno di tempo, di risorse e non sempre è possibile”* (OP3, dom. 7); *“Pochissime [collaborazioni]: qualche contatto con alcuni esercenti”*; *“Fino ad oggi abbiamo svolto qualche piccola mediazione in contesti di questo tipo”* (OP1, dom. 7). Questi elementi potrebbero già fornire un primo spunto di riflessione per alcune pratiche potenzialmente implementabili.

Nel corso dell'intervista all'OP 1, come esposto nel capitolo 5.2.1, emerge che, a suo avviso, non è tanto l'attivazione di relazioni di cura informali a poter costituire un ostacolo, ma piuttosto il loro mantenimento a lungo termine a causa di alcune difficoltà degli utenti: *“conoscendo l'andamento dei nostri, altalenante, con momenti di sclero quindi mi posso immaginare che nel lungo periodo possa esserci un sabotaggio della relazione informale piuttosto che un conflitto”* (dom. 10). Questo viene ripreso anche dall'OP 2 *“molti dei nostri utenti faticano nella costanza e sono dei caratteriali, quindi basta che cada una cosa per terra che magari esce una bomba nucleare”* (dom. 8). D'altro canto, tra gli attori informali sul territorio sembra esserci una *“ricerca di relazione, di mediazione che nasce spontanea e quindi a maggior ragione il nostro ruolo può essere d'aiuto in questi casi”* (OP1, dom. 10).

Il ruolo potenziale a cui si riferisce l'OP 1 è quello di *“mediatori di comunità”*, con una *“intensità variabile in base alle tipologie di difficoltà: dove c'è una persona che ha una costruzione psichica più sofferente, forse lì dovremmo agire con più frequenza, con più intensità”* (dom. 10). In particolare, appunto, nelle situazioni di profonda sofferenza psichica delle persone, che possono generare dei conflitti di difficile comprensione per chi non è un professionista (dom. 10). Forse, parzialmente su questa linea, anche l'OP 2 parla di *“fungere da appoggio a persone del mondo esterno, che magari si trovano in delle situazioni in cui fanno fatica a comprendere, perché non hanno quegli strumenti che invece abbiamo noi”* (dom. 5). Il ruolo degli OP sarebbe dunque quello di *“intervenire nei conflitti, di mediarli, di attutirli o di orientare verso una risoluzione del conflitto”* (OP1, dom. 10). Il senso è anche quello di poter alleggerire il più possibile la comunità informale, di sostenere le relazioni nella quotidianità e di fungere da punto di riferimento: *“non sei solo. Se c'è qualcosa che non sai come gestire, ci sono io”*, soprattutto in situazioni molto complesse, articolate *“bisogna proprio avere un profilo che sostenga le relazioni informali. Bisogna pensarla bene”* (OP1, dom.10).

Il conflitto è insito in tutte le relazioni di convivenza, nelle forme più diverse; perciò, è necessario apprendere a vivere con esso, vedendolo come ricco di potenziale di cambiamento. È per questo che, spesso, è a partire dal conflitto che si originano progetti di sviluppo di comunità. La comunità non è solo il contesto del conflitto ma è anche il suo soggetto, quindi può diventare anche soggetto della mediazione e imparare da esso (Martini & Torti, 2005). La mediazione è anche un mezzo per promuovere la partecipazione, sia dei cittadini che dei soggetti marginalizzati, nei processi di cambiamento del proprio territorio (Zampetti, 2016).

Infine, secondo l'OP 3, *“il futuro va indiscutibilmente verso un'integrazione di queste persone”*, con un *“grandissimo lavoro da fare da parte delle comunità, che bisogna studiare per valutare qual è il modo migliore”* (dom. 11). Questi cambiamenti devono, però, essere prodotti sia dal basso ma anche dall'alto. In questo scenario, l'OP può, a suo avviso, assumere un *“ruolo strategico”*, ovvero quello *“di mediatore, di traduttore [...] in modo che i politici, la popolazione, le istituzioni e anche a volte i servizi possano capire qual è la problematica, qual è la richiesta, se c'è, o qual è il bisogno, e come devono dar seguito”* (dom. 11). Se questa traduzione non avviene, c'è il rischio del fallimento. Quindi l'*“operatore è un pezzo chiave di questa scacchiera. Se vuoi fare una buona partita, hai bisogno di un mediatore che possa facilitare i passi avanti nel percorso”* (dom. 11).

Pratiche di animazione di comunità

“In parte entra un po' anche nella sfera dell'animazione secondo me, l'animazione di comunità nel senso di... ricordo che in Italia alcuni progetti di comunità prevedevano per esempio l'organizzazione di eventi che coinvolgessero le persone tra virgolette emarginate e gli altri attori informali vicini e quant'altro” (OP1, dom. 12). Così l'OP 1 si riferisce a un progetto di *housing* per persone senza dimora, in cui l'operatore di riferimento di ogni persona disponeva di un monte ore dedicato a organizzare eventi che coinvolgessero il quartiere e la persona appena inserita, *“per facilitare la comunicazione, la costruzione di relazione”* (dom. 12). *“Secondo me funziona. Il mangiare insieme è un momento che crea relazione da sempre, [...] condividere... il momento di condivisione del pasto, per esempio, o della serata in cui c'è un gruppo a suonare nel quartiere e stiamo lì insieme a fare due chiacchiere, sono quei momenti che fanno un po' da ponte. Quindi secondo me quelle*

competenze lì non sarebbero male nel nostro lavoro, avere un occhio più su questo aspetto qui: lavoriamo nell'organizzare qualcosa di bello e di sano che coinvolga tutti, i nostri e gli altri, e noi facciamo un po' da ponte per i nostri per tirarli dentro" (OP1, dom. 12).

Le pratiche di animazione sociale nel lavoro di strada sono destinate a tutta la popolazione, se pur mantenendo un occhio di riguardo verso le persone o i gruppi più fragili o emarginati. Lo scopo perseguito è quello di prevenire il disagio e la devianza, accrescendo i fattori protettivi, tramite la sensibilizzazione sul tema del disagio e della partecipazione sociale e attraverso la valorizzazione di risorse e competenze individuali, di gruppo e di comunità. Come il modello del lavoro di strada in riduzione del danno, quello di animazione di strada risponde a un duplice mandato sociale: il controllo del territorio per diminuire fenomeni di disagio e devianza e l'offerta di risposte ai bisogni dei soggetti target (Zampetti, 2016). Di conseguenza, potrebbe forse rappresentare un ulteriore strumento a disposizione. Devastato (2001), inoltre, sottolinea che la socio-animazione può essere itinerante, ovvero non focalizzarsi soltanto sulle "aree di disagio", bensì su tutto il territorio (piazza, quartieri, ...) come ambito di intervento complessivo. In questo modo, si colloca *"nel punto fisico più vicino al flusso naturale e ordinario dei mondi di vita ("helpers naturali")"* (p. 117) e diventa un approccio ecologico-territoriale. Questo è volto a creare scambi socializzatori per favorire la crescita degli individui, il cambiamento del contesto e la produzione collettiva di un nuovo legame sociale, riconoscendo il potenziale umano dentro la comunità locale. La sofferenza sociale è così ricondotta al suo contesto globale in cui deve essere decodificata.

Associazione di persone

Secondo l'OP 2, se gli utenti *"vengono visti in negativo e non in positivo, o comunque sia, non vengono tenuti tanto in considerazione all'interno della comunità, probabilmente è perché non sono tanto organizzati"* e parla di *"dare voce a queste persone, all'interno della comunità"*, mettendole *"in condizione di far valere la propria cittadinanza e quindi esprimersi"* (dom. 11). Introduce, in seguito, l'idea di costruire *"un'associazione di persone che parlano, organizzare degli eventi in cui sono protagonisti e dove non sono solo dei "reietti" ma sono parte di qualcosa, si sentono riconosciuti in qualcosa. Sono artefici di qualcosa"*. Non si vuole mistificare la loro situazione ma *"dare credito, responsabilizzarli"*. Perché per essere accettati dalla comunità, si parte anche *"dal fare qualcosa per la comunità"* (dom. 11). L'OP 2 precisa poi che *"di base deve tutto partire dagli utenti"*, che possono però essere aiutati in questo, poiché, secondo lui, *"forse dopo anni e anni di ghettizzazione e di privazioni, tra virgolette, di reclusione in un piccolo spazio o di chiusura, anche da parte del resto della popolazione, non hai più tanta voglia di spenderti"* (dom. 12). Dopo tanti anni di esclusione, può infatti esserci nell'utenza il sentimento che *"mi hai escluso per 20 anni, e ora io dovrei parlare con te?"* (dom. 12). *"Forse un lavoro che noi possiamo fare è quello di riabituare le persone a sentirsi attive. Poi se cambia un po' la visione, man mano le cose vanno da sé"* (dom. 11).

Zampetti (2016) riporta che le persone con problematiche di dipendenza possono vivere in una situazione di emarginazione tale da non vedersi più riconosciuti il loro posto di cittadini. Il compito dell'operatore è perciò anche quello di riconoscere questi diritti negati e di promuoverli presso la società. E per lottare contro l'esclusione, non è possibile prescindere da una partecipazione attiva degli individui esclusi. Nel lavoro di strada e in quest'ottica, l'utente è da considerarsi più come un partner degli interventi, la cui voce deve essere presa in considerazione, che come un destinatario degli stessi (Jacques & Figiel, 2006; Martini & Torti, 2005). La partecipazione attiva accresce il senso di poter influenzare i fattori che

condizionano la propria vita e di poter contribuire a questioni che riguardano la comunità, rinforzando, di conseguenza, anche il sentimento di appartenenza ad essa e la responsabilizzazione dei soggetti. Nell'intraprendere queste pratiche, è importante determinare le motivazioni di fondo e gli obiettivi a cui si mira, come pure stabilire chi si fa carico del ruolo di promuovere e sostenere nel tempo la partecipazione, assumendosi la responsabilità verso le persone (Martini & Torti, 2005). Inoltre, è importante che l'operatore che si confronta con soggetti da tempo emarginati, sia preparato a espressioni di rabbia o di ostilità da parte di quest'ultimi verso le autorità locali, gli altri cittadini e potenzialmente anche verso gli operatori stessi. Per intraprendere azioni efficaci, essi devono aiutare le persone a esplicitare il perché del loro risentimento e favorirne una rielaborazione (Twelvetrees, 2008).

Questi differenti spunti di possibili sviluppi portati dagli OP possono ricondursi a diversi modelli di lavoro di strada (Allegato 7, p. 101), che sono, come già esposto nel primo capitolo, tra loro permeabili. Secondo Santamaria (1998), i numerosi obiettivi del lavoro di strada variano a seconda del contesto di intervento, dei progetti concreti e dei mandati. Tra di essi ve n'è però uno che è trasversale a tutte le situazioni: lo *sviluppo di comunità*, "inteso come conoscenza del territorio, dei suoi problemi e delle sue risorse, come messa in rete dei servizi, come promozione di un'attenzione preventiva" (p. 37). Come ricordano tutti gli operatori (OP1, OP2, OP3, dom. 11 e 12), per la messa in campo di pratiche che valorizzino, coinvolgano e integrino maggiormente la comunità informale nella cura di persone con problematiche di dipendenza, servono tempo, risorse, competenze specifiche e una riflessione approfondita su come adattare i modelli teorici esistenti all'operato e all'utenza specifica del Servizio di prossimità di Ingrado, all'interno di una visione di integrazione e mediazione da supportare con metodologie e strumenti. Emerge, però, anche la necessità di azioni a livello "macro" e di una sinergia su più ampia scala, che coinvolga differenti attori sociali e istituzionali, così come l'importanza di avere delle basi formali che permettano alle diverse idee e progetti di essere realizzati.

7. Conclusioni

Prima di intraprendere questo lavoro di tesi, non mi ero resa conto di quanto potesse essere complesso definire il concetto di "comunità". Nelle definizioni degli operatori, emerge infatti la connotazione personale che ognuno di loro conferisce a questo termine, in modo, però, conciliabile: nel complesso, esse confluiscono nell'idea di una comunità locale, in cui le relazioni hanno un ruolo importante e che è declinata in funzione del *setting* di intervento territoriale degli OP, con il vantaggio di poter essere adattata empiricamente a differenti situazioni. Dalle interviste, risulta inoltre che la "comunità curante" è intesa dagli OP come un insieme di attori, formali e informali, presenti sul territorio e nei luoghi di vita delle persone con problematiche di dipendenza, che esercitano una funzione di "care" nei loro confronti. L'accezione di quest'ultimo termine comprende sia la cura sociosanitaria e professionistica (*to cure*), che il "prendersi cura" (*to care*) in tutte le sue possibili e più ampie forme, dalla vicinanza affettiva ed emotiva, al far sentire l'altro accettato e riconosciuto, fino al "fare la spesa". Pensando alla "comunità curante", e in particolare agli attori informali (ma non solo), nelle rappresentazioni degli operatori ritorna spesso anche l'idea di una comunità che accetta, comprende e sostiene, anche nella differenza e sapendosi adeguare. Gli OP parlano di responsabilità della comunità, di dovere di integrare e di includere, di un mosaico

in cui tutti devono prendersi cura di un aspetto, poiché la cura non passa solo dalla medicina ma anche dal sentirsi accettati e parte di qualcosa. In tutte le interviste, gli OP esprimono infatti il pensiero che, oltre ai servizi, anche la popolazione abbia un ruolo e un potenziale di cura, costituendo così una risorsa importante per il benessere e la qualità di vita di persone con problematiche di dipendenza, sia in modo diretto che attraverso il sostegno o la facilitazione del lavoro degli OP. Di conseguenza, si afferma il tema della complementarità tra il sostegno formale fornito dagli OP e quello informale fornito dalla comunità, dove entrambi presentano sia dei punti di forza che dei limiti, che possono essere potenziati (i primi) o ridotti (i secondi) grazie ad un'integrazione tra l'operato degli OP e l'agire degli attori comunitari. Questo deve essere fatto, però, senza mai dimenticare di valutare le situazioni, così come i bisogni, i desideri e le difficoltà specifiche di ogni utente. In quest'ottica integrativa e di coinvolgimento di attori della comunità informale nel sostegno di persone con problematiche di dipendenza, gli operatori mettono in luce anche la complessità della questione del segreto professionale, della riservatezza e del rispetto della privacy dell'utenza, elementi che possono generare delle difficoltà in cui l'operatore deve sapersi muovere nella sua pratica quotidiana.

Nelle interviste, si rileva poi come tema ricorrente quello della condizione di solitudine, esclusione sociale e di marginalizzazione che vivono le persone seguite dal Servizio. In rapporto a ciò, emerge anche la tematica dell'esistenza di un immaginario collettivo rispetto alla figura del "tossicodipendente", ciò che potrebbe avere un'influenza sull'atteggiamento della popolazione nel mantenere una distanza dall'utenza ma, potenzialmente, anche sull'agire degli stessi OP, ponendo un freno al maggiore coinvolgimento della comunità informale all'interno delle loro pratiche. Infatti, se da un lato è stata messa in evidenza la presenza di una stigmatizzazione degli utenti da parte degli attori informali, che faticano a comprendere la dipendenza come una malattia dietro cui soggiace una grande sofferenza, dall'altro è stata riscontrata, nella pratica, anche una grande sensibilità verso le persone che vivono questa condizione. Questa doppia prospettiva non introduce, a mio avviso, una contraddizione ma offre alla questione una maggiore complessità e uno spunto da approfondire. Gli OP concordano, in ogni caso, sul fatto che sia importante un lavoro sulle rappresentazioni del fenomeno delle dipendenze e sul favorirne una maggiore comprensione da parte della comunità informale, per promuovere l'inclusione degli utenti ma anche per agevolare l'attivazione e il mantenimento delle loro relazioni con queste figure, che costellano (o potrebbero costellare) la loro quotidianità.

Per quanto riguarda le pratiche di intervento attuali degli OP, essi procedono già ad un lavoro in integrazione con la comunità informale, creando dei contatti con potenziali "antenne sul territorio" per intercettare bisogni e difficoltà dell'utenza, come anche degli attori informali nel rapporto con quest'ultima. Svolgono anche alcune attività di mediazione quando sorgono conflitti o situazioni problematiche. Infine, cercano di creare dei punti di unione tra le persone seguite dal Servizio e le figure che vi gravitano intorno, favorendo l'incontro, una maggiore comprensione reciproca e l'adozione di uno sguardo differente verso la problematica delle dipendenze. Tutto questo al fine di favorire il benessere degli utenti, la convivenza nella differenza e la riduzione di alcuni fenomeni pericolosi per la popolazione. Tuttavia, sembra riscontrarsi anche un'apertura degli OP a rinforzare e implementare queste azioni. In questo senso, emergono alcuni spunti di riflessione attorno a nuovi metodi e pratiche, che potrebbero permettere di sostenere le relazioni informali tra l'utenza e la comunità informale

a medio e lungo termine, in funzione delle situazioni individuali (mediazione comunitaria e sostegno alle relazioni), di integrare maggiormente l'utenza nel tessuto sociale favorendo l'incontro e la condivisione con persone della comunità (pratiche di animazione di comunità), e di ridare voce agli utenti, responsabilizzandoli tramite pratiche di partecipazione e cittadinanza attiva (associazione).

Quanto esposto mi rammenta le parole di Zampetti (2016) sul fatto che il ruolo degli operatori di strada sia anche quello di riportare alla luce fenomeni sommersi, per restituirli alla responsabilità della collettività nel prendersi cura anche degli *“invisibili”, delle persone più emarginate* (p. 247), ripensando il territorio in ottica di costruzione di spazi di integrazione invece che di muri o di barriere. La *“riduzione del danno”*, infatti, contiene in sé delle potenzialità strategiche di attivazione dei territori, quali la mediazione sociale e la promozione della partecipazione o di interventi integrati che focalizzino lo sguardo su tutto il territorio. Gli interventi di *“riduzione del danno”* possono, infatti, costituire la base di partenza per elaborare strategie integrate di *sviluppo di comunità*. Per l'inclusione e l'integrazione degli utenti, oltre a operare all'interno dei servizi e sulle competenze individuali delle persone accompagnate, sembra quindi essere necessario lavorare anche con le reti territoriali e comunitarie, allo scopo di ridurre gli *handicap* del contesto (Camarlinghi et al., 2022).

Inoltre, un aspetto importante che è stato introdotto solo parzialmente nel presente lavoro, ma che emerge nelle interviste e che figura nella letteratura, riguarda il fatto che, malgrado il ruolo importante che svolgono e possono svolgere gli OP del Servizio di prossimità di Ingrado, per promuovere questo tipo di cambiamento sociale serve un'integrazione e un più ampio apporto da parte di tutte le sfere della società, in ottica sistemica (Martini & Torti, 2005).

Dal mio punto di vista, tuttavia, ogni pezzo del *puzzle* è significativo e da qualche parte bisogna cominciare, cercando di capire come apportare e valorizzare il proprio contributo, tenendo conto delle potenzialità e dei limiti del proprio contesto professionale. E questo può iniziare, a mio parere, anche da un semplice sguardo: *“C'è sempre qualcuno che ha un occhio di riguardo per l'altro, tu devi coglierlo e fare in modo che possa convivere con la problematica”* (OP3, dom. 8). Le risorse possono esserci, ma è importante riuscire a vederle e avere fiducia in esse, senza idealizzarle, certo, ma cogliendo la presenza di un potenziale, di una possibilità. Le risposte fornite dagli OP mi sembrano andare in questa direzione, raggiungendo il senso della visione della *“Caring community”*. Sorge, però, una domanda: la comunità deve curare? Penso che si tratti di riflettere su quale visione del mondo e del futuro vogliamo adottare: *“Il discorso è un po' a monte, è una domanda più filosofica: che tipo di comunità vogliamo essere? Vogliamo essere una comunità che aiuta il prossimo? Però bisogna anche capire come lo facciamo”* (OP2, dom. 4). L'utopia è per definizione irraggiungibile, ma costituisce, a mio avviso, un orizzonte di senso importante per fornire una direzione verso cui muovere, partendo da ciò che c'è. Non c'è benessere senza malessere, non c'è risorsa senza limite; a volte la difficoltà è trovare una via possibile per arrivare, non tanto in un luogo perfetto, ma in un *“buon posto dove vivere”*, per tutti i cittadini.

“Spesso accade che le persone vengono emarginate dal contesto sociale: quindi, il nostro lavoro è anche “andare insieme verso il mondo”, la ripresa di contatto con il resto della società” (OP1, dom. 1).

Bibliografia

Bjorn, A. (2004). A caring society. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 341–341. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00306.x>

Blumer, M. (1992). *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*. Erickson.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Camarlinghi, R., d'Angella, F., & Floris, F. (A c. Di). (2022). Lavorare in ottica di comunità. *Animazione sociale*, 351, 64–88.

Commissione della gestione della Città di Lugano. (2021). *Rapporto della Commissione della gestione relativo al MMN. 10778 concernente il mandato 2021–2024 conferito ad Ingrado-Servizi per le dipendenze in merito al finanziamento del servizio di prossimità del settore sostanze*. <https://www.lugano.ch/consiglio-comunale/Messaggi.html>

Comune di Lugano. (2013). *Mandato di prestazione tra il Comune di Lugano, rappresentato dal Municipio, e la fondazione STCA (Ingrado)*.

Danno.ch. (2022). *Cosa sono le droghe?* <https://danno.ch/sostanze>

Devastato, G. (2001). Progetto Moby Dick. Un «social travel» nelle piazze di Napoli. In Progetto formazione Capodarco (A c. Di), *L'operatore di strada* (pag. 115 ss.). Carocci.

Devastato, G. (2016). *Lavoro sociale e azioni di comunità. Metodi e strategie per nuovi spazi comunitari nelle utopie concrete dei Maestri e nelle riflessioni attuali*. Maggioni Editore.

Glenn, E. N. (2000). Creating a caring society. *Contemporary Sociology*, 29(1), 84–94. <https://doi.org/10.2307/2654934>

Ingrado. (2020). *Manuale della qualità*.

Ingrado. (s.d. - a). *Carta dei valori*. Ingrado - Servizi per le dipendenze. <https://www.ingrado.ch/content/carta-dei-valori.pdf>

Ingrado. (s.d. - b). *Servizi per le dipendenze*. Ingrado - Servizi per le dipendenze. <https://www.ingrado.ch/>

Ingrado. (s.d. - c). *Servizio Prossimità*. Ingrado - Servizi per le dipendenze. <https://ingrado.ch/prossimita>

Ingrado. (s.d. - d). *Tossicodipendenza*. Ingrado - Servizi per le dipendenze. <https://www.ingrado.ch/dipendenze/sostanze/tossicodipendenza>

Jacques, J.-P., & Figiel, C. (2006). *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/drogues-et-substitution--9782804150563-page-283.htm>

Labhart, F., Maffli, E., & Notari, L. (2021). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction. Conception d'un système d'indicateurs pour le Monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)*. (Rapport de recherche N. 131). Addiction Suisse. <https://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/andere-projekte/>

Lanzoni, L., & Rossi, L. (2017). *Sguardi sulle scienze umane. Moduli di antropologia e sociologia*. (Vol. 5). Zanichelli.

Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (Legge sugli stupefacenti, LStup) (del 3 ottobre 1951), n. 812.121 (2021). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1952/241_241_245/it

Maida, S., Molteni, L., & Nuzzo, A. (2009). *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Carocci Faber.

Marangelli, G., & Morazzoni, L. (2003). Se il paziente ritrova la rete sociale naturale. Per un miglioramento della qualità di vita dei cittadini affetti da disagio psichico. *Animazione sociale*, Agosto/Settembre. 79-86.

Martini, E. R., & Torti, A. (2005). *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti pratici*. Carocci Faber.

Merlo, R. (2001). "Street-workers" a Bologna. Per ridare capacità e competenza agli attori sociali. In Progetto formazione Capodarco (A c. Di), *L'operatore di strada* (pag. 159-181). Carocci.

Municipio della Città di Lugano. (2021). *Messaggio municipale no. 10778 concernente il Mandato 2021–2024 conferito ad Ingrado-Servizi per le dipendenze in merito al finanziamento del Servizio di prossimità del Settore sostanze*. <https://www.lugano.ch/consiglio-comunale/Messaggi.html>

OMS. (s.d. - a). *Dipendenza patologica*. Ministero della salute. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italia no&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>

OMS. (s.d. - b). *Salute / Promozione della salute*. Confederazione Svizzera. <https://www.edi.admin.ch/edi/it/home/temi/salute-e-promozione-della-salute.html>

Operatori di prossimità, & Responsabile di servizio. (2022). *Rapporto di attività del servizio di prossimità Ingrado per l'anno 2021*.

Palmieri, C. (2017). Capitolo 2.1.3. Differenza, Diversità, Empatia. In *Un'esperienza di cui aver cura... Appunti pedagogici sul fare educazione* (pagg. 45–48). Franco Angeli.

Pewzner, É. (2002). *Introduzione alla psicopatologia dell'adulto* (M. Rossi Monti, A c. Di). Einaudi.

Rappresentazione. (s.d.). In *Enciclopedia Treccani*.
<https://www.treccani.it/enciclopedia/rappresentazione>

Santamaria, F. (1998). Il lavoro di strada. Uno sguardo storico e le tipologizzazioni nel contesto italiano. *Animazione sociale*, Giugno/Luglio. 33-44.

Stigma. (s.d.). In *Enciclopedia Treccani*. <https://www.treccani.it/enciclopedia/stigma>

Stigma¹. (s.d.). In *Vocabolario Treccani*. <https://www.treccani.it/vocabolario/stigma1>

Twelvetrees, A. (2008). Capitolo 4. Lavorare con la comunità: Alcuni problemi pratici. In *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati* (pagg. 79–103). Erickson.

Ufficio federale della sanità pubblica - UFSP. (2015). *Strategia nazionale dipendenze 2017–2024. Versione adottata dal Consiglio federale, novembre 2015*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

Vandenbroeck, P., & Braes, T. (2020). *Integrated Community Care 4all. Sette principi di riferimento per la cura. Documento Strategico per il futuro della ICC*. Transnational Forum on Integrated Community Care. https://transform-integratedcommunitycare.com/wp-content/uploads/2021/03/ICC4All-Strategy_IT.pdf

Zampetti, A. (2016). *La strada educativa. Un approccio sistemico al lavoro educativo di strada*. LAS.

Allegati

Allegato 1:	Modello intervista	p. 40-41
Allegato 2:	Trascrizione intervista operatore 1 (OP1)	p. 42-51
Allegato 3:	Trascrizione intervista operatore 2 (OP2)	p. 52-66
Allegato 4:	Trascrizione intervista operatore 3 (OP3)	p. 67-78
Allegato 5:	Tabella di analisi tematica e comparativa delle interviste	p. 79-96
Allegato 6:	<i>Tabelle sinottiche delle fasi del lavoro di strada:</i>	p. 97-100
	<i>a) Motivazione – obiettivi specifici</i>	p. 97
	<i>b) Motivazione – destinatari della fase</i>	p. 98
	<i>c) Strategia – azioni strategiche</i>	p. 99
	<i>d) Strategia – spunti metodologici</i>	p. 100
Allegato 7:	<i>Tabella sinottica dei diversi modelli di Lavoro di Strada</i>	p. 101
Allegato 8:	<i>I modelli di lavoro di strada sugli assi partecipazione-controllo e normalità devianza (Riproduzione)</i>	p. 102
Allegato 9:	<i>Esempio di impianto strategico per un intervento di riduzione del danno</i>	p. 103-104

Allegato 1: Modello intervista

Contestualizzazione

Il mandato e il modello di lavoro di strada del Servizio di Prossimità di Ingrado-Viganello prevedono un'azione degli operatori in rapporto alla popolazione che abita il territorio del luganese. Partendo da questo punto, il presente LT vuole esplorare le rappresentazioni degli OP sulla comunità e sul ruolo che essa può svolgere nel sostegno dell'utenza specifica, focalizzandosi prevalentemente sulla componente informale della comunità. Nell'esplorazione di questi aspetti, si vorrebbe far emergere e valorizzare le principali riflessioni degli operatori in ottica di pensiero critico, come pure le pratiche di intervento già esistenti che prevedono un coinvolgimento della comunità informale, così da porre le basi per raccogliere ipotetiche nuove piste di intervento per quanto riguarda l'integrazione del loro operato con la comunità informale. La problematica è stata elaborata rifacendosi alla visione della "Caring community" e, di conseguenza, è stata formulata in termini di "comunità curante" e di funzione di *care*. L'indagine è inoltre stata condotta in relazione al lavoro e all'ambito di intervento concreto degli operatori di prossimità sul territorio luganese.

Domanda di indagine:

"In che modo gli operatori del Servizio di prossimità di Ingrado si rappresentano la "comunità curante" e la sua funzione di *care* in rapporto all'utenza specifica e, valorizzando le riflessioni emerse e le pratiche di intervento attuali degli operatori, cogliere delle possibili piste di sviluppo".

Raccolta dati operatori

- Quanti anni hai?
- Da quanto tempo lavori nel Servizio di prossimità di Ingrado?
- Qual è la tua formazione?
- Si tratta della tua prima esperienza come operatore di strada? Se no, quali altre esperienze di questo tipo hai potuto svolgere?

Introduzione

1. Potresti illustrarmi brevemente quali sono le principali caratteristiche del lavoro di strada del Servizio di prossimità di Ingrado?

Rappresentazioni degli operatori relative alla comunità curante e alla sua funzione di care

2. Pensando all'operato del Servizio di prossimità (lavoro di strada e sostegno abitativo), come definiresti il termine comunità?

3. Parlando invece di comunità curante, a cosa pensi? Quali attori ti vengono in mente?

4. Secondo te, quali tipologie di sostegno possono fornire gli attori della comunità, formali e informali, nei confronti della vostra utenza?

5. Quale incidenza (nel senso di rilevanza, efficacia, valore aggiunto) pensi possa avere il sostegno informale da parte di attori della comunità rispetto a quello pubblico/istituzionale?

Pratiche di intervento attuali

6. Quali collaborazioni con attori informali della comunità sono attualmente presenti?

7. Come sono state costruite queste collaborazioni?

8. Ti è mai capitato, nella tua pratica professionale quotidiana, di incontrare o di cogliere delle situazioni in cui degli attori informali attuassero delle azioni di cura nei confronti di utenti? Potresti portare degli esempi?

Riflessione critica in relazione alla comunità curante

9. Quali pensi possano essere i vantaggi e gli effetti positivi nel coinvolgere gli attori informali della comunità, nell'operato del Servizio di prossimità?

10. Quali possono essere, secondo te, le principali difficoltà o i principali limiti nel coinvolgere gli attori informali della comunità nell'operato del Servizio di prossimità?

Possibili sviluppi e modalità di integrazione tra l'azione del Servizio di prossimità e gli attori comunitari informali

11. Pensi che il lavoro in ottica di comunità informale, debba essere implementato all'interno delle vostre pratiche? In che modo ti immagini che possa essere fatto?

12. Quali conoscenze, competenze, risorse (personali e istituzionali/organizzative) pensi debbano avere gli OP per poter dare corpo a questo approccio?

Allegato 2: Trascrizione intervista operatore 1 (OP1)

Sto registrando, okay, dovrebbe funzionare! Allora, la mia tesi sarà esplorativa, quindi l'idea è quella di esplorare cosa voi operatori della prossimità pensate della comunità curante e del ruolo che questa potrebbe svolgere in termini di sostegno (io la chiamo funzione di care, ma nel senso ampio del termine), quindi quale ruolo potrebbe svolgere, in integrazione anche con i servizi. Dico esplorativo perché parto dalle vostre rappresentazioni, quindi non è una cosa che va proprio nel concreto, ma voglio capire cosa voi pensate. La prima parte sarà per raccogliere le vostre rappresentazioni su che cos'è la comunità (sempre tutto in ottica di operatori quindi per quanto riguarda il servizio di prossimità e l'utenza specifica). Dopodiché se ci sono delle pratiche di collaborazione con attori in particolare informali che sono già in atto; quali possono essere i vantaggi e gli svantaggi di utilizzare questo approccio quindi di coinvolgere anche degli attori della comunità informali e possibili implementazioni. Questo è un po' il programma. Hai qualche domanda?

No.

Okay, va bene. Ovviamente essendo che il Servizio opera all'interno della comunità luganese il focus è più circoscritto. Iniziamo.

- Quanti anni hai?

38

- Da quanto tempo lavori nel Servizio di prossimità di Ingrado?

Nel Servizio di prossimità dal 2019.

E prima avevi già avuto un'esperienza di lavoro a Ingrado?

Si, lavoravo al CAD, al Centro di accoglienza diurno.

Per quanto tempo hai lavorato al CAD?

Poco, un anno. Un anno al CAD e dopo sono passato in prossimità. Prima di Ingrado ci sono state altre esperienze ma a Ingrado ho iniziato nel 2018.

- Qual è la tua formazione?

Ho fatto l'università in Italia, a Bologna, in Servizio sociale, che è nella facoltà scienze politiche sociologia.

È paragonabile alla facoltà di Lavoro sociale in Ticino o è più verso le scienze sociali e la sociologia?

È un po' più articolata, però sì, è un po' sulla falsa riga del lavoro sociale che si fa qui. È un po' più articolata come programmi. Il lavoro sociale è più simile all'educatore socioculturale in Italia, come percorso. Però si può paragonare, nel senso che è equiparata ecco.

- Questa è la tua prima esperienza come operatore di strada?

No, ho avuto già esperienza.

E quali altre esperienze di questo tipo hai potuto svolgere?

Ho lavorato per circa 7 anni con le persone senza dimora, e quindi tra le tante cose che ho fatto c'è stato anche un servizio di strada, che per tipo di utenza era però più serale. Lavorava sui bisogni primari ma in realtà, come un po' facciamo anche qui, molto sul tema relazione, aggancio e percorso. Quindi si partiva in un altro punto per arrivare un po' quello che facciamo qui, creare la relazione di fiducia che, mi viene da dire, forse era anche più difficile per alcune persone senza dimora per il tipo di condizione, ecco, di chiusura, di esclusione e da lì poi si prova a fare dei percorsi che andavano sull'abitativo ma anche su tutto il resto, sanitario e sociale a 360°.

Quindi c'era anche lì la funzione di "ponte"?

Sì, c'era questa funzione di "ponte" e di accompagnamento. Spesso, essendo il mondo dei senza dimora in Italia negli ultimi tempi molto caratterizzato dalle persone senza permesso di soggiorno, quindi spesso oltre che fare da "ponte" bisognava proprio aprire delle porte che erano chiuse, e alcune non si potevano aprire quindi c'era la grande frustrazione perché alcune persone sono dei fantasmi in Italia, non esistono... perché non dovrebbero essere lì, ma sono lì.

1. Quali sono invece, secondo te, le principali caratteristiche del lavoro di strada del Servizio di Prossimità di Ingrado?

Okay, quindi ci focalizziamo sul lavoro che facciamo fuori dalle mura?

Sì, esatto.

Tralasciando il discorso rete e tutto quel capitolo lì... quindi come noi lavoriamo sul territorio, quale tipo di ruolo abbiamo?

Sì, quale è il vostro ruolo, la vostra utenza...

Sicuramente per la tipologia di utenza, che per mandato è quasi esclusivamente un'utenza tossicodipendente, il nostro ruolo in strada è un ruolo che ha come obiettivo primario quello di riuscire a creare una relazione, quindi ad agganciare le persone. E per la tipologia di... per il sistema di servizi che c'è qui in Ticino ma in Svizzera in generale, la nostra popolazione di

tossicodipendenti ha una serie di garanzie assistenzialiste importantissime ma che fa sì che tendenzialmente non abbiamo bisogno, spesso e volentieri, immediato d'aiuto e quindi il lavoro è molto più relazionale rispetto ad altre tipologie di utenza. Quindi bisogna riuscire a creare un contatto, una relazione e con quella reazione poi essere da sostegno alla persona, nel suo percorso di vita che, secondo me, per la mia esperienza, non deve essere per forza quello di cambiare la vita alla gente o di far sì che smettano di drogarsi, di curarli nel senso classico, mi viene da dire del termine, ma essergli accanto e garantire a queste persone, aiutarle ad acquisire una condizione di vita migliore, da un punto di vista di qualità di vita, quindi che vuol dire salute, vuol dire abitazione, ma vuol dire anche relazioni sociali con il territorio. Perché spesso quello che accade con tutte le persone diverse tra virgolette è che vengano emarginate dal contesto sociale e quindi il nostro lavoro è anche un po' quello, aggancio, relazione e poi insieme si va verso il mondo e anche verso sé stessi, quindi una cura di sé stessi ma anche una ripresa di contatto, a volte anche immediata, dove necessario, con il resto della società. Però, è un buon obiettivo anche quello di dare a semplicemente un momento di dialogo sano, ecco. Mi viene da dire, spesso andiamo al parco e lì, passare un'ora o mezzora con qualcuno, spesso il ritorno è "grazie perché almeno in quest'ora non ho parlato di droga". Può sembrare poco ma in realtà secondo me è importantissimo, da', come dire, delle parentesi di sollievo rispetto alla condizione psico emotiva e anche fisica totalmente coinvolgente, quella della tossicodipendenza, e spesso viene sottovalutata questa...questo valore. Si pensa che una perdita di tempo perché non c'è un progetto dopo, ma non ci può essere sempre un progetto, non ci deve essere per forza un progetto. Poi c'è tutto un lavoro da mandato, che abbiamo, di monitorare il territorio e quindi il nostro lavoro di strada è anche quello di monitorare, recarci in alcune zone del territorio luganese, periodicamente, e monitorare l'andamento di quelle di queste zone. Questo perché? Perché ci possono essere dei fenomeni sociali latenti, nascosti, e non estremamente palesi che possono essere da noi intercettati e si può lavorare anche in ottica preventiva, prima di un'esplosione più catastrofica di alcuni fenomeni legati sempre al consumo ma non per forza solo a quello. Noi siamo comunque degli occhi di persone competenti che sono sul territorio e guardano quello che accade. E secondo me è importantissimo questa cosa qui. Uscire dalle mura, andare verso il bisogno, andare verso il disagio, non aspettare che il bisogno e il disagio ti bussino alla porta come un po' era nell'ottica vecchia dei servizi è il futuro del lavoro sociale.

Prima parlavi delle relazioni sociali, del fatto che è importante aiutare le persone ad avvicinarsi anche maggiormente alla... alla società. Questo o viceversa, perché anche la società, magari deve avvicinarsi maggiormente. E questo è anche nel vostro mandato, mi sembra.

È anche nel nostro mandato. È l'obiettivo più difficile, secondo me, che abbiamo come mandato. Più difficile non solo da realizzare ma anche proprio da... da implementare e poi da rilevare noi in termini di risultati. È molto più complesso rispetto a un accompagnamento sanitario, ti faccio un esempio casuale, perché è anche più semplice agganciare una persona e invitarla ad andare dal medico, accompagnarla, prendere l'appuntamento, rispetto al discorso di relazioni sociali. Però nello stesso tempo forse la mancanza di relazioni sociali, quindi partendo dall'opposto, dall'assenza di relazioni sociali, quindi di vita di comunità, di emarginazione, come si suol dire, è forse una ferita ancor più grande di una ferita fisica per le persone con cui con cui lavoriamo. Fa molto più male ed ha anche ripercussioni più gravi,

cioè io penso che un tossicodipendente escluso ed emarginato faccia molta più fatica a immaginare di smettere di consumare o di ridurre il consumo rispetto a chi invece riesce ad avere delle relazioni sociali informali; quindi, non parlo come operatore ma informali, sane o comunque funzionali. Sentirsi accettati, come si dice in gergo, è una medicina formidabile molto più del metadone, se non ... quindi c'è questo discorso sicuramente importante. Poi la domanda era .. mi sono perso.

Mi parlavi del fatto che sarebbe importante per le persone tossicodipendenti essere incluse, perché le relazioni possono fungere da cura e aiutare molto di più... e quindi ci si riallaccia anche un po' al fenomeno della... della comunità, insomma, informale, e di cosa può fare. Quindi, partendo da questo, ti chiedo:

2. Pensando all'operato del servizio di prossimità (lavoro di strada e sostegno abitativo), come definiresti il termine comunità?

Come la definisco... rispetto al mio lavoro intendi o se immagino una funzione della comunità rispetto alle persone con cui lavoro?

Come la definisci, cosa intendi con il "comunità"?

Per comunità io intendo una serie di relazioni con diversi attori del territorio che possono essere persone più vicine a livello affettivo o meno, quindi semplicemente anche persone che si contattano durante la giornata, la quotidianità. Quindi è il mondo che circonda me e le persone con cui lavoro tutti i giorni, quindi la comunità sono gli altri, proprio nel senso lato, ecco, quella da guardare dal macro, quindi tutti gli altri con cui io entro in contatto nel mio contesto di vita. Questo per me è la comunità se devo dare una definizione.

E a livello geografico, si tratterebbe più della comunità luganese?

Rispetto al mio lavoro in realtà sì ma non solo. In realtà la comunità con cui noi entriamo in contatto e con cui dovremmo entrare in contatto è quella luganese ma spesso le persone con cui ci relazioniamo arrivano anche da altri territori e quindi sicuramente ci sono altri contesti comunitari che andrebbero, in qualche modo, affrontati, almeno sondati ecco. Ovviamente per chi arriva dall'Italia è molto più complicato perché non rientra nelle nostre competenze però anche lì a volte ci è capitato di fare dei lavori con delle persone di aggancio sul territorio e di coinvolgimento delle comunità anche lì, quindi di comunità territoriali anche lì. Molto più raramente perché non rientra nella nostra competenza però sì, immagino ovviamente per il nostro lavoro è, per lo più la comunità del luganese.

Ripensando all'utenza, quindi comunità per te possono essere tutte le relazioni che le persone hanno all'interno di determinato territorio, area geografica?

Sì. Mi viene da pensare alla persona che la mattina si sveglia e va al bar, prende il caffè e sta lì un'oretta, poi va al chiosco a prendere qualcosa da mangiare, poi arriva al parco, poi esce dal parco e va nella piazza dove conosce altre due o tre persone, si siede a fermarsi a parlare ecco quindi la comunità sono tutte quelle interazioni con gli altri, al di fuori di noi, che caratterizzano la nostra quotidianità nel territorio in cui in cui viviamo.

3. E parlando invece di comunità curante, a cosa pensi? Quali attori ti vengono in mente?

A me viene da dire che fa riferimento a chi si prende cura della persona che ha bisogno di cure. Quindi rispetto alle persone con cui lavoriamo noi, la comunità curante sono le persone che agiscono per far sì che stia meglio. Ovviamente stare meglio non è solamente un bisogno fisico ma anche un bisogno psichico ed emotivo, quindi se mi immagino la comunità curante ci posso mettere dentro degli attori formali quali il medico di famiglia come l'amico con cui la persona si confida o piuttosto lo psicoterapeuta. Quindi tutte quelle persone che si prendono cura, in maniera formale o informale.

E pensi anche a delle istituzioni o a degli attori che magari non hanno un rapporto così diretto con la persona ma che comunque hanno un'influenza sulla vita delle persone?

Se penso alla comunità curante dici?

Sì.

In che senso?

Anche delle collaborazioni con delle istituzioni che magari si fanno anche nella pratica, di persone dove non sono dei servizi di cura ma che comunque agiscono in qualche modo, hanno un ruolo o che tramite una collaborazione con loro si riesce a lavorare meglio... in questo senso.

Sì, sicuramente... persone che non hanno contatti con la persona specifica intendi?

Sì o che ne abbiamo marginalmente.

Okay. Ci sono le autorità sicuramente. Da questo punto di vista le autorità sono coinvolte nei percorsi di cura. Sicuramente le autorità di protezione hanno un potere importantissimo rispetto alla cura delle persone che seguiamo. A livello di istituzioni come dicevi tu, ma non solo, anche tutti quegli uffici dell'assistenza mi viene da dire, piuttosto che dell'invalidità o delle prestazioni complementari che sono coinvolti in prima persona nella cura e spesso non hanno contatti con le persone perché le persone sono sostenute da noi, piuttosto che da dei curatori che hanno anche una funzione di cura anche se non in senso, secondo me come lo intendo io, hanno una cura un po' diversa.

4. Secondo te, quali tipologie di sostegno possono fornire gli attori della comunità, formali e informali, nei confronti della vostra utenza?

A me piace dire che c'è tutto il mondo della cura istituzionale, quindi quella formale mi viene da dire, in cui ci rientriamo anche noi in qualche modo, quella professionalizzata che può fornire il tipo di cura che conosciamo, che abbiamo studiato sui libri, che vediamo tutti i giorni, quella classica. E poi ci sono invece quegli attori informali che secondo me, da un punto di vista di cura emotiva e psichica, possono essere più influenti di me. Nel senso, mi

pare che già ne avevamo parlato un giorno, spesso le persone con cui lavoriamo per ringraziarci ci dicono “si vede che non lo fai per lavoro” ed è la frase secondo me più significativa perché ti stanno dicendo “tu ti sei connesso a livello emotivo con me e non sei l’educatore in questo momento, non sei l’assistente sociale, ma sei una persona che è vicina ad un’altra persona e questa cosa mi fa bene quindi ti ringrazio”. Questo ha un potere enorme ed è sottovalutato nel nostro lavoro, cioè noi dovremmo essere dei... come si può dire... dovremmo essere dei promotori di questo tipo di cure, dovremmo essere dei mediatori, degli attivatori di questo tipo di relazioni e secondo me, in realtà, è più complicato a immaginarlo che a farlo. Forse nella pratica... da un lato non è così difficile fare da mediatori, da attivatori, dall’altro forse ci sono già queste situazioni di cui noi non siamo neanche a conoscenza ma che forse sono quelle stampelle per cui alcuni dei nostri riescono ancora ad andare avanti. A volte ci domandiamo “ma come fanno a essere ancora in piedi dopo questa vita che fanno?” e poi scopriamo che c’è il vicino che gli porta la cena, scopriamo che c’è la vicina che gli fa la spesa, che al di là dell’aiuto pratico e materiale, è una vicinanza affettiva ed emotiva che sono quelle che secondo me fanno andare avanti le persone. E quindi la comunità informale è un po’ il mio miraggio, secondo me quello su cui dovremmo, come operatori di prossimità, lavorare tantissimo. Oggi eravamo a mangiare la pizza qui e lei ci ha chiesto “ma siete degli studenti?” noi abbiamo detto “no, lavoriamo a Ingrado” e lei ha iniziato a parlarci dei nostri utenti e ha detto alcune cose che noi non sapevamo e ne parlava con affetto, con empatia, dicendo “è passata a salutarmi quella, l’altro giorno c’era quell’altro”. E tu ci pensi, perché un nostro paziente deve andare lì, senza soldi, a parlare con la pizzaiola, cioè perché è un sollievo, è una ricerca di contatto umano non professionale. Purtroppo, noi come professionisti, abbiamo un limite invalicabile ed è il fatto che siamo professionisti e questa è una penalità nel nostro lavoro.

5. Quale incidenza (nel senso di rilevanza, efficacia, valore aggiunto) pensi possa avere il sostegno informale da parte di attori della comunità rispetto a quello pubblico/istituzionale?

Il valore umano che può secondo me fare la differenza nella vita di una persona. Ed è anche un po’ quello che dicevano nel video alcuni intervistati, nel video sulla strada, sentirsi osservati, sentirsi giudicati, sentirsi soli, esclusi. Penso che un po’ la sostanza sia la causa ma anche la conseguenza, nel senso che io spesso consumo per non sentire, per anestetizzarmi, per auto medicarmi rispetto a condizioni magari biografiche di esclusione, di violenza, di emarginazione. E quindi in qualche modo la vera cura, come dicevo prima, non è solo o non è tanto quella farmaceutica, ma è questa, è far sì che la persona possa sentirsi invece accolta, accettata, accudita dal mondo in cui vive. Potrebbe fare la differenza.

6. Quali collaborazioni con attori informali della comunità sono attualmente presenti?

Pochissime. Abbiamo qualche contatto con alcuni esercenti perché noi come prossimità nel monitoraggio... l’unica cosa che abbiamo fatto per adesso come comunità, ma anche poco perché a volte ci dimentichiamo i biglietti da visita, però è quello di dire “siamo noi”, chi siamo, cosa facciamo ai negozi, ai bar, nei posti dove possono transitare persone escluse a cercare cibo piuttosto che da bere e dire “noi ci siamo, se c’è qualsiasi situazione che ci volete segnalare, una persona che soffre, una persona che sta male, che chiede aiuto o la persona che fa casino, chiamate noi”. E quindi abbiamo qualche contatto con qualche

chiosco che sono i punti più interessanti perché la birra costa poco, i Denner, qualche baretto, c'è un chiosco vicino al parco che fa anche credito ai nostri, quindi prendono a credito sigarette, questo è rarissimo, anche la pizzaiola di prima diceva che prima faceva credito ai nostri poi ha smesso perché a volte i crediti non rientrano. Quindi abbiamo questi contatti con queste realtà qui che sono quelle più informali con cui riusciamo ad avere contatti.

7. Come sono state costruite queste collaborazioni?

Presentandoci, spiegando che noi lavoriamo sul territorio, di chi ci occupiamo, cosa potremmo fare per aiutarli. Qualche volta ci è capitato di fare anche qualche piccola mediazione in contesti di questo tipo dove c'è un problema da risolvere. Quello che io ho notato è un'enorme sensibilità rispetto alla sofferenza che vivono i nostri. L'idea della colpevolizzazione del tossicodipendente è qualcosa che ha fatto il suo tempo non solo nei servizi, ma anche secondo me nel contesto culturale. Ovviamente ci sono ancora persone che la pensano così, che loro sono brutti e cattivi, ma ho visto che sta passando la sensazione che sono persone malate, che stanno male, che soffrono e che hanno bisogno d'aiuto. Una grande sensibilità e vicinanza. Si evita il più possibile di chiamare la polizia e questo non è poco perché se ci immedesimiamo nell'esercente x che ti entra una persona non lucida che fa casino, allora è più semplice chiamare la polizia e fare allontanare. Però c'è una ricerca di relazione, di mediazione che nasce spontanea e quindi a maggior ragione il nostro ruolo può essere d'aiuto in questi casi.

[Domanda 8] Certo, interessante. Questi sono già degli esempi che mi hai portato, perché la prossima domanda chiede se ti sia mai capitato di incontrare nella tua pratica delle situazioni in cui attori informali hanno attuato delle azioni di cura o attenzioni di cura nei confronti degli utenti. Queste possono essere in parte degli esempi che mostrano sensibilità. Non so se hai degli esempi anche più concreti di atti messi in campo da privati, da persone...

Sì, c'era un nostro paziente, diciamo un paziente storico, di una certa età che abitava in un palazzo qui a Viganello e una vicina gli portava tutte le sere la cena. Poi un giorno che non rispondeva al campanello, è stata lei ad allertare la polizia, per fortuna, perché poi gli hanno salvato la vita in questo modo e quindi... o al di là del fatto anche che questa persona, che era molto difficile dal punto di vista relazionale, aveva un enorme beneficio da quest'attenzione che gli veniva fatta da questa vicina, in realtà lui non mangiava, era magrissimo, quindi il cibo non so cosa ne facesse, però quel momento di attenzione serale lo aiutava a chiudere le giornate in maniera un po' più serena. E poi nella pratica puoi anche salvare la vita a una persona, se sei solo e muori in casa solo, se ne accorgono quando puzzi che sei morto. Cose che purtroppo succedono nel nostro lavoro. Questo è un esempio che mi viene in mente così su due piedi però ci sono state anche persone che hanno accompagnato persone tossicodipendenti da noi, a chiedere aiuto. C'è stato un cuoco che ha dato il mio numero a un ragazzo che aveva problemi di tossicodipendenza e lui mi ha chiamato sul telefono del lavoro chiedendomi aiuto. Oppure altre situazioni, ci sono dei ragazzi amici d'infanzia di un nostro paziente che sono stati loro a segnalare a noi questo nostro attuale paziente chiedendoci di aiutarlo. Quindi dove permangono delle relazioni umane possono fungere anche un po' d'antenna, mi viene da dire, per il disagio e quindi

agire precocemente. E fa la differenza perché anche la stessa dipendenza, le conseguenze psichiche e fisiche peggiorano con l'andare avanti nel consumo smodato della sostanza. Quindi l'azione precoce fa la differenza sotto tantissimi punti di vista.

[Domanda 9] Mi hai parlato di tantissimi vantaggi, di effetti positivi nel coinvolgere la comunità nel vostro operato sia per l'utenza che per il lavoro degli operatori. Non se ti viene in mente qualcosa d'altro rispetto ai vantaggi, agli aspetti positivi.

No, adesso no.

Ne sono usciti già tanti in realtà.

Sì, nel parlare ne abbiamo tirati fuori tanti.

10. Quali possono essere, secondo te, le principali difficoltà o i principali limiti nel coinvolgere gli attori informali della comunità nell'operato del servizio di prossimità?

Secondo me da un punto di vista teorico, la paura che noi operatori abbiamo nell'attivare la comunità è quella che dicevo prima, la paura dello stigma che ci può essere su questa tipologia di persone, quindi sulle persone con cui lavoriamo. Quindi la paura e la difficoltà che ci immaginiamo nel far accettare agli altri l'idea di aiutare i nostri. Però come ti dicevo prima secondo me, almeno quello che sto pensando negli ultimi giorni, è che è più una nostra paura che una realtà, una reale difficoltà. Quindi la difficoltà che posso immaginare io è nel periodo medio-lungo. Nel senso che a breve periodo l'attivazione di questo tipo non mi sembra che possa creare difficoltà, ma conoscendo un po' l'andamento dei nostri, altalenante, con momenti di sclero quindi mi posso immaginare che nel lungo periodo ci possa essere un sabotaggio della relazione informale piuttosto che un conflitto. Quindi secondo me in queste situazioni qua il nostro lavoro dev'essere proprio quello, di mediatori di comunità. Dovrebbe essere proprio un ruolo che dovremmo riuscire a definire e a caratterizzare, cosa fa un mediatore di comunità rispetto a queste due realtà: la persona che soffre e la comunità che può curare a livello informale. Che ruolo deve avere il mediatore di comunità e secondo me, tra questi c'è questo: il ruolo d'intervenire nei conflitti, di mediarli, di attutirli o di orientare verso una risoluzione del conflitto perché il conflitto ci può sempre essere, spesso nasce dalle incomprensioni, ancor più spesso per alcuni dei nostri nasce da delle sofferenze psichiche più profonde che chi non è del mestiere fa fatica a comprendere. Perché si sta arrabbiando questa persona? Abbiamo una persona che adesso è ricoverata volontariamente in clinica psichiatrica che aveva questi momenti in cui andava tutto bene e poi si arrabbiava e distruggeva quello che aveva creato. Abbiamo dovuto fare diverse supervisioni con la psichiatra per aiutarci a capire qual è il meccanismo psichico che portava questa persona a sabotare quello che aveva intorno di cura, quasi come se più lo si aiutava e questa persona doveva distruggere quello che si faceva per lui. Queste situazioni qua sono quelle che secondo me sono più difficili da immaginare in un contesto di cura informale comunitaria. Sono molto più difficili e quindi lì il nostro ruolo di mediatore di comunità dovrebbe essere molto più intenso. Ecco me lo immagino un po' a intensità variabile in base alle tipologie di difficoltà: dove c'è una persona che ha una costruzione psichica più sofferente, forse lì dovremmo agire con più frequenza, con più intensità. I limiti sono anche un po' questi mi vien da dire. Non possiamo chiedere troppo o responsabilizzare

eccessivamente la comunità informale. Ha un limite oggettivo dovuto al fatto che si tratta di una relazione informale volontaria costruita su un canale di comprensione, compassione quindi non si può e non si deve chiedere troppo a questo tipo di attore, anzi bisogna alleggerirlo il più possibile e farlo sentire sostenuto nella quotidianità quindi essere proprio da riferimento. Secondo me un po' il discorso di dare i biglietti da visita è anche quello: "okay, tu tutti i giorni hai a che fare con queste persone e comunque a prescindere da me succederebbe lo stesso, ma non sei solo. Se c'è qualcosa che non sai come gestire, ci sono io". Mi ricordo di questo chiosco nel parco che trovò, che aveva un nostro paziente che andava e a un certo punto, da che faceva credito andava lì con una carta di credito e comprava, comprava, comprava. Questo la terza volta che gli comprava un sacco di roba con la carta di credito, mi chiama e mi dice "guarda questa persona viene da tre giorni e ha questa carta di credito". Poteva chiamare la polizia e denunciarlo perché era molto semplice. Ci siamo messi d'accordo e lui da quel giorno non avrebbe più accettato pagamenti con questa carta, senza dare spiegazioni e poi io con un mio collega abbiamo intercettato questa persona e ci siamo fatti ridare questa carta di credito, rubata ovviamente. Ora al di là del fatto che avesse commesso un reato, però il fatto di non essere solo fa sì che quella persona dice, okay posso chiedere aiuto perché è una situazione un po' complicata, cosa possiamo fare. Però anche qui se ci pensi, lui poteva chiamare la polizia e denunciarlo perché aveva rubato la carta, il gesto è stato anche di comprensione rispetto a questa persona e quindi in questo senso il limite della comunità è questo: in situazioni molto complesse, articolate, bisogna sostenerli, bisogna proprio avere un profilo che sostenga gli attori informali. Bisogna pensarla bene.

Secondo te la privacy può rappresentare un limite?

Certo, sicuramente. Dal nostro punto di vista sì. Noi abbiamo dei vincoli fondamentali sulla privacy per cui non possiamo comunicare informazioni personali delle persone con cui lavoriamo agli altri. Possiamo se sono pazienti, come già sai, tramite alcuni svincoli firmati e autorizzati possiamo dare informazioni ma ai curanti formali. Nell'informalità noi non possiamo dire nulla e quindi questo è un enorme limite. Nel senso che se un attore informale mi chiede che terapia prende perché quando arriva da me al bar è sempre fatto, io non posso rispondergli. Posso invitarlo a chiederlo alla persona, quindi ancora una volta un'azione di intermediazione però noi abbiamo dei vincoli importantissimi sulla privacy che ci limitano in pratica. Dall'altro lato bisognerebbe sensibilizzare gli attori informali, nel caso in cui si andasse verso questa direzione, su alcuni limiti che tutti hanno in realtà sulla privacy. Perché la privacy riguarda noi come segreto d'ufficio, come segreto professionale ma riguarda un po' tutti in realtà. Quindi bisogna sempre essere attenti a quello che si dice sugli altri. Questo può essere un lavoro di sensibilizzazione che potremmo fare effettivamente, ma secondo me più che altro nella pratica quotidiana quindi situazioni in cui ci viene detto qualcosa che entra un po' nella sfera privata, possiamo attenzionare la persona sul fatto che quella confidenza lì è qualcosa di molto delicato. Però è più un vincolo nostro.

11. Pensi che il lavoro in ottica di comunità informale, debba essere implementato all'interno delle vostre pratiche? In che modo ti immagini che possa essere fatto?

Sì. Implementato, ma anche un po' dedicare del tempo sano di riflessione. Nel senso di mettersi lì e dedicare dei momenti proprio a pensarlo, a dire nella nostra realtà, rispetto ai

nostri obiettivi, alla nostra tipologia di pazienti, di persone che aiutiamo come possiamo progettare un lavoro che implementi quella cosa lì. Perché secondo me poi è quello che dobbiamo fare, come ti dicevo prima, dobbiamo essere degli attivatori, dei mediatori e quindi un po' da costruirci. Spesso presi dalla quotidianità, dalle tante cose, dalle urgenze, ma non solo urgenze, è trascurato. Ma come ti dicevo prima, è un paradosso secondo me perché potrebbe essere un sostegno importantissimo ai percorsi di cura che facciamo già con le persone, quindi un tassello mancante.

12. Quali conoscenze, competenze, risorse (personali e istituzionali/organizzative) pensi debbano avere gli OP per poter dare corpo a questo approccio?

Sì, sicuramente dedicare del tempo. Sto pensando a che competenze perché sicuramente rientra un po' nella storia della mediazione e quindi ci sono delle competenze specifiche sulla mediazione che potrebbero essere acquisite o riacquisite se le abbiamo un po' trascurate. In parte entra un po' anche nella sfera dell'animazione secondo me, l'animazione di comunità nel senso di... ricordo che in Italia alcuni progetti di comunità prevedevano per esempio l'organizzazione di eventi che coinvolgessero le persone tra virgolette emarginate e gli altri attori informali vicini e quant'altro. Era proprio l'obiettivo che si davano, era un progetto che riguardava il collocamento in abitazione dei senza dimora quindi dalla strada alla casa, ma nel fare entrare in casa la persona, tu gli davi le chiavi e c'era un rito formale della chiave, la prima cosa che l'operatore di riferimento aveva era proprio un monte ore dedicato ad organizzare eventi coinvolgendo il quartiere e la persona per facilitare la comunicazione, la costruzione di relazione. Sembra una cosa un po'... non lo so, ma secondo me funziona. Il mangiare insieme è un momento che crea relazione da sempre, nei secoli dei secoli, dalla preistoria, condividere... il momento di condivisione del pasto, per esempio, o della serata in cui c'è un gruppo a suonare nel quartiere e stiamo lì insieme a fare due chiacchiere sono quei momenti che fanno un po' da ponte. Quindi secondo me quelle competenze lì non sarebbero male nel nostro lavoro, avere un occhio più su questo aspetto qui: lavoriamo nell'organizzare qualcosa di bello e di sano che coinvolga tutti, i nostri e gli altri, e noi facciamo un po' da ponte per i nostri per tirarli dentro. Dove l'han fatto, funziona. Qual era l'altra domanda?

Risorse, competenze, conoscenze.

Sì, più o meno questo. Conoscenze invece ci sono letterature su letterature come sai, sul lavoro di comunità ma ci sta. Secondo me poi bisogna anche un po' leggere quei libri e immaginare qualcosa senza far riferimento solo alla teoria. Però è importante. Ti ricordi che parlavo di quello psichiatra brasiliano che lavorava nelle favelas? La comunità che cura tra l'altro, lui ha scritto un libro che si chiama "La comunità che cura". Lui parlava proprio di questo tipo di relazione informale con gente che soffre che trova giovamento più dal confronto con te che sei il suo vicino che dal confronto con il professionista. Magari si crea una fiducia diversa: è diverso, non è che è più o meno fiducia, ma proprio una qualità diversa del rapporto di fiducia

Allegato 3: Trascrizione intervista operatore 2 (OP2)

Come hai potuto leggere, il tema della mia tesi è capire cosa voi operatori del Servizio di prossimità pensate della comunità che ruota intorno alle persone che seguite e se può svolgere una funzione di “care” in termini generali, di sostegno, in qualsiasi modo. Si focalizza prevalentemente sulla comunità informale, anche se all’inizio ci sono un paio di domande che sono più generali, e poi si va a stringere sulla comunità informale. È una tesi esplorativa, quindi non ha lo scopo di proporre una modellizzazione ma semplicemente di cominciare a esplorare un po’ questo... fenomeno, che rientra anche in parte nel vostro mandato, e vedere quali sono le vostre rappresentazioni, come vi ponete. L’ho strutturata con una prima parte sulle vostre rappresentazioni, poi una parte su pratiche di intervento attuali (quindi vedere se c’è già qualcosa, anche se piccolo, qualche pratica che esiste così da poterla magari anche valorizzare) e... poi si passa a una riflessione critica, quindi vantaggi e svantaggi o anche limiti, relativi all’utenza, al contesto di lavoro, un po’ in generale quello che tu pensi. E poi se ci sono delle idee su possibili implementazioni. Hai qualche domanda?

Nono, anzi, penso che sia un tema interessante. Poi esplorare va sempre bene, perché non è detto che troviamo qualcosa, ma già porsi delle domande su qualcosa è un segno che c’è già di base una riflessione dietro. Se uno esplora un argomento è perché quell’argomento non è esaurito e quindi ha un grande senso esplorare.

Bene, ti faccio la prima domanda.

Prego.

- Quanti anni hai?

35.

- Qual è la tua formazione?

Io sono educatore, ho un Bachelor in Lavoro sociale conseguito alla SUPSI l’anno scorso, e la mia professione attuale è Operatore di prossimità. Ho lavorato prima con gli adolescenti e i giovani adulti in un altro Servizio di prossimità, che ad oggi non esiste più, che era l’Associazione Prometheus, e poi da settembre sono approdato a Ingrado... cambiando utenza ma sempre nella prossimità.

- Quindi lavori nel Servizio di prossimità da settembre 2021?

Sì.

- Mi dicevi che non è la tua prima esperienza come operatore di strada ma hai già lavorato con i giovani... ti viene in mente qualcosa da dire rispetto a ciò che questa esperienza ti ha portato?

Sicuramente è un'esperienza che mi ha dato tanto. Avevamo ancora meno risorse di quelle che abbiamo qui a Ingrado e... diciamo che è stata un'esperienza che ha rotto il ghiaccio. Non sapevo bene... ero curioso di scoprire il mondo della prossimità, non avevo ben chiaro cosa facevo ma nel corso del tempo ho compreso che è il mio settore, un settore nel quale mi trovo bene. Penso che sia il futuro, e che le varie branche del lavoro sociale, o comunque dei vari settori, dove possibile, sicuramente si butteranno sempre più su un approccio all'esterno. La cosa bella della prossimità è proprio il cambio di paradigma. In realtà la prossimità non inventa niente di nuovo ma è un bellissimo approccio. Perché appunto cambia il paradigma, cioè non è l'utente che va nell'istituzione ma è l'operatore, quindi a sua volta l'istituzione, il servizio sociale, che va nei luoghi di vita delle persone. E penso che questo sia un approccio che dovrebbe essere più replicabile possibile in futuro. Il mondo è fuori, il mondo è in strada, e speriamo che lo sia ancora per tanto tempo.

E secondo te il vantaggio di questo approccio è l'“andare verso” le persone?

Sì, certo. È un cambio di paradigma che, ripeto, non è un cambio nuovo in realtà. Perché ripeto, esperienze di prossimità sono sempre esistite anche se non professionalizzate. Ma è proprio questo cambio all'interno della visione dei servizi sociali: l'ambiente esterno, l'incontrare le persone in maniera anche a volte casuale, e da lì costruire. Quindi penso che sia un approccio molto versatile. Ci sono delle situazioni, penso per esempio all'handicap grave, dove i muri sono necessari, ed è necessaria anche tanta gente che aiuta la persona. Però quando parliamo ad esempio di giovani, di dipendenze, la prossimità è sicuramente utile. È un approccio versatile e anche innovativo, per i tempi che corrono.

1. Quali sono invece, secondo te, le principali caratteristiche del lavoro di strada del Servizio di Prossimità di Ingrado?

Diciamo che, a livello ticinese, facciamo una prossimità che è tipica della riduzione del danno. Quindi incontriamo le persone, monitoriamo l'andamento dei consumi delle persone nelle zone più preoccupanti dove vengono riportati episodi di consumo o di spaccio, cerchiamo di limitare tutte le implicazioni e tutte le problematiche o i problemi droga-correlati, che a un certo punto arrivano. La nostra prossimità è una prossimità molto particolare, perché è inserita all'interno di un cappello istituzionale fatto da tanti settori. Infatti, noi siamo multiprofessionali, multisetoriali come servizio, e la salute ha sicuramente un impatto molto importante per noi. Lavoriamo a stretto contatto con gli infermieri, lavoriamo con i medici, lavoriamo con gli psicologici, lavoriamo con i consulenti (che svolgono una funzione molto simile a quella di un *case manager*). E poi lavoriamo con la rete esterna, quindi c'è tutta una dimensione multisetoriale e multiprofessionale. E questo secondo me è un vantaggio, perché avendo tutto all'interno della stessa struttura, possiamo fare un lavoro molto sinergico. E soprattutto, che dà delle risposte in maniera molto efficiente e anche risparmiando tempo. Se noi dobbiamo andare dallo psichiatra che non si sa bene dov'è, magari è dall'altra parte della città, o dobbiamo andare in un ambulatorio, logicamente c'è molta più dispersione del tempo. Quindi questo fa sì che il nostro lavoro è molto più

ottimizzato. Inoltre non siamo delle figure, degli operatori di strada, tradizionali, tra virgolette, che... hanno quei compiti lì e basta, nel senso che noi attingiamo a tutto un sapere dei professionisti che ci ruotano intorno, che ci permette di avere una conoscenza ancora più approfondita della tossicodipendenza. A volte “rubiamo” con gli occhi e con le orecchie da quello che ci dice lo psichiatra, abbiamo un responsabile che ci supervisiona direttamente, e i consulenti, magari quelli un po’ più “datati”, che sono un po’ dei “gotha” se vuoi metterla così, persone che sono vent’anni che fanno questo lavoro e ne hanno da dire. E quindi questo fa sì che un operatore di strada che lavora a Ingrado abbia una crescita, a livello di competenze, di come si muove sul territorio, che sicuramente denota una formazione maggiore. Questo secondo me è un vantaggio. Per poter lavorare con una casistica così complessa, anche l’operatore di strada, in un certo senso, deve adattarsi: non solo deve sapersi muovere con l’utente già di per sé, ma deve andare incontro anche a una maggiore formazione. Quindi deve avere un ventaglio di conoscenze sicuramente più ampio rispetto, magari, a un operatore che lavora con i giovani o che ha delle mansioni molto più strettamente sociali e meno sanitarie. E poi, in un certo senso, se vuole dare realmente una mano alla persona di cui si sta occupando in quel determinato momento, deve confrontarsi tanto. Quindi bisogna saper lavorare in rete, andare a chiedere all’infermiere: “com’è la situazione?”. Quindi fare delle continue sintesi, delle continue valutazioni in itinere e cercare di avere più informazioni possibili da tutti i diversi settori che si occupano, in quel momento, di una persona. Se non si è capita una cosa, è bene andare dal collega a chiedere. Perché lavorando con un’utenza molto complessa, anche molto confusa per via di tutta una serie di motivazioni, a volte l’informazione che ci dà l’utente non è detto che sia quella giusta. Anzi, molto spesso arriva un’informazione ma è confusa, e quindi è preferibile, soprattutto per le questioni sanitarie, continuare ad aggiornarsi con tutti i vari settori e professionisti.

2. Pensando all’operato del Servizio di prossimità (lavoro di strada e sostegno abitativo), come definiresti il termine comunità?

A mio avviso, la comunità... la comunità sono tanti microcosmi racchiusi in un macrocosmo. Nel senso, se noi pensiamo a Lugano, alla comunità di Lugano...: una città, tanti quartieri, tante persone, ... però poi all’interno di questo termine “ombrello” che sarebbe la comunità, ci sono tanti piccoli microcosmi, che si interfacciano continuamente. Lo vedo un po’ come tante piccole gocce che entrano in un’unica grande goccia, poi si separano nuovamente ecc. Un po’ come se fossero dei sistemi che si interfacciano continuamente. Parlare di comunità, a mio avviso, è molto complesso, perché non c’è una definizione univoca. Prendiamo la comunità di Lugano... parliamo di circa 70 mila abitanti, con tutto l’hinterland 150 mila abitanti... non tutti si conoscono, non tutti frequentano gli stessi spazi. Quindi sono tante piccole comunità, che poi, a tutti gli effetti, creano un sistema più grande. La vedo un po’ così la comunità. Sì, rispondiamo tutti alle stesse ordinanze, alle stesse leggi, abbiamo tutti gli stessi diritti e quindi ci sono tante cose che accomunano i cittadini, di base. Però poi oltre a questa dimensione qui, c’è la propria persona, il proprio privato, i propri affetti e quindi sono tanti piccoli microcosmi. Il discorso è come far convivere questi microcosmi, perché o siamo realmente una comunità, o siamo una moltitudine di persone. E penso che il concetto stesso di comunità sia in continua ridefinizione. Non ritengo che il concetto di comunità possa essere qualcosa di statico, ma è in continua evoluzione, sulla base legale, dei diritti, dei cambiamenti fenomenologici della società, l’antropologia, i luoghi, ... un anno una piazza

funziona benissimo, c'è tanta gente, l'anno dopo si spopola. Ma sono i cambiamenti della società, non è mai uguale la comunità, sempre diversa.

3. E parlando invece di comunità curante, a cosa pensi? Quali attori ti vengono in mente?

Innanzitutto, dobbiamo identificare la nostra utenza. Noi lavoriamo con delle persone che hanno problemi di dipendenza, quindi persone che hanno un consumo attivo di sostanze o sono in terapia sostitutiva, quindi che utilizzano metadone o utilizzano dei farmaci che fungono da sostituti alle sostanze, per esempio alle sostanze stimolanti. Abbiamo qualche astinente, sicuramente, però sono persone che hanno un presente o che hanno avuto un passato di consumo attivo. Ed è sicuramente un'utenza complessa. Anche a livello culturale, se penso al panorama ticinese, è un'utenza che molto spesso viene emarginata. Viene lasciata a sé stessa e si fa anche fatica, per tutta una serie di motivi, legati proprio alla persona, ad occuparsi della nostra utenza. Da un lato, sicuramente, si potrebbe fare di più, dall'altro lato è, a volte, anche comprensibile. Perché, logicamente, c'è proprio un funzionamento di vita diversa e quindi, a volte, le cose sembrano inconciliabili. Per comunità curante, io immagino questo macrocosmo, come può essere la Città di Lugano dove noi operiamo, o i quartieri, tanti piccoli microcosmi, che accettano la condizione di queste persone, dei nostri utenti. E in un certo senso, che hanno una visione, anche nei loro gesti, nel loro operato quotidiano, con cui cercano di includere, di accettare, di accogliere. Perché, fino a prova contraria, fa parte delle differenze: c'è chi è astemio e chi è alcolista, c'è chi non ha mai fatto uso di cannabis in vita sua e chi si fa cento canne al giorno, fa parte delle differenze. Quindi immagino una comunità inclusiva e una comunità che, nella maniera informale o in una maniera più formale attraverso le istituzioni, si spenda per assicurare almeno una buona qualità di vita e che, in un certo senso, si prenda cura delle persone. Che è facile a dirsi, ma molto difficile in pratica.

Per quale motivo?

La comunità è fatta di tante piccole sfaccettature e ci sono anche gli estremi. Non è facile occuparsi della nostra utenza, sicuramente, perché molto complessa. Ma se immagino una comunità curante che funzioni, si tratta di una comunità che cerca di inglobare anche gli estremi, cercando un po' di mediare in questi frangenti. Sia nell'informalità che nella parte più formale, con le istituzioni (soprattutto i servizi sociali che si occupano delle persone in difficoltà), che si sviluppino delle strategie sul territorio per fare in modo che queste enormi differenze, che a volte sono dei veri e propri solchi, siano meno marcate, e che si assicuri una buona qualità di vita, sia per le persone che non hanno delle problematiche evidenti, sia invece per chi ha delle forti problematiche. Immagino qualcosa del genere, una comunità che cura. Ma come cura? Cercando di inglobare, di trovare delle strategie funzionali. Penso ad esempio a degli appartamenti strutturati in un certo modo, magari con delle figure di riferimento che possono dare una mano. Penso per esempio a tutte quelle figure informali, come l'edicolante, il barista, il gerente del supermercato, il poliziotto di quartiere, la signora del piano di sopra, ... Penso un po' all'intergenerazionalità, dagli anziani e bambini, quindi delle conoscenze trasversali e un aiuto trasversale. Penso un po' a tutti, a tutta la cittadinanza, anche al mondo dell'associazionismo. Persone che magari propongono una mozione in comune, per esempio, dicendo che abbiamo bisogno di una determinata cosa

per aiutare queste persone, anche questo cura. La cura che passa attraverso delle decisioni politiche, economiche. Si fa tanto ma potenzialmente il margine di miglioramento c'è sempre.

4. Secondo te, quali tipologie di sostegno possono fornire gli attori della comunità, formali e informali, nei confronti della vostra utenza?

Tutti possono essere un sostegno. Non è una provocazione, è proprio un dato di fatto. Chiunque può apportare un contributo. Innanzitutto, siamo tutti cittadini e quindi abbiamo delle responsabilità verso i simili, anche a livello umano. Noi apparteniamo all'essere umano, le persone intorno a noi sono i nostri simili, la nostra stessa specie. Per aiutare, realmente, logicamente ci vogliono delle competenze. Perché aiutare tanto per aiutare, a volte si rischia di fare anche dei grossi danni. Però, obiettivamente, chiunque, a modo suo, può dare realmente una mano. L'edicolante che fa credito a una persona in difficoltà, una signora che prepara un dolce a quello del piano di sotto che è in difficoltà, il poliziotto che si ferma e invece di farti la multa ti fa un discorso, ti spiega delle cose. Chiunque, a modo suo, può aiutare. Bisogna vedere come si aiuta. È sempre questo il discorso, e soprattutto, qual è l'obiettivo dell'aiuto? Perché, a volte, l'aiuto tende più verso l'assistenzialismo puro e mero. A volte l'aiuto non porta nessun beneficio, ma anzi fa rimanere la persona in una situazione di stagnazione. Il discorso è un po' a monte, è una domanda più filosofica: che tipo di comunità vogliamo essere? Vogliamo essere una comunità che aiuta il prossimo, però bisogna capire anche come lo facciamo. L'aiuto più importante è parlarsi, penso. Parlarsi tra cittadini. E soprattutto avere la curiosità di scoprire il prossimo. Noi lavoriamo a Parco Ciani perché è il luogo in cui c'è più massa critica e più persone che seguiamo sono lì. Però, al di là di qualche turista che non conosce la zona e quindi rimane un po' spaesato, chiedendosi "ma questa gente chi è?", non vediamo nessuno. Non vediamo mai una persona fermarsi a parlare con una persona che ha problemi di dipendenza. Però vediamo, magari, il signore del chioschetto che vende i gelati e i panini con cui ogni tanto parliamo, e ti dice "non vedo niente di particolare", oppure ti dice "una persona, non so come si chiama, però l'ho vista un po' in difficoltà". E quindi, noi facciamo un lavoro anche di intercettare questo tipo di informazioni, che sono sempre a fin di bene, a cercare sempre di offrire un sostegno. Però di base, non tutti poi hanno quell'elasticità o quella curiosità di capire il mondo dell'altro. O, per lo meno, di avvicinarsi. L'altro è inconoscibile, però, io qualcosa in più posso capirla. Parlarsi, fare rumore per far capire anche che, soprattutto con i nostri utenti, non è tanto positivo nasconderli o metterli in un luogo ghezzante, confinandoli. Ma farli sentire accolti all'interno di una comunità ha proprio lo scopo di integrarli, in più realtà, in tante cose. E questo, secondo me, è un messaggio di cui si fa ancora un po' fatica a parlare. Perché la tossicodipendenza spaventa, sicuramente, è figlia di un retaggio probabilmente antico a livello di pensiero. Si vede il degrado fisico, lo sporco, la scarsa igiene, ... si vede tutto questo ma non si vede la parte della sofferenza delle persone. Perché la sostanza, certo, è importante: entriamo nel mondo della legalità e dell'illegalità. Però, quello che la gente comune, i non addetti ai lavori, spesso non vede è la grande sofferenza di queste persone. E la comunità, con delle strategie studiate bene, può in un certo senso ridurre questa sofferenza. Quindi parlarsi di più e anche far emergere maggiormente le realtà che restano più nascoste o volutamente nascoste.

5. Quale incidenza (nel senso di rilevanza, efficacia, valore aggiunto) pensi possa avere il sostegno informale da parte di attori della comunità rispetto a quello pubblico/istituzionale?

A mio avviso sono importanti tutte e due. Sicuramente l'assistenza più istituzionale, quindi anche quella svolta dagli operatori di prossimità, ha dietro uno studio e un investimento, c'è tutta una serie di competenze e di professionalizzazione, di professionalità, sicuramente diversa. Quindi, in un certo senso, rientriamo nella branca del lavoro sociale. Sì, trovo che sono complementari. Da un lato, abbiamo il Servizio di Ingrado, con una storia del Servizio di prossimità ormai ventennale, con alle spalle tutta una serie di conoscenze, di storia e soprattutto di tessitura di relazioni con gli utenti. Tanti utenti li conosciamo davvero da una vita e siamo diventati per loro una forma di seconda famiglia. O addirittura, per tanti, è come se fossimo noi la loro famiglia. Non ci sostituiamo sicuramente alle persone, ma molto spesso i nostri utenti conoscono noi. Siamo noi che diamo una mano. E quindi c'è un bagaglio esperienziale e di competenze molto molto valido. Il discorso fondamentale è che noi possiamo fungere un po' da *trait d'union*, ovvero tessere un po' un *fil rouge* tra l'utente, la comunità informale e noi. E questo è un bel flusso. Possiamo fungere da appoggio a persone del mondo esterno, che magari si trovano in delle situazioni in cui fanno fatica a comprendere, perché non hanno quegli strumenti che invece abbiamo noi. Però, da un certo punto di vista, quando il Servizio è chiuso, quando noi non ci siamo, quando la persona si trova in un ambiente diverso, ... l'educatore non c'è sempre. C'è però la popolazione, il resto del mondo libero. E quindi è fondamentale incontrarsi con l'edicolante, con quello, con quell'altro, con l'amico, con quello "si ho bisogno di una mano" e "ma non ti preoccupare ci sono io". E in più, ci sono tutte le associazioni a cui non interessa tanto se sei un tossicodipendente o meno, se hai bisogno ricevi aiuto. Penso a servizi come il Tavolino magico, come la Croce Rossa, con cui noi collaboriamo benissimo e che non collaborano solo con noi, collaborano con tutto un ventaglio di persone, anche privati, anche persone che si rivolgono in autonomia, senza l'aiuto di un curatore, di un'assistente sociale o di un educatore. Quindi la varietà di ciò che trovi sul territorio, a mio avviso, è importantissima. Perché noi cerchiamo di essere più presenti sul territorio e nella maniera migliore che possiamo fare, però non siamo dappertutto. E quindi le risorse informali che girano intorno all'utente, qualunque esse siano, se ci sono è solo un bene. Anche semplicemente per parlare. A volte noi siamo anche incatenati nella figura dell'educatore, perché abbiamo studiato cos'è l'ascolto, cos'è la comprensione, quali sono le metodologie e gli approcci di lavoro con i nostri utenti ma tante volte può essere anche efficace una persona che non ha nessuna competenza in ambito sociale. Che magari ha avuto un'educazione come tanti, però in quel momento apre un canale fatto in un certo modo, che può dare un giovamento alla persona. Sono convinto che qualsiasi figura, che sia positiva, per i nostri utenti, è già tanto. Purché sia positiva, che non metta in pericolo la persona con idee che magari possono portarla a compiere dei gesti che minano la sua qualità di vita o che mettono in pericolo la sua salute. Penso che qualsiasi persona positiva che possa portare anche un minimo cambiamento positivo è sicuramente un vantaggio. E questo lo fai, anche includendo le persone all'interno della comunità.

6. Quali collaborazioni con attori informali della comunità sono attualmente presenti?

Sicuramente quelle relative ai luoghi di vita. Ripeto, se noi lavoriamo al Parco Ciani, chi ci può dare una mano o coloro a cui noi possiamo dare una mano, sempre nell'ottica della promozione della qualità di vita e del benessere degli utenti, è chi c'è intorno. E quindi luoghi di interesse, il bar, il negozietto, il kebabbaro, oppure vicino al Parco Ciani c'è la Chiesa evangelica. Se andiamo a cercare se c'è del materiale per terra, delle siringhe, ci guardano, lo sanno, anche perché siamo facilmente riconoscibili con lo zainetto. Lo sanno chi siamo, e lasciano stare. Le scuole, ogni tanto ci capita di fare una passeggiata nei pressi delle scuole. C'è una buona partnership sia con le istituzioni più classiche, come può essere la polizia, il comune, ecc. ma come con i privati. La pizzeria qua fuori, ad esempio, le abbiamo lasciato il biglietto da visita e a volte ci parlano: "l'abbiamo incontrato oggi, ci sembrava un po' agitato" e diciamo "se hai problemi chiama". Ma non è solo una questione di ordine pubblico, perché poi sembra veramente solo legata alla dimensione del controllo. E proprio una funzione di capire, di leggere i fenomeni che ci sono. Perché quella persona stava così male? Perché è entrata in una pizzeria? Perché è successo questo? Quindi in generale tutto fa brodo, poi bisogna capire cosa farci con il brodo. Come ritenere le informazioni, come capire quale tipo di intervento fare, se è necessario seguire maggiormente una persona quando sono arrivate tante voci che la persona non sta bene. Evidentemente, la persona non sta bene, quindi bisogna investire di più, cercare di avvicinarla, sempre se è una sua scelta, se ha piacere di passare del tempo con noi e concertare insieme delle possibili soluzioni e strategie da mettere in atto. Magari la persona ha bisogno di uno stop come può essere un ricovero, oppure semplicemente di sbollire un momento in cui non sta particolarmente bene. Se parla solo con altre persone tossicodipendenti, che magari lo trascinano ancora di più nell'abisso della dipendenza, difficilmente la persona si rialza. Se parla con qualcuno, anche di esterno, che non c'entra nulla, magari si possono attivare delle risorse buone. La persona può essere anche più consapevole. Il Parco, a livello lavorativo, è un luogo estremamente interessante, perché trovi una concentrazione di persone incredibile. Quindi fai un po' come l'ape, vai prima un po' da uno, poi dall'altro, parli, vedi, senti, fai. Da un certo punto di vista, è estremamente ghetizzante, perché le autorità spesso tuonano verso il Parco. Però è l'unico luogo in cui persone con questo tipo di problematiche possono incontrarsi, e dove, in un certo senso, nonostante i controlli di polizia, si sentono in un ambiente che è loro. Ma non dovrebbe essere così. Il tossicodipendente può anche disgustare, può anche creare delle reazioni controverse e contrastanti in chi lo vede. Però è un essere umano, perciò perché non potrebbe partecipare ad altre attività della Città ed essere incluso in altri ambienti. Anzi, a maggior ragione vedrebbe altre sfumature del mondo.

7. Come sono state costruite queste collaborazioni?

Logicamente si fanno due chiacchiere, noi abbiamo tutti il biglietto da visita con il nostro timbro, abbiamo ognuno il nostro telefonino con il numero di servizio della prossimità. Io spesso lascio il biglietto da visita, spesso il numero di telefono. Poi, a volte, sono contatti che muoiono lì. La persona ha il mio numero ma non mi chiama mai. Ma magari succedono delle cose che fanno sì che la persona poi mi chiami. Con l'utenza, spesso ti ritrovi che il bigliettino da visita lo devi dare tre, quattro, cinque volte. Il telefonino per i nostri utenti è un tallone d'Achille, lo perdono in continuazione, lo rompono, lo rubano o gli viene rubato. Molto spesso ti telefona un numero che non conosci ed è la persona, poi magari la chiami dopo

mezzora e il telefono già è morto. Con la popolazione, tramite internet, tutti hanno la possibilità di accedere al nostro sito, ai numeri di telefono. Quindi la cosa buona è che siamo sempre rintracciabili, sia per via del Servizio che per il nostro telefono. Se qualcuno ha bisogno, che sia un utente o che sia una persona che si trova a relazionarsi con una persona con problemi di dipendenza, può comunque sempre contattarci.

E come si trovano queste figure?

Si trovano giorno per giorno, lavorando. Ti faccio un esempio. Oggi ho accompagnato un utente a vedere un appartamento, abbiamo scambiato due chiacchiere con il custode, che sembra una persona tranquilla, serena. Anzi, che ha capito che stavo con una persona che è in difficoltà, perché chi viene da noi, in un modo o nell'altro, è in difficoltà e ci siamo scambiati i numeri. Ce li eravamo già scambiati, ma lui pure ha rinnovato e gli ho detto che se c'è qualcosa può chiamarmi. Poi magari non serve, perché questo utente prende l'appartamento e va bene così, ma non è detto. Magari l'utente va in appartamento, ci sono delle difficoltà, magari il custode mi chiama, e io posso fare da mediazione e fare in modo che stia bene la persona che si trova a gestire la situazione ma che si trova bene anche l'utente. L'operatore di prossimità è una figura molto labile, molto malleabile, fluida. Quindi, logicamente, fa anche un ruolo di mediazione che è un ruolo, secondo me, importante, perché valorizza entrambe le parti. Si scoprono giorno per giorno, l'esercente del negozio di sotto, la vicina di casa, ... i custodi degli appartamenti sono un must, mi ricordo quando siamo andati a trovare un utente che stava male fisicamente, aveva contratto il COVID, e non rispondeva. Provavo a chiamarlo e non rispondeva, quindi siamo andati a casa, abbiamo cercato di capire come stava. Chi ci ha aperto la porta? Il custode. Poi ci abbiamo anche scambiato due chiacchiere. Nonostante non fosse una persona del settore, un paio di informazioni ce le ha date, o comunque ci ha messo nelle condizioni di farci aprire la porta dall'utente e di capire che stava male fisicamente, ma perché non sentiva. È stato una sorta di falso allarme, meno male, però è un custode che ci ha aperto. È una persona che vive lì, che fa il suo lavoro ma con il sociale centra ben poco. Ben venga.

8. Ti è mai capitato, nella tua pratica professionale quotidiana, di incontrare o di cogliere delle situazioni in cui degli attori informali attuassero delle azioni di cura nei confronti di utenti? Potresti portare degli esempi?

E un po' complesso. Penso per esempio alla dimensione degli appartamenti, visto che facciamo anche assistenza a domicilio, quello che viene chiamato "sostegno abitativo". Mi vengono in mente, per alcuni dei nostri utenti, i vicini di casa. Il vicino di casa che, a volte, per tanti è un po' una rottura di scatole, perché fa casino, mette la musica ecc. Invece vediamo che nella nostra popolazione target, a volte il vicino è una presenza quasi salvifica. "Sto male", "sono in difficoltà", "mangio poco", "ho tutta una serie di problemi", "non mi va di uscire", ... a volte il vicino di casa, che non sempre è una persona che sta molto in forma, questo va detto, ...ci sono delle prese di coscienza ma perché in famiglia aveva qualcuno con problematiche di dipendenza o perché magari ci è passato pure lui o lei. E ci sono queste cose che portano le persone ad occuparsi di "ti porto il pasto", "non ti preoccupare la lavatrice te la faccio io", ... ci sono queste cose qui. Addirittura, con un utente che segue è capitato che con una sua vicina di casa si è creata anche una relazione, perché dando una mano un giorno, due giorni, tre, quattro, poi al quinto succede qualcosa. Poi non è finita

bene, perché molti dei nostri utenti faticano nella costanza e sono dei caratteriali, quindi basta che cada una cosa per terra che magari esce una bomba nucleare. Però, ecco, si creano dei bei rapporti. O, per esempio, mi viene in mente la parrocchia, la Chiesa, che storicamente ha sempre fatto un po' di prossimità... andare a mangiare all'oratorio perché fanno la mensa, ti danno qualcosa da portare a casa. Ed è utile, perché poi si socializza. In un contesto di Servizio per le dipendenze, tutti sono qui perché sono accomunati dal fatto che fanno uso di sostanze. All'oratorio c'è chiunque, che frequenta quel posto. Quindi lì non sei solo tu e la tua dipendenza, lì sei tu in un ambiente dove nessuno ti chiede niente. Non sto qua perché sono un tossicodipendente, non c'è quella dimensione. La mensa, già di per sé è un concetto che va molto sulla marginalità, però magari tu sei rifugiato politico, tu non stai bene economicamente e tu, magari, sei anche un po' un tossicodipendente. Però ogni persona, lì, non è la sua malattia ma una persona a sé. Ognuno ha una sua identità, ciò che cerchiamo anche noi di fare, però il Servizio già te lo dice: Ingrado - Servizi per le dipendenze, c'è già un cappello istituzionale dedicato a un certo tipo di consumo. Quindi penso che la festa di paese, un concerto, ... alla fine siamo tutti persone lì, non abbiamo per forza un'etichetta, e questo secondo me è da incrementare nella dimensione della socialità, una socialità che non guarda solo ai problemi ma che guarda una dimensione più inclusiva. E già è tanto. Parlare con qualcuno, che magari neanche ti conosce, quanto fa bene? Incontrare una persona nuova. E quando ti presenti non ti presenti come tossicodipendente ma con il tuo nome, e magari si possono scambiare due chiacchiere. Ho accompagnato un utente in una pensione dove alloggia, e si è creato un rapporto con il proprietario dell'albergo, che sicuramente non è una persona di primo pelo perché ha già ospitato altri utenti, però si è creato un rapporto molto informale. L'albergatore, certo, logicamente prende i soldi per la stanza ecc, ma gli fa il piatto di pasta, gli chiede se ha bisogno di una mano, gli ha dato l'aspirapolvere e lui si pulisce la sua stanza; quindi, c'è anche un'idea di responsabilizzazione dietro. Si creano questi rapporti, che durano il tempo che durano, magari tutta una vita magari il tempo necessario, però penso che fanno un gran bene.

9. Quali pensi possano essere i vantaggi e gli effetti positivi nel coinvolgere gli attori informali della comunità, nell'operato del Servizio di prossimità?

In équipe siamo in 3, con la stagiaire siamo in 4, e siamo solo noi. Una mano dal mondo esterno, se pur guidata, a volte non sarebbe male. Si fa poco obiettivamente. Lugano sicuramente è una città viva, la reputo come la città più viva del Ticino, anche in inverno ci sono sempre persone in giro. Però, si potrebbe fare di più. Le cene di quartiere, si potrebbe fare sicuramente molto di più. Noi abbiamo un grande scoglio, che è quello del segreto professionale. In determinate occasioni, presentarmi come "Operatore di prossimità di Ingrado" mentre magari accompagno una persona, automaticamente a quale associazione porta? Quella persona è un tossicodipendente. Però non posso neanche presentarmi solo con il mio nome. E quindi è un po' complicato, a volte l'istituzione è utile, anche se lavoriamo in un servizio di prossimità, che normalmente sono dei servizi anche molto slegati dalle logiche istituzionali, noi qui siamo un servizio prossimità un po' diverso. Abbiamo un cappello istituzionale sotto il quale operiamo e i rapporti con l'utenza, con la rete e la rete informale vanno gestiti. Bisognerebbe fare le cose un po' in sordina, potrebbe aiutare... magari accompagnare una persona senza dire troppo, però abbiamo anche delle responsabilità nei confronti del Servizio e quindi non è sempre facile giostrare questa dimensione qui. Penso che la comunità potrebbe fare di più. Noi abbiamo più di un centinaio di utenti, in Ticino si

stima che ci siano più di 3 mila persona che hanno problemi di dipendenza, senza parlare poi dell'alcool che non è neanche così ben tracciato, dato che è una sostanza legale. Quindi ritengo che su un territorio di 380 mila abitanti, c'è tanta gente che è in difficoltà. C'è tanto disagio e dispiace, però si potrebbe fare di più, perché chiunque può avere un problema ma soprattutto potresti averlo anche tu. Un domani potrebbe toccare anche a me. Non parlo della dimensione della dipendenza ma soprattutto della dimensione psichica, perché noi ci troviamo a lavorare con persone che molto spesso hanno doppie, triple, quaduple diagnosi. E si sta arrivando a un punto di profonda psichiatrizzazione delle dipendenze. Un domani potrei finire anche io in depressione, in una dimensione di estrema difficoltà, potrei avere un trauma così forte che mi potrebbe spingere verso le sostanze. Quindi se dovessi finire anche io in una dimensione come quella, vorrei che qualcuno facesse qualcosa per me, che mi tenesse in pista, in un modo o nell'altro, ...che sia una cena di quartiere, che sia, non dico tirarmi proprio fuori di casa, ma che si organizzi qualcosa aperto a tutti. Ma soprattutto che non si richiami sempre la dimensione economica: un panino 20.-, l'ingresso a 15.-, ... perché molto spesso i nostri utenti sono in AI, in assistenza o non hanno nulla. La droga costa, quindi comunque in un modo o nell'altro i soldi spariscono, e quindi sarebbe bello che la comunità proponesse anche degli eventi o anche dei semplici ritrovi dove non necessariamente una persona deve spendere soldi, che siano un po' fuori dalle logiche consumistiche e economiche. Perché chi non ha i soldi poi cosa fa? Sta a casa. Si compra la droga e sta a casa, oppure si compra la droga e va al Parco, si beve le birre del discount, che non fanno per niente bene. E poi passa le sue giornate così, nell'alienazione più totale. Se dai qualcosa da fare, se qualcuno invece di girarsi dall'altra parte ti fa un sorriso, probabilmente la tua prospettiva sul mondo cambia. Deve un po' partire da tutti. E soprattutto bisogna incominciare a capire che la tossicodipendenza è una malattia, è una patologia, ma nella percezione comune non è ancora tanto passato questo messaggio.

10. Quali possono essere, secondo te, le principali difficoltà o i principali limiti nel coinvolgere gli attori informali della comunità nell'operato del Servizio di prossimità?

Beh, sì, di base capire dagli attori informali effettivamente quali informazioni ritenere. Noi siamo protetti dal segreto professionale. Certo, se la persona tira fuori il nome della persona, uno può capire un po' che margine di manovra ha. Però bisogna sempre stare un po' attenti. C'è la privacy, c'è il rispetto della persona, c'è la deontologia professionale, quindi c'è tutta una serie di cose a cui dobbiamo rendere conto. È quello un po' il limite. Le persone firmano un consenso dove noi possiamo fare delle ricerche, ma prevalentemente questo avviene con gli altri servizi, al massimo con i famigliari, se ci sono. Quindi quando parliamo di risorse informali, bisogna saper navigare un po' a vista. Non tradire, innanzitutto, la fiducia dell'utente, quindi il rapporto, la relazione professionale. Però in generale bisogna navigare a vista. Certo è che, se ci sono delle informazioni un po' così, dove si cerca di capire... se mi dicono, per esempio, "guarda che lui sono 5 giorni che non esce di casa", io mi preoccupo. Per noi è un'informazione importante. Poi uno le strategie le vede in itinere, ha un'équipe con cui confrontarsi, abbiamo un nostro responsabile. Però va tutto un po' trattato con cura. E soprattutto, la comunità non va bene per tutti. Se penso, ad esempio, a una persona con un disturbo antisociale di personalità che consuma cocaina, sostanze. Portare una persona che sai, perché collaboriamo con i medici e gli psichiatri, che ha una diagnosi... noi non siamo tanto per le diagnosi, però dobbiamo tenerle in considerazione ... portare una persona con disturbo antisociale a una festa di quartiere è una cosa saggia? Magari dove c'è dell'alcool, e

dove magari non puoi supervisionare bene questo discorso qui? Logicamente, quando si fanno della attività, soprattutto in esterna, è imprescindibile la conoscenza dell'utente e di quelle che sono le sue problematiche. C'è chi funziona meglio a domicilio, che lo vado a trovare a casa: quelli che sono un po' i lupi solitari che magari escono solo per andare alla Migros, alla Coop, comprano due cose e tornano a casa e ogni tanto li vado a trovare, e anche quello è una forma di comunità, di sostegno, ma la persona comunque si affaccia alla comunità. E vale con la persona che invece è più socievole, più espansiva e posso anche proporle delle attività dove si sente inclusa. Dove magari parla con qualcuno e conosce delle persone. Ma l'obiettivo è che non sono io, cioè la cosa bella sarebbe che non sono io che gli devo dire che c'è questa cosa, ma che sia un po' un passaparola. Si potrebbe fare di più, sicuramente, e noi abbiamo i nostri vincoli e non possiamo andare troppo oltre, si prendono dei rischi e si rischia di fare anche dei danni, ed è meglio di no.

Parli quindi del fatto che un progetto che coinvolge la comunità va sempre valutato in base anche al bisogno della persona, alle sue caratteristiche, a come la persona funziona, ...

Si, qual è il target? Che tipo di attività è? Cosa si fa? Chi è coinvolto? Il rischio è che l'attività poi non vada a buon fine o che le persone ci restano anche male o magari succede qualcosa di... perché lavoriamo con un'utenza anche pericolosa, quindi dobbiamo anche mettere in chiaro questo. Non tutto funziona per tutti, ci sono delle attività che non vanno bene per tutti, bisogna anche capire quali sono i loro desideri, bisogni, ... Tutto sulla carta sembra bello, facciamo questo, facciamo quello. Ma poi la persona ha voglia, realmente? Quali sono i suoi desideri? Quali i suoi bisogni? Quindi anche capire un po' questo.

Prima hai già parlato un po' dello stigma, che può essere un fattore ostacolante su cui lavorare...

Come no, c'è una rappresentazione dei tossicodipendenti ferma agli anni '80, questo scrivilo! Oggi la maggior parte delle persone con problematiche di dipendenze sono tutti seguiti, la maggior parte ha un curatore, è seguita dai servizi, è agganciata per lo meno a una farmacia. Poi ci sono le persone che nel corso della loro vita si scollegano, ma sono persone conosciute da tutti. Poi ci sono sicuramente i tossicodipendenti aggressivi, o che magari hanno tutta una serie di problematiche di salute mentale molto forte. Ma l'hai visto anche tu lavorando con noi, la maggior parte delle volte sono delle persone che sono estremamente sofferenti, a cui è successo veramente di tutto. Ci sono delle storie di vita pesantissime. Lavorando in questo settore, nel corso del tempo ho cominciato a vedere meno la dipendenza e a vedere molto di più la sofferenza delle persone. E è questo che dovrebbe passare come messaggio alla comunità. Sì, sono persone che fanno uso di sostanze. Sì, sono persone che delinquono. Hanno una tonnellata di problemi e difficilmente saranno reinserite nel mondo del lavoro, ma sono persone con delle storie di vita pazzesche e con dei traumi fortissimi. E noi dobbiamo tenere conto di questo. Perché poi, molto spesso, non sono stati altri tossicodipendenti a provocare questi traumi. Magari quelli successivi, però magari in passato ci sono stati problemi familiari molto forti, lutti, storie di violenza, storie di abusi soprattutto per le donne, ... e quindi bisogna rendere conto che non possiamo cambiare il loro passato ma magari possiamo agire sul presente e creare una comunità che sia più inclusiva e che non li faccia sentire come dei reietti ma come parte di qualcosa.

Secondo me lo dobbiamo, ma lo dobbiamo perché siamo cittadini. Se no creiamo dei ghetti, delle sacche espulsive, di esclusione, e non va bene.

Prima hai parlato del fatto che la comunità può essere una comunità o una moltitudine di persone. Cosa intendevi con moltitudine di persone e questo può essere un limite per te?

Siamo in una società sempre più individualista, o una società dove ogni singolo si riconosce con un singolo come lui, che ha le stesse caratteristiche. Quindi una società sempre più omogenea. Il problema è che in questa omogeneità, di individui singoli, che seguono le stesse cose, le stesse regole, ci sono dei gruppi che non c'entrano nulla. Che magari hanno delle abitudini completamente diverse, a volte anche sregolate, a volte anche estreme, per certi versi, autodistruttive. E penso che viviamo in una società... da un lato c'è il conformismo estremo, quindi vado al lavoro, sono salutista, non fumo, non bevo, non faccio; tutto quasi molto "ortodosso", passami il termine. E dall'altro lato c'è l'autodistruzione. E c'è tanto individualismo, quindi io ho il mio orticello, la mia casa, non voglio che i bambini giochino davanti al mio portone, non voglio i "tossici" al Parco, non voglio questo, non voglio quello, ... "la sera a mezzanotte c'è la musica e quindi chiamo la polizia". Si verificano queste cose. Quindi penso che una comunità che si rispetti è una comunità tollerante. Poi abbiamo le norme sociali, legali, le norme cambiano, la propria morale non è quella di tutti, perché c'è quella soggettiva e quella collettiva, che sono due cose diverse. Bisogna essere tolleranti, e penso che dopo il COVID stiamo vedendo che è rimasta questa cosa del controllo. Penso che a un certo punto o ci spegniamo completamente e rimarranno solo gli eletti, oppure cominciamo a diventare una comunità inclusiva che sia anche tollerante. Non si tollerano ovviamente comportamenti gravi, illegali, le cose più pesanti come le aggressioni, le violenze, perché è chiaro che si ledono i diritti all'integrità fisica. Ma su tante questioni si può essere più tolleranti.

11. Pensi che il lavoro in ottica di comunità informale, debba essere implementato all'interno delle vostre pratiche? In che modo ti immagini che possa essere fatto?

Certamente. Ma non possiamo fare tutto da soli. Siamo una piccola équipe, ma anche gli altri servizi di prossimità sono delle piccole équipes che molto spesso lavorano su un territorio molto vasto. E quindi sì, implementare la comunità, lavorare in sinergia con gli abitanti di un determinato luogo, ma ci serve anche un po' di copertura da parte delle istituzioni. Perché noi possiamo inventarci quello che ci pare, però poi a livello di comunità cosa succede? E sono tante le popolazioni target che vengono espulse dalla comunità. La popolazione invecchia sempre di più, ma realmente cosa si fa per gli anziani? A parte la nuova casa di riposo che apre chissà dove. Cosa si fa per i giovani? Per le persone di mezza età tossicodipendenti, che cosa si fa? Gli attori informali vengono coinvolti realmente? O sono degli *exploit* sporadici? Si crea cultura nei confronti della marginalità? Le persone sono informate sui fenomeni che succedono? Perché anche se guardi i media: "i tossici al Parco Ciani", "Interpellanza per togliere i tossici", come se si volesse passare con la ruspa e togliere le persone. Molto spesso si parla tanto del negativo. "Danno fastidio": i bambini, i giovani, i vecchi, danno fastidio. Danno fastidio tutti. Se non cambiamo la visione e cominciamo a dire "sì, queste persone fanno più rumore degli altri, ma perché lo fanno? Chi è questa persona? Perché è arrivata a questo punto?" ... penso che sia una responsabilità di

tutta la società. Perché quella persona che sniffa, che si inietta, che fuma crack, è comunque un cittadino e ha i miei stessi diritti, anche se poi ha una curatela generale o è seguita da un'équipe di 40 persone, è comunque un cittadino e merita di essere incluso all'interno della società perché è un suo diritto, ed è scritto anche sulla Costituzione.

Ma tenendo conto anche dei limiti che sono emersi, a livello risorse, di caratteristiche individuali di diversi utenti, hai un'idea di qualcosa che si potrebbe mettere in campo per favorire il coinvolgimento e l'integrazione con la comunità. O anche in quale ruolo l'operatore, così come è oggi, potrebbe muoversi?

Mah, io penso che se un gruppo target di popolazione come i nostri che sono persone tossicodipendenti, vengono visti in negativo e non in positivo, o comunque sia, non vengono tenuti tanto in considerazione all'interno della comunità, probabilmente è perché non sono tanto organizzati. Già di per sé, la nostra utenza è disorganizzata. E quindi mi chiedo, perché non dare una voce a queste persone, all'interno di una comunità. Aiutare i servizi, non necessariamente solo il nostro, a mettere in condizione queste persone di far valere la loro cittadinanza e quindi di esprimersi. Costituire un'associazione di persone che parlano, organizzare degli eventi in cui sono protagonisti e dove non sono solo dei reietti ma sono parte di qualcosa, si sentono riconosciuti in qualcosa. Sono artefici di qualcosa. Nessuno nega la loro fragilità, nessuno li vuole dipingere con un'immagine non veritiera, ma dare credito, responsabilizzare. E questo parte anche dal fare qualcosa per la comunità: se vuoi che la comunità ti accetti, devi fare anche qualcosa. Ma se non hai tanti strumenti per poterlo fare, c'è la possibilità che qualcuno ti dia una mano e non c'è niente di male. Chiunque ha voluto portare qualcosa di nuovo, si è servita, in senso positivo, di qualcun altro che gli ha dato una mano. E penso che il Servizio di prossimità, che già un po' lo fa con il lavoro di mediazione con le persone, ma un po' in generale tutti i servizi e le amministrazioni del comune, a volte penso che potrebbero dare una chance. Ma di base deve tutto partire dagli utenti. Perché non parte dagli utenti? È un mio pensiero, è perché forse dopo anni e anni di ghettizzazione e di privazioni, tra virgolette, di reclusione in un piccolo spazio o di chiusura, anche da parte del resto della popolazione, non hai più tanta voglia di spenderti. Forse un lavoro che noi possiamo fare è quello di riabituare le persone a sentirsi attive. Poi se cambia un po' la visione, man mano le cose vanno da sé. Ci vuole un po' la collaborazione di tutti. Si può far tanto, sicuramente, però attualmente siamo sempre lì. I media che tuonano, i nostri che sono sempre più spaventati, noi che siamo una piccola équipe e cerchiamo di dare delle risposte puntuali, di fare progetti, di fare cose. Ma serve una mano più grande, la mano della comunità, del luogo di vita. E pian piano le cose possono andare da sé. Il mio auspicio è che prima o poi arrivino molte chances, se no rimaniamo al mantenimento, all'assistenzialismo. La questione del "finché non rompi le scatole va bene, ti do tutto", però non responsabilizziamo le persone ma le ghettizziamo e le lasciamo nel loro brodo. Non è valorizzante, per nessuno secondo me.

12. Quali conoscenze, competenze, risorse (personali e istituzionali/organizzative) pensi debbano avere gli OP per poter dare corpo a questo approccio?

Di base, ci sono sia le competenze sociali, che sono quelle tipiche dell'educatore, quindi l'ascolto attivo, la comprensione, essere padrone della lingua nel senso di saper cavalcare la relazione, e tutte quelle che sono nel profilo di competenze, o perlomeno quelle che uno

riesce a utilizzare. Però, ci sono tutta un'altra serie di competenze che sono tipiche degli operatori di strada ma anche del lavoro comunitario, quindi essere in grado di conoscere il territorio e di approfondire le dinamiche, anche geografiche, storiche. Com'è il Canton Ticino? Com'è la Città di Lugano? Bisogna andare a indagare a fondo e a volte non bisogna solo guardare il presente e il futuro ma anche cosa è stato fatto nel passato, che poi è la stessa cosa che fai con un utente. Tu magari incontri un utente un giorno che ha 50 anni. Cosa ha fatto nella vita? E ogni giorno è una scoperta. Com'era il Ticino quando queste persone erano giovani? Quindi bisogna anche riuscire a capire questi sviluppi. Essere in grado di leggere i fenomeni, ma essere in grado anche di capire come funziona una società. In questo caso è Lugano, ma potrebbe essere una società di qualsiasi altro posto. Quali sono le figure da interrogare? Con chi parlo? Se devo fare un progetto, un'ipotesi dove ristrutturare una casa fatiscente, con chi parlo? Con chi faccio il progetto di comunità? Se devo organizzare un pranzo sociale dove il fine è quello di fare interagire le persone, creare un momento di condivisione, con chi parlo? Quindi conoscere chi sono gli attori e soprattutto capire se i tuoi obiettivi sono realizzabili. Perché ci sono delle volte in cui non c'è verso, quindi serve avere anche quell'elasticità che permette di chiedersi se un'attività che voglio fare funzionerà. Poi uno non lo sa mai, però è importante interrogarsi anche su questo. Sì, io direi conoscenza geografica, storica, morfologica, politica del territorio, capire quali sono le persone chiave, essere in grado di vedere oltre, avere la lungimiranza di leggere i fenomeni, interpretarli, ... un po' tutte queste dimensioni. Poi di base c'è anche il tuo bagaglio di esperienze. Magari hai partecipato a qualcosa che ha funzionato e che riproponi. Funzionerà, chi lo sa? Però ecco, hai anche il tuo bagaglio di competenze di vita, i tuoi desideri, le tue aspettative. Hai il tuo bagaglio professionale e poi bisogna essere in grado di interfacciarsi con un mondo più grande e tutte le varie cose che lo compongono. Bisogna lavorare in trasversalità, capire una comunità... è fatta di tantissime cose. Cioè, tralasciando questo discorso qui, guarda i giovani... c'è quello che è fatto in un modo, quello che è fatto in un altro. È difficile capire quante sfaccettature ci sono. La comunità è un termine ombrello, che è difficile da definire. Ma anche l'idea della comunità che cura, vengono un sacco di domande. Deve curare? Chi se la prende la responsabilità? La responsabilità è di tutti o di nessuno? È una responsabilità dell'individuo, ma quindi è una responsabilità tua, non è una responsabilità della comunità. Io sono la comunità o siamo solo degli individui tutti insieme che andiamo in giro e facciamo cose. È una bella sfida. Ciò non toglie che sacche di esclusione non portano da nessuna parte. Portano maggiore carico a livello di spesa pubblica, più problematiche a livello sociale, e le persone non stanno bene. E soprattutto si preferisce portare avanti un discorso che è un cancro, non guarisce, rimane fermo e stazionario e non si fanno progressi. E quindi è una comunità sì, ma una comunità che stagna. E quindi a un certo punto, vuoi in un certo senso creare una società inclusiva dove le persone stiano bene. Tanta gente in Ticino non sa neanche che esiste un determinato servizio. Ma perché non viene fatta pubblicità, le persone non sanno, non si parlano, e anche quello è un problema. Non parlano delle loro difficoltà e non consigliano il nostro Servizio per dar loro una mano, perché non lo fanno, perché non ci si parla più. Non ci si parla tra persone, tra virgolette, comuni. Figuriamoci parlare con un nostro utente al Parco. Una volta ho incontrato un utente al Piccadilly che stava così con il gelato [mima una persona a cui cola il gelato da tutte le parti e rallentata nei movimenti], in tempo di COVID, e la signora che era lì lo guardava così [mima un'espressione facciale di shock]. La signora vedeva quello della persona, non vede l'altra parte. Che poi i nostri utenti si potrebbero presentare anche un po' meglio, questo è poco ma sicuro, però non si vede l'altra parte della persona. E quindi

automaticamente si crea una sacca di esclusione: la comunità non riconosce quelle persone come propri simili. E quindi va fatto uno sforzo, da tutte e due le parti. Non sto giustificando la tossicodipendenza, attenzione, perché pure gli utenti si potrebbero fare una doccia e presentarsi un po' meglio, potrebbero essere più in grado di spiegare il loro problema. Infatti, esistono delle istituzioni che danno una mano. Però anche dall'altro lato, "mi hai escluso per 20 anni, e ora io dovrei parlare con te?", c'è anche questa dimensione. Quindi penso che non è una questione di compromessi, perché è un po' perdere tutti e due, ma è trovare una linea comune tra le sacche di esclusione e non farli sentire più così tanto esclusi, e la popolazione, che sia istituzionale ma anche che sia la popolazione informale. Anche tra servizi sociali. Quando noi, a volte, cerchiamo di trovare una sistemazione per un nostro utente, cercando magari una struttura residenziale o un appartamento protetto, ci viene chiesto: "la persona è disabile?" No, non lo è. "La persona ha una malattia psichiatrica?" Beh, bene sicuramente non sta. "Ah la persona è tossicodipendente...". E ci rispondono: "No, non li vogliamo; non abbiamo i requisiti; no questo, no quello". Per alcune tipologie di utenza c'è molto in Ticino, e questa è una cosa bella, perché vuol dire che si è investito tanto. Ma per la nostra popolazione target c'è poco e anche le rappresentazioni che la popolazione ha sono delle rappresentazioni parziali, che non vedono tutto, o perlomeno hanno una cultura che è ferma agli anni '80. Si è fatto tanto: guarda le stanze del buco, guarda posti in cui i tossicodipendenti e persone che non hanno problemi di tossicodipendenza o che non hanno problemi manifesti convivono, tutto sommato, non dico proprio serenamente, ma tutto sommato convivono. Guardiamo gli esempi della Svizzera francese o della Svizzera interna in generale, o persino paesi come l'Italia. Io mi ricordo che nella mia città si drogavano tutti ma nessuno diceva niente, la gente viveva lo stesso. Che la tossicodipendenza sia anche pericolosa, su questo niente da dire. Però se cominciamo a mettere dei muri invece che fare ponti, non è che andiamo tanto lontano. Le persone si sentiranno sempre escluse, faranno sempre danni, non si sentiranno mai responsabili.

Allegato 4: Trascrizione intervista operatore 3 (OP3)

Per quanto riguarda la tesi, ti faccio un piccolo cappello introduttivo. Ho deciso di esplorare il tema della possibile funzione di “care”, quindi di sostegno in termini generali, di cura, verso le persone con problematiche di dipendenza da parte della comunità, in particolare degli attori informali. Non è volta a creare una modellizzazione ma a capire cosa voi operatori, con la vostra esperienza pratica avete visto, cosa voi pensate riguardo al coinvolgimento degli attori informali, se possono essere una risorsa o meno, se ci sono dei punti di forza di questo approccio, dei limiti, capire se ci sono delle pratiche di collaborazione che sono già in atto, più o meno strutturate. L'intervista 'e strutturata in questo modo: rappresentazioni, pratiche attuali, riflessione critica (quindi quali possono essere i vantaggi e i punti positivi e quali possono essere i limiti o le difficoltà nel mettere in atto questo approccio), e alla fine delle possibili vie di implementazione. Hai qualche domanda su quanto ho appena detto?

No, ho capito.

Ok, allora possiamo partire con l'intervista.

Raccolta dati operatori

- Quanti anni hai?

40.

- Qual è la tua formazione?

Sono laureata in psicologia.

Con quale specializzazione?

Allora ho svolto due specializzazioni: una in clinica e un'altra in socioeducativa.

- Da quanto tempo lavori nel Servizio di prossimità di Ingrado?

Lavoro da circa 9 anni nel servizio.

- Questa è la tua prima esperienza come operatore di strada?

No, inteso come lavoro di strada, ho svolto altre esperienze in precedenza. La prima risale a circa 15 anni fa, dove, dopo un periodo di lavoro all'interno di una struttura carceraria per minori, in cui svolgevo un ruolo di formatrice, psico educatrice e diversi altri compiti, ho lavorato gli ultimi anni con le situazioni di libertà vigilata. Lì ho cominciato a lavorare più o meno con un approccio di prossimità, con diversi enti che giravano intorno a questi ragazzi ex carcerati. Questa esperienza è durata due anni, in Spagna.

In questi anni lavoravi in strada o ti recavi a domicilio?

Andavo a domicilio, dai datori di lavoro in ditte in cui erano inseriti i ragazzi o in diverse attività occupazionali promosse da un ente paragonabile al Cantone in Svizzera. Andavo anche presso le famiglie, dalle ragazze, dai vicini, e in tutto ciò che era il contesto di vita di questi ragazzi, dove venivano inseriti dopo la scarcerazione. È stato il primo lavoro a contatto diretto con la strada, con la comunità. In seguito, un'altra esperienza si è svolta a domicilio, sempre con un approccio di prossimità, poiché lavoravo con la famiglia e con i curanti di un ragazzo con un progetto "casi complessi" sotto la Clinica Psichiatrica Cantonale e sotto la Fondazione Sirio. Avevamo dei progetti *ad hoc* a domicilio di ex pazienti di lunga data e in clinica per problematiche psichiatriche diverse. Si trattava di casi piuttosto gravi, compromessi a livello di autonomia, ... quindi veniva affiancata questa figura al ragazzo, per fare diverse attività quotidiane. Andavamo a fare la spesa, a vedere un po' la casa, facevamo il piano cucina, il menù, capire quali attività sportive si potevano svolgere durante la settimana, per curare la salute cosa fare e quali visite mediche, gli accompagnamenti verso diversi enti sociali, bancari, pagamenti ecc. Questo 9 anni fa, ho fatto un anno di esperienza.

Poi hai cominciato come operatrice di strada presso Ingrado?

Sì, per un periodo ho svolto entrambe le attività. Poi ho terminato la precedente attività e mi sono concentrata sulle dipendenze. Questa è la terza esperienza di prossimità.

1. Quali sono invece, secondo te, le principali caratteristiche del lavoro di strada del Servizio di Prossimità di Ingrado?

Allora, arrivando al Servizio per cui lavoro attualmente, si tratta sempre di un approccio di prossimità che viene caratterizzato da diversi fattori. Il primo è l'"andare verso", quindi è un contesto completamente diverso da quello istituzionale. Poi vi è l'autenticità del gruppo target che vai a incontrare nei contesti di vita, dove si svolgono le attività di solito legate alle dipendenze, quindi le attività di consumo ma anche di spaccio. Un'ulteriore caratteristica è quindi che la principale attività lavorativa avviene in questi luoghi, connotati da tutta una serie di fenomeni, di norme, di codici, di esperienze, di situazioni, ecc. Un'altra caratteristica di questo lavoro è la flessibilità, la dinamicità, quindi l'essere molto veloci nell'adattarsi. Queste sono tra le caratteristiche principali. Evidentemente con le dipendenze, andiamo a toccare uno dei pilastri della politica delle dipendenze, la riduzione del danno. E questa è una delle caratteristiche: si adattano le aspettative, la tipologia di interventi, la tipologia di fenomeni e consumi. Questo è lavoro di strada ma più concreto, in un ambito specifico. Brevemente, penso che queste siano le caratteristiche macro. Poi ovviamente possiamo anche approfondire.

Ma invece, gli accompagnamenti e le prese a carico individuali come funzionano? Come nasce il passaggio dalle pratiche di riduzione del danno (sensibilizzazione, ...) agli accompagnamenti individuali?

Una delle caratteristiche del lavoro di strada è, come detto, l'"andare verso", ma con un obiettivo, diciamo con una motivazione importante, quella di orientare le persone verso i

servizi che possono poi prendersi cura o dare loro gli aiuti, le informazioni, le cure, ... che hanno bisogno. Per fare questo, è necessario che nasca una richiesta più o meno esplicita, in cui la persona sente che è il momento di farsi accompagnare oppure di poter andare da solo. Questo punto è interessante, poiché è qui che la persona lascia lo spazio per creare, per progettare e quindi per cambiare qualcosa. E qui avviene l'accompagnamento da parte dell'operatore, quando vede che è necessario fare qualcosa di più del solo aggancio in strada. Quindi nasce un accompagnamento verso i servizi, che a volte dura anche anni. Perché può essere un accompagnamento tempestivo, immediato, finché la persona non prende contatto con il servizio e comincia un percorso seguito da diversi altri professionisti con ruoli dal sanitario fino al sociale, consulenze ecc. Ma può anche essere necessario un costante rafforzare o curare il rapporto con le istituzioni oppure creare un punto di sfogo, una mediazione, in cui il ruolo dell'operatore va oltre l'aggancio in strada. Quindi c'è un accompagnamento evidentemente in strada, a volte verso l'istituzione e a volte anche durante l'istituzione. Dipende da come vedi questo accompagnamento. Ci sono persone che seguono da tantissimi anni e non le ho mai portate verso un'istituzione concreta, piuttosto ho fatto in modo che l'istituzione si adattasse al loro bisogno, trovando un modo che non fosse quello classico, perché evidentemente non era fattibile. Si tratta di casi eccezionali ma a volte capita anche questo.

2. Pensando all'operato del servizio di prossimità (lavoro di strada e sostegno abitativo), come definiresti il termine comunità?

Ok, facciamo magari una premessa sul progetto di sostegno abitativo, che nasce nel tentativo di mantenere una certa autonomia delle persone con problematiche di dipendenza croniche a domicilio. Sono persone che presentano delle problematiche legate sicuramente al consumo, ma non solo. C'è un dato anagrafico, l'età: sono persone over 50, o almeno il progetto nasce pensato per questo target. Tossicodipendenti o ex tossicodipendenti che hanno delle difficoltà, che però è importante mantenere a domicilio perché non ci sono delle strutture sul territorio che possono accogliere le problematiche di cui stiamo parlando. Questo è il motivo per il quale, in quel momento e in quella situazione, viene data da parte del Cantone la possibilità di creare questo progetto, inizialmente pilota, che diventa in seguito un progetto in sé. Il lavoro di strada a domicilio è un paradosso, nel senso che sono persone che sono già agganciate, quindi non è il classico lavoro di incontrare le persone per poi cominciare un percorso. Anzi, si tratta di mantenere un percorso che già esiste, che non è la strada ma non è neanche l'istituzione, è un ambito privato, è la casa, il domicilio. Qui più che il lavoro dell'operatore di prossimità, è il ruolo, il modo di lavorare della prossimità, che semplifica e rende possibile questo progetto in un modo, diciamo, più spontaneo e se vogliamo, anche semplice. Perché l'operatore, per le sue caratteristiche, per la modalità e il tipo di approccio, ecc. è molto atto a sviluppare questi tipi di interventi a domicilio. L'intervento a domicilio evidentemente viene definito in base al progetto, in base alle necessità presenti al momento, ma in sempre in ottica di un mantenimento a lungo termine a domicilio. La comunità è un punto sempre importante, sia nel lavoro di prossimità "puro" in strada ma anche in questo progetto a domicilio. Parliamo di persone con problematiche di dipendenza: questo comporta che la rete primaria, secondaria, ma anche la comunità, sia limitata. Se parliamo anche di queste persone over 50, i genitori, sorelle, ... a volte non hanno un rapporto sentimentale e non hanno avuto figli. Di solito, non sempre, ma di solito sono persone molto sole. Ma anche la comunità con cui condividono la vita è una comunità

molto stretta, quasi inesistente. Tanto piccola che abbiamo il vicino di casa e poi la rete formale, ufficiale, composta da curatori, servizi di cura a domicilio, servizi presenti sul territorio che a volte, puntualmente, si recano a domicilio ma raramente. Quindi la farmacia che dispensa medicinali, o il medico che può fare una visita a domicilio quando la situazione di salute, soprattutto, diventa critica, ... quindi abbiamo a che fare con una comunità molto ristretta. Per questo è importante il lavoro di legare queste persone, in qualche modo, a quelle antenne che formano la maglia sociale e di rafforzare i legami da una parte ma anche di accrescerli e renderli più importanti, più visibili, più presenti. Quindi dal portinaio, al signore del bar, all'autista, al signore che ogni tanto fa il trasporto, ... creare attorno a questa persona che ne ha tanto bisogno una comunità, una rete. E introdurre la comunità già esistente, in qualche modo. Ma non è sempre semplice e possibile, perché sappiamo bene che la problematica di dipendenza è molto difficile da capire. Già per un professionista, immaginiamo per una persona che è completamente estranea a questa problematica o anche a problematiche un po' più macro come il disagio sociale o le difficoltà di adattamento alla società ecc.

3. E parlando invece di comunità curante, a cosa pensi? Quali attori ti vengono in mente?

Parlando invece di comunità curante, abbiamo detto che ci sono questi attori molto importanti, a volte anche di più, perché quelli presenti sono referenti per la persona.

Ma parlando di attori formali e informali, curanti, cosa ti viene in mente?

Curante... "Curare" è una parola che a me piace molto, perché vuol dire moltissime cose. Non è soltanto il dottore che ti dà la medicina quando non stai bene. Anzi, cominciamo dalle persone che si prendono cura di tanti aspetti, aspetti importanti della vita, come pagare l'affitto o fare la spesa, quindi le cose basiche. Di solito c'è un curatore, quindi una persona designata per dare questo tipo di assistenza alla persona che non è più in grado di svolgerle, non solo amministrativamente parlando ma anche in generale. Poi pensiamo, evidentemente, alla rete sociosanitaria attorno alla persona, dalla farmacia, al medico di famiglia, a psicoterapeuti che possono anche far parte del percorso di cura, agli infermieri, quindi tutta la parte sanitaria che gira intorno alla persona. Poi vi sono figure non strettamente legate al mondo sanitario, ma che hanno una funzione molto importante di promozione e prevenzione della salute mentale, soprattutto. Qui subentrano questi operatori con diverse attività di accompagnamento, di sostegno, ecc. Penso che formalmente questa sia la parte più importante. Ma poi ci sono, evidentemente, anche degli amici e dei parenti, il signore "del bar di sotto", "quello" che di fronte a casa ha la palestra, l'agente di quartiere "che mi conosce da una vita", piuttosto che il responsabile del Denner "con cui ho litigato perché una volta ho rubato una birretta ma poi è diventato mio amico, anzi quando mi vede un po' giù di tono chiama l'operatore"; insomma, si crea una rete di persone che hanno qualcosa che si chiama "sensibilità" verso le problematiche, non soltanto di dipendenza. Quindi sono queste persone che alla fine, fanno la differenza.

[Domanda 4] Quindi un sostegno che può essere molto vasto, dal non chiamare la polizia, all'offrire un caffè, a un momento di scambio, alla spesa, ...?

Si.

5. Quale incidenza (nel senso di rilevanza, efficacia, valore aggiunto) pensi possa avere il sostegno informale da parte di attori della comunità rispetto a quello pubblico/istituzionale?

Penso che siano due aspetti che ne compongono uno solo, non so come spiegarlo... i professionisti svolgono un tipo di attività concreta, dove il percorso di cura per la dipendenza può consistere in una cura medica, puntuale, per un'infezione, e tantissime altre cose. Ma vi è anche una cura diversa, un'attenzione da parte delle persone che sono accanto che è altrettanto importante. Come posso definirlo... perché è molto interessante questa parte. Perché ci sono attori della comunità che a volte sono l'unico punto di riferimento per queste persone. I servizi hanno anche dei limiti, hanno limiti di orari, di risorse, legalmente hanno una funzione determinata: quindi è un po' inquadrato come intervento. E la vita non è inquadrata, ci sono delle situazioni che non hanno orario... e quindi ci sono queste persone, questi attori, che a volte sono più disponibili in certe occasioni. Quindi più ampia è la rete, più ricca e di qualità è la garanzia per una cura e per un benessere maggiore. Questo è proporzionale, così la penso. Certamente sono importanti tutti e due, formale e informale.

6. Quali collaborazioni con attori informali della comunità sono attualmente presenti?

Okay... allora, c'è la rete dei servizi riconosciuti e ci sono diversi servizi per settori. Questa è una cosa molto importante e la collaborazione con loro, con la comunità, è molto formale, da un punto di vista dei bisogni di questa utenza. Quindi abbiamo a che fare con una parte sanitaria e una parte sociale, soprattutto servizi sociali, ospedali, cliniche, specialisti, cure, problematiche legate alla documentazione, piuttosto che debiti, quindi a tutta la parte legata agli Uffici invalidità, il SAS; il patronato, ... questa è la parte formale. Però tu mi chiedi della parte informale... collaborazioni con attori informali della comunità... a volte avvengono tramite il volontariato, quindi persone che offrono il loro tempo e la loro dedizione e a volte nascono anche in modo fortuito, persone che hanno a che fare o che hanno avuto a che fare con la problematica di dipendenza per diversi motivi. Problematiche in famiglia, il vicino, l'ex, un collega di lavoro che ha sviluppato una dipendenza, ecc. E sono persone un po' più accessibili o un po' più presenti in questi percorsi. La collaborazione, a volte, va anche verso un'integrazione delle persone o verso un evitare una discriminazione o una stigmatizzazione, va anche verso l'obiettivo di far capire alle persone che fanno parte della comunità che dobbiamo, che è nostro dovere, integrarli o fare in modo che si possa convivere, quindi abbassare la soglia della tolleranza. Tentare, in qualche modo, di creare una molla tra la popolazione e queste problematiche. Per fare in modo che siano un po' più accettati, che si conviva in modo più piacevole, se così si può dire, o almeno che non crei particolari disagi. La dipendenza è una situazione triste, difficile da capire dall'esterno. Più che una situazione, una malattia.

Ma in questi nove anni, hai mai avuto modo di incontrare attori informali che giravano attorno agli utenti, o che ti hanno dato una mano per dare una mano, anche indirettamente, agli utenti?

Sì, certamente. In questo lavoro devi suonare a tutte le porte che possono aprirsi per aiutare la persona. Quindi nel lavoro mi sono fatta aiutare tanto da familiari, che a volte non avevano un rapporto semplice ma, anzi, molto conflittuale con la persona. Ma ho dovuto anche mediare, per fare in modo che quella porta si potesse usare, perché prima non era possibile. Erano delle figure importanti per queste persone, e quindi evidentemente avevano un'influenza diversa dalla mia, ma necessaria. Mettendo al centro il benessere, la salute, il buon percorso di cura della persona, hanno capito che la cosa migliore era collaborare. E così abbiamo fatto. E poi ci sono altre figure importanti, dalla receptionista del pronto soccorso che ha capito che bisognava avere un po' di pazienza a chi puliva il parco e ha capito che comunque, molto professionalmente, abbiamo fatto in modo che il fenomeno venisse controllato, osservato e tenuto sotto controllo nella misura del possibile. A volte la collaborazione passa, da un lato, dal capire che c'è una vicinanza, che non sei da solo, che ci sono tante persone che lavorano con queste persone e fanno cose diverse. Tu puoi avere un compito di controllo, di sicurezza, ma c'è un altro che ha un compito sanitario, curante, di supporto, familiare, ecc. Penso che quando si rompe questa barriera, si mette al centro la persona e ognuno si deve prendere cura di un aspetto. E allora si mettono insieme i diversi pezzettini e si compone una sorta di mosaico, dove la persona è l'attore principale. Quando questo è chiaro, i pezzettini si incastrano, a volte con difficoltà. Ma penso che sia una bella metafora per capire come la comunità può creare un bel mosaico.

Annovereresti la parrocchia in questa lista di attori informali?

Con il mondo religioso non abbiamo tantissimi contatti ufficiali, diciamo che abbiamo delle persone che hanno diversi ruoli, chi cattolici, musulmani, Ma che formano parte di questa rete. Sul luganese parliamo di Fra Martino. Lui per noi è sempre stato disponibile, molto comprensivo con il fenomeno, anzi ci sono delle risorse e degli aiuti che vengono forniti tramite questa fondazione privata, tra l'altro. Altre parrocchie, penso si possano attivare ma personalmente non l'ho fatto spesso. Vi è la Signora X di SoliDare di Mendrisio, che però è una volontaria della Catena della solidarietà che è composta da diversi servizi che sul territorio offrono aiuti a persone in una situazione di difficoltà. Queste persone sono in primis sans papiers, quindi persone che sono sul territorio ma non hanno nessun tipo di risorsa. Quindi si attiva, per esempio, attraverso il Soccorso operaio svizzero, MyDay, un servizio di primo aiuto che offre aiuto al rimpatrio, informazione, consulenze, anche aiuti finanziari per momenti di bisogno. C'è anche la Fondazione Francesco per tutta la parte di accoglienza e bisogni alimentari, offrono un pasto tutti i giorni durante tutto l'anno. La Catena della solidarietà ha anche Casa Astra e Casa Martini come dormitori, che possono offrire un luogo di alloggio temporaneo in situazioni di grave difficoltà, quindi persone che sono praticamente per strada. E diversi altri servizi come parrocchie, volontari, Zona Protetta per quello che può essere il mondo della prostituzione, ecc.

[Domanda 7] Se si costruiscono dei contatti, delle collaborazioni con attori informali, come nascono generalmente?

Di solito nascono per un bisogno, penso. Per un bisogno in comune. C'è chi ha bisogno di dare una mano o chi ha una sensibilità e capisce che c'è qualcuno che ha bisogno, e dall'altra parte tu come operatore ti appoggi a qualcuno che ha delle informazioni o una visione un po' diversa, esterna, di quella che è la situazione della persona. E allora nasce una specie di collaborazione, di punto di unione, dove anche quella persona diventa importante in quel momento. A volte questa collaborazione te la inventi, te la crei, perché hai un obiettivo, che è quello di introdurre la persona nel mondo delle dipendenze oppure nel disagio di questa persona perché è importante che ci sia. A volte, invece, la crei perché è importante per la popolazione per evitare situazioni pericolose. Quindi, ad esempio, far conoscere all'operatore ecologico del Parco Ciani qualcuno che ha una cattiva abitudine di lasciare del materiale pericoloso in giro. Magari si possono conoscere e cominciare a capire qual è l'attività di questa persona a livello professionale e qual è un po' il disagio, la problematica che fa sì che la consapevolezza della persona non sia raggiunta. Quindi lì ci si può lavorare, la crei. Perché creando questi punti di unione, tratteggi una rete, e questo è anche il compito dell'operatore. Unire, cioè "fare ponte", tra il disagio e la persona e non soltanto gli enti di cura, ma anche con il resto, tra la persona e la società, la comunità, la popolazione, la Città, che a volte è molto urbana e questi fenomeni vengono visti in modo marginale o in modo un po' limitato, superficiale. Sono fenomeni che fanno parte della Città e la Città deve essere presente. E questo lo fa l'operatore. Parte dal bisogno, ma non solo. Può anche creare questi momenti e fare in modo che le persone abbiano un'ottica diversa. E io penso che questo lavoro l'abbiamo fatto tanto. L'abbiamo fatto con i baristi, con gli autisti del bus del Viale Cattaneo, con tutti i bar della zona, con chi svolge un'attività in quelle zone... penso che in questi ultimi anni è una delle attività che abbiamo fatto di più. Vorremmo farla ancora ma purtroppo ha bisogno di tempo, di risorse e non sempre è possibile. Ma è essenziale secondo me.

8. Ti è mai capitato, nella tua pratica professionale quotidiana, di incontrare o di cogliere delle situazioni in cui degli attori informali attuassero delle azioni di cura nei confronti di utenti? Potresti portare degli esempi?

Sì, assolutamente. Mi sono meravigliata durante questi anni della sensibilità di tantissime persone verso questa problematica. Ma non solo verso questa problematica in concreto, ma persone che sono attente alle difficoltà degli altri. L'ultima che mi ricordo è quella del signore proprietario di un bar che si è avvicinato a dare una mano mentre gestivamo una situazione di difficoltà, si è fermato con l'auto a chiedere se andasse tutto bene. Quindi c'è sempre qualcuno che ha un occhio di riguardo verso l'altro, tu devi coglierlo e fare in modo che possa convivere con la problematica.

9. Quali pensi possano essere i vantaggi e gli effetti positivi nel coinvolgere gli attori informali della comunità, nell'operato del Servizio di prossimità? Parlavi del fatto che i servizi non possono esserci sempre perché hanno orari e risorse limitate. Non so se ti viene in mente altro?

La cosa più importante è che rafforza la rete, di questo ne abbiamo già parlato. Penso che i principali vantaggi siano il fatto che fenomeno delle dipendenze assume una connotazione meno negativa, più "digestibile", per la comunità. Che si riesca a facilitare la convivenza. Penso che questo sia il fattore positivo più importante. Rende anche più facile il nostro lavoro, perché ti senti supportato dal contesto, dalla comunità, che capisce che in quel momento stai lavorando e che a volte hai bisogno di una mano, che hai bisogno di una certa comprensione e, in qualche modo molto umano, anche di fare alcune eccezioni, di tentare di andare incontro al problema. Questo penso che per il nostro operato sia un vantaggio enorme. Penso che potrebbe anche limitare o fare in modo che i problemi legati alle dipendenze si riducano. Se la comunità è coinvolta, c'è una cura maggiore non soltanto da chi se ne occupa per competenza data e c'è anche un interesse comune nell'evitare che i ragazzi abbiano contatto con le sostanze, nello spiegare gli effetti e la pericolosità del consumo, nel far capire quali sono i rischi e quali possono essere poi le malattie correlate, quanti anni hai bisogno per ridurre gli effetti o per cercare un'astinenza, quali possono essere le conseguenze lavorative e finanziarie per la società. Insomma, penso che un occhio di riguardo verso queste tematiche da un punto di vista non giudicante possa anche arricchire la comunità e fare sì che adottino un'attività preventiva e di cura. Penso che questi siano i principali vantaggi: collaborare, aiutare e facilitare il lavoro.

10. Quali possono essere, secondo te, le principali difficoltà o i principali limiti nel coinvolgere gli attori informali della comunità nell'operato del servizio di prossimità?

L'aumento della marginalizzazione, il giudizio e la stigmatizzazione, che fanno sì che queste persone già sole siano ancor più emarginate. Queste persone hanno una maggiore difficoltà nell'integrarsi, hanno già degli handicap, delle vulnerabilità preesistenti, e anche se fanno un percorso di cura ottimo, se la società non abbassa un po' i livelli è sempre molto difficile arrivare alla performance richiesta, a volte anche troppo esagerata, quando di base c'è una malattia che accompagnerà la persona per un bel pezzo, se non per tutta la vita. A volte penso che la comprensione, da un punto di vista di una malattia definita, e anche il cambiare la visione del fenomeno, capendo cosa è, cosa comporta, possano aiutare molto. È una grande difficoltà per noi, come professionisti, trovare dall'altra parte dei muri o delle persone che hanno dei comportamenti a volte discriminatori, esclusivi, oppure anche peggiori, verso questa comunità di persone che consumano o che sono ex consumatori, ex dipendenti. Penso che questo è un limite enorme per queste persone e per noi professionisti, che acutizza il problema, il problema personale ma il problema anche sociale. Perché aumenta il disagio, aumenta le problematiche, comporta maggiori costi, maggiori risorse, dedicare più risorse finanziarie e poi crea una problematica in più, quando ce ne sono già tante. E quindi un minimo di inclusione di questa popolazione risparmierebbe tantissimi costi, non soltanto materiali ma anche immateriali.

Aggiungo una domanda vista la tua formazione. Anche tu lo dicevi prima, ci sono a volte delle persone che oltre alla problematica di dipendenza presentano delle diagnosi psichiatriche importanti. Pensando anche alle situazioni più complesse, tu come vedi la fattibilità di una maggior inclusione di queste persone, anche da un punto di vista pratico, anche pensando a situazioni che hai incontrato?

Io penso che in qualche modo le istituzioni devono creare le possibilità di incontro con la comunità. Devono potenziare il volontariato, delle misure di utilità pubblica, dei pacchetti di formazione per i laboratori pubblici, ci sono tantissime misure che possono venire usate per creare una connessione, un avvicinamento a questo ambito di problematica socio-sanitaria. Infermieri che devono fare "tot" stages, civilisti, che già sono attività che avvengono. Ma potenziarle ancora di più, creare in qualche modo un primo avvicinamento al mondo delle dipendenze e non solo, anche ad altre problematiche che, come abbiamo ben detto, sono collegate o vicine alla problematica delle dipendenze. Questo avvicinamento fa in modo che ci sia una conoscenza, anche un approfondire, delle problematiche che convivono assieme, quindi la marginalità, le problematiche psichiatriche, le problematiche legate alle dipendenze, la precarietà, i traumi infantili, famiglie conflittuali, traumi di guerra, ecc. Quindi si rompe la barriera dell'etichetta del "tossicodipendente" e si conoscono persone, persone che hanno una storia, che hanno una problematica, che hanno un passato ma che hanno anche un futuro. E quindi già si fa un passettino in più, quindi li avvicini e li fai conoscere. In più gli si può anche dare alcune nozioni teoriche, un po' più concettuali del fenomeno per completare e permettere una visione un po' più ricca e un po' più completa del fenomeno in sé. Questo sarebbe un terzo passettino. E poi, in più, si può anche coinvolgere la società a livello mediatico, con delle campagne di inclusione, oppure creare delle associazioni che abbiano come obiettivo principale l'integrazione di queste persone nella società, ex tossicodipendenti, ex dipendenti dal gioco d'azzardo, unione per i gruppi parola,... insomma si possono fare tantissime cose, che a volte spettano ai diversi interessati ma, a volte, anche una spinta più istituzionale potrebbe aiutare: creare dei luoghi non legati al consumo che queste persone potrebbero frequentare e che possono essere frequentati da altre persone e convivere in questa urbe. E questi luoghi devono venire anche promossi e bisogna dare, in qualche modo, possibilità che comportano un costo a cui queste persone non possono arrivare ma con dei buoni, delle entrate per eventi sportivi, ... potrebbe essere molto interessante. È da sperimentare di più, una bella sfida.

Per quanto riguarda il rispetto della privacy della persona, pensi possa essere una difficoltà nel coinvolgere la comunità?

Più che una difficoltà è un tradurre. Tu sei un tecnico che ha accesso a moltissime informazioni che hanno un valore diverso, legalmente ma anche per la persona che le condivide con te. Devi capire cosa rimane con te, quindi cosa non passa a un livello successivo, e cosa passa e in quale modo. Qui avviene la traduzione. Tu hai l'informazione con te e devi capire come trattare questa informazione. Questo è il segreto del segreto professionale per un operatore di strada. Devi filtrare quello che si può filtrare, quello che hai il permesso di filtrare, e farlo nel miglior modo possibile, in base all'interlocutore che hai dall'altra parte. Perché non tutti sono in grado di capire tutto. Quindi questo è il compito dell'operatore di strada, far passare l'informazione permessa legalmente, non solo dal punto di vista della persona. Perché se mi dici che hai ucciso qualcuno, io con questa informazione

devo farmene qualcosa, ecco. E un terzo livello è questo: cosa ha bisogno di sapere la persona a cui mi rivolgo? E quello lo devi valutare. Quale informazione puoi dare? Perché puoi essere anche pericoloso, sia nel dare poco che nel dare troppo. Nel dare poco rischi di non essere comprensibile, perché l'altro non ha gli strumenti necessari per capire la situazione della persona in questione. Se dai troppo, non è rispettoso nei confronti della persona che ti confida qualcosa sicuramente di difficile, doloroso, a volte anche molto intimo. Sta a te, come buon professionista, tradurre. Poter valutare cosa e in quale modo può essere passato all'altra parte: passi il necessario, ovvero quello che è strettamente indispensabile. E questo è difficile. Bisogna definire la situazione il più possibile: qual è il ruolo dell'interlocutore? Cosa vuoi ottenere da lui? E costruire un legame è un processo, qualcosa che si va facendo nel corso degli incontri. Si comincia dalla conoscenza. Però bisogna fare attenzione a come ci si presenta, perché se ti presenti come un operatore del Servizio Ingrado e l'altro va in internet a cercare che cos'è, gli stai dicendo che la persona di cui parli è tossicodipendente, o un alcolista, piuttosto che altro. Già nel momento della presentazione, comincia il gioco. Presumiamo che si tratti di un interlocutore che non conosce la problematica della persona. Posso cominciare a dire che sono un operatore sociale del comune di Lugano, senza dire di quale servizio. È un passo indietro, ma anche un passo oltre, perché dico comunque di essere un operatore sociale e le persone ti chiedono cosa fai. Posso partire anche dal dire che sono un conoscente. Dipende da quale cappello ti vuoi mettere, da quale carta vuoi giocare. E se ti presenti come operatore, puoi anche rimanere sull'ambiguo quando ti pongono la domanda su che cosa ti occupi: "io faccio diverse cose, in base ai bisogni", "mi occupo di disagio", o "di dipendenze" ... vedi come è importante filtrare? È un gioco, e comincia dall'inizio, da come ti presenti. "Ah, questo è un sociale...". Tutto dipende da quale è il tuo obiettivo.

11. Pensi che il lavoro in ottica di comunità informale debba essere implementato all'interno delle vostre pratiche? In che modo ti immagini che possa essere fatto?

Sì sì, io penso che la prossimità è nata, si è evoluta e continua a evolversi. E il futuro va indiscutibilmente verso l'integrazione di queste persone, e qui c'è un grandissimo lavoro da fare da parte della comunità, che bisogna studiare per valutare qual è il modo migliore. Ma una parte della prossimità deve sicuramente lavorare nel contesto comunitario. Perché è quello che può accogliere queste problematiche, convivere nel miglior modo possibile con queste e tante altre problematiche e farsene anche un po' carico, in qualche modo, per togliere il peso alle persone e alle istituzioni pubbliche. Penso che ci siano due livelli, uno viene dal basso e un altro viene dall'alto, a livello più istituzionale. Dal basso deve venire dagli interessati e dalle persone a loro vicine, anche dagli operatori che sono a contatto quotidiano con la problematica e sanno bene lo stato dell'arte, ma anche da un punto di vista più macro. Creare delle basi che permettano che diversi progetti o idee possano essere sviluppate e messe in pratica.

Quale ruolo pensi possa svolgere l'operatore di prossimità di Ingrado?

Il ruolo di mediatore. Di traduttore. Deve tradurre, in modo che i politici, la popolazione, le istituzioni e anche a volte i servizi possano capire qual è la problematica, qual è la richiesta, se c'è, o qual è il bisogno, e come devono dar seguito. Perché sono due cose molto diverse ma che vanno a mano a mano. E qui l'operatore ha un ruolo strategico, senza questa

traduzione ci sono troppi rischi, che poi comportano anche un fallimento, tante volte. L'operatore è un pezzo chiave di questa scacchiera. Se vuoi fare una buona partita, hai bisogno di un mediatore che possa facilitare i passi in avanti nel percorso.

12. Quali conoscenze, competenze, risorse (personali e istituzionali/organizzative) pensi debbano avere gli OP per poter dare corpo a questo approccio?

Evidentemente un operatore nell'ambito delle dipendenze deve conoscere il fenomeno delle dipendenze, non soltanto legate a sostanze psicoattive ma anche comportamentali. Deve avere le nozioni necessarie per capire gli effetti a breve e lungo termine, i rischi collegati, quindi deve sapere esattamente cosa sono le sostanze. Deve essere al corrente del mercato, di cosa offre, di quali sono le sostanze più utilizzate e in quale modo, delle diverse sostanze (parliamo di policonsumo). Quindi deve avere le competenze tecniche, teoriche, del fenomeno a un livello importante. Deve anche avere delle importanti conoscenze sulla marginalità, sul disagio, ma soprattutto sulle problematiche psichiatriche. Deve avere anche una conoscenza sociosanitaria delle problematiche droga correlate (parliamo di AIDS, epatite, infezioni sessualmente trasmissibili, di rischi legati al consumo, alla condivisione di materiale, di batteri che possono compromettere la salute, ...). Questa è un'altra parte importante del bagaglio delle conoscenze per poter cominciare a entrare in materia. Quindi parliamo di operatori che conoscono il fenomeno e anche a livello sociale hanno una visione di integrazione e di mediazione, di consapevolezza, con dei principi di non giudizio, di accettazione del fenomeno e di fare un po' da tramite con la popolazione. Parliamo evidentemente di competenze di mediazione, di competenze sociali e comunicative importantissime. Devi sapere lavorare con i conflitti, sapere cosa sono le soluzioni operative ma devi anche avere una conoscenza importante della legge, del segreto professionale, fino a dove ti puoi spingere, cosa dice la legge a livello penale sul consumo di sostanze e di quali sostanze, ecc. Ecco, serve un'infarinatura non da poco. E personalmente, deve avere importanti competenze sociali legate all'accoglienza, all'assertività, all'empatia, al saper mediare, mettere dei limiti, accogliere, avere un ascolto davvero attivo e produttivo per poter orientare le persone verso un obiettivo anche plausibile. Deve sapersi mettere in discussione, avere una capacità critica, di problem solving, anche in modo molto immediato e rudimentale a volte, con poche risorse. Quindi devi avere tantissime risorse professionali ma anche personali. Devi sicuramente essere una persona alla quale piace o è a suo agio lavorando con la difficoltà, con il disagio. Devi anche avere uno spirito critico e capire quali sono i limiti delle situazioni, dati dalle risorse, dalla legge, dal momento storico, ... ma avere una visione molto chiara e non perdere mai di vista qual è la strada da seguire. Perché a volte sei in mezzo al bosco, non hai punti di riferimento chiari, devi lavorare nell'immediato con tanti stimoli che non sempre sono facili da decifrare, da intendere. E quindi è un intervento difficile, a volte devi provare, non sapendo esattamente se è la cosa giusta. Quindi devi essere sicuramente una persona che non ha paura a mettersi un po' in gioco, a sbagliare. Però che vuole, con tanta tenacia, risolvere, aiutare, o far capire almeno di cosa si sta occupando. E un fenomeno molto variabile, che muta costantemente, dinamico, e per questo è necessario essere una persona a cui piaccia la dinamicità, perché è un ritmo veramente alto, veloce. E questo necessita che anche da parte tua ci sia un certo ritmo nel seguire i fenomeni ed essere aggiornato, per poter effettuare delle riletture. Questo approccio di "andare verso" ti deve piacere. Se sei una persona che si trova a suo agio in un ufficio, diventa un po' difficile. Bisogna conoscere la rete, i servizi, come è composto

soprattutto il territorio, cosa offre, e sapere come muoverti all'interno di questa rete che è composta da servizi completamente diversi per offerta ma anche per filosofia, modi di lavorare. Allora è necessario un costante riaggiustare il ritmo e la modalità di lavoro, ma è anche importante, per non perdersi, avere una traccia, avere una visione e supportarla con una metodologia e con degli strumenti lavorativi che ti permettano di dotare questo approccio di disciplina e di un minimo di tecnicità. Quindi avere anche una traccia per capire se quanto è stato fatto fino ad ora è adeguato, perché questo ti permette di fare un'analisi della situazione e di mettere nuovi obiettivi futuri. Serve quindi anche una parte tecnica.

Allegato 5: Tabella analisi tematica e comparativa delle interviste

Raccolta dati operatore	
<p>OP 1: 38 anni; Servizio sociale all'Università di Bologna; 3 anni di lavoro presso il Servizio di prossimità, 4 presso Ingrado; 7 anni di lavoro con persone senz'atetto a Bologna.</p>	
<p>OP 2: 35 anni; Bachelor in Lavoro sociale SUPSI (Educatore) ; 8 mesi di lavoro presso il Servizio di prossimità; stage SUPSI nel servizio di prossimità giovani Prometheus.</p>	
<p>OP 3: 40 anni; Psicologia (specializzazione in clinica e in psico-educativa); 9 anni di lavoro presso il Servizio di prossimità di Ingrado; 2 anni di lavoro di prossimità con giovani in libertà vigilata e 1 anno per il progetto "Casi complessi" sotto CPC e Fondazione Sirio.</p>	
Tema 1 - Introduzione - Lavoro di strada	
1. Quali sono secondo te le principali caratteristiche del lavoro di strada del Servizio di Prossimità di Ingrado?	Argomenti
<p>OP 1: Mandato per un'utenza tossicodipendente. Ruolo dell'OP: creare un contatto, una relazione e agganciare le persone. Meno aiuto alla sopravvivenza viste le garanzie assistenzialiste che fanno sì che l'utenza non abbia bisogno di aiuto immediato e il lavoro è più relazionale rispetto ad altri tipi di utenza; tramite l'aggancio, proporre un sostegno nel percorso di vita (non per forza cambiare la vita o fare in modo che smettano di drogarsi ma essergli accanto), aumentare la qualità di vita (salute, abitazione, ma anche relazioni sociali con il territorio). Spesso accade che le persone vengano emarginate dal contesto sociale; quindi, il nostro lavoro è anche "andare insieme verso il mondo", la ripresa di contatto con il resto della società; momenti di dialogo sano senza parlare di droga che sono "parentesi di sollievo". Monitoraggio del territorio luganese: intercettare potenziali fenomeni sociali latenti, nascosti, non estremamente palesi e lavorare in ottica preventiva: siamo gli occhi di persone competenti sul territorio. Uscire dalle mura, andare verso il bisogno, il disagio senza aspettare che bussino alla porta come nell'ottica "vecchia" dei servizi: futuro del lavoro sociale. "Prima parlavi delle relazioni sociali, del fatto che è importante aiutare le persone ad avvicinarsi anche maggiormente alla... alla società. Questo o viceversa, perché anche la società, magari deve avvicinarsi maggiormente. E questo è anche nel vostro mandato, mi sembra". È anche nel mandato: obiettivo più difficile da realizzare, implementare e rilevare i termini di risultati. Molto più complesso di un accompagnamento sanitario. Però forse la mancanza di relazioni sociali, di vita di comunità, l'emarginazione, sono ferite ancor più grandi. Ripercussioni gravi, meno voglia di smettere o ridurre il consumo rispetto a chi ha delle relazioni sociali informali sane o comunque funzionali.. Sentirsi accettati è una medicina formidabile, molto più del metadone, se non ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoro di strada OP e mandato, principali caratteristiche e obiettivi • Emarginazione, impatto sulla dipendenza e sulla salute – stigma. Un compito OP: andare insieme verso il mondo.
<p>OP 2: Da domanda raccolta dati operatori: Penso che [il lavoro di strada] sia il futuro. Cambia il paradigma, cioè non è l'utente che va nell'istituzione ma è l'operatore, quindi a sua volta l'istituzione, il servizio sociale, che va nei luoghi di vita delle persone. Il mondo è fuori, il mondo è in strada, e speriamo che lo sia ancora per tanto tempo. [...] l'ambiente esterno, l'incontrare le persone in maniera anche a volte casuale, e da lì costruire.</p> <p>Da domanda 1: prossimità tipica della riduzione del danno. Quindi monitoriamo l'andamento dei consumi delle persone nelle zone più preoccupanti dove vengono riportati episodi di consumo o di spaccio, incontriamo le persone, cerchiamo di limitare tutte le implicazioni e tutte le problematiche o i problemi droga-correlati, che a un certo punto arrivano. La nostra prossimità è una prossimità molto particolare, perché è inserita all'interno di un cappello istituzionale fatto da tanti settori. Infatti, noi siamo multiprofessionali, multisetoriali come servizio, e la salute ha sicuramente un impatto molto importante per noi. E poi lavoriamo con la rete esterna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoro di strada OP, caratteristiche e utenza

<p>Da domanda 3: nostra utenza. Noi lavoriamo con delle persone che hanno problemi di dipendenza, quindi persone che hanno un consumo attivo di sostanze o sono in terapia sostitutiva, quindi che utilizzano metadone o utilizzano dei farmaci che fungono da sostituti alle sostanze, per esempio alle sostanze stimolanti. Abbiamo qualche astinente, sicuramente, però sono persone che hanno un presente o che hanno avuto un passato di consumo attivo. Ed è sicuramente un'utenza complessa.</p>	
<p>OP 3: l' "andare verso", ma con un obiettivo, diciamo con una motivazione importante, quella di orientare le persone verso i servizi che possono poi prendersi cura o dare loro gli aiuti, le informazioni, le cure, ... che hanno bisogno. Per fare questo, è necessario che nasca una richiesta più o meno esplicita, in cui la persona sente che è il momento di farsi accompagnare oppure di poter andare da solo. Questo punto è interessante, poiché è qui che la persona lascia lo spazio per creare, per progettare e quindi per cambiare qualcosa; l'autenticità del gruppo target che vai a incontrare nei contesti di vita, dove si svolgono le attività di solito legate alle dipendenze, quindi le attività di consumo ma anche di spaccio; la principale attività lavorativa avviene in questi luoghi, connotati da tutta una serie di fenomeni, di norme, di codici, di esperienze, di situazioni, ecc. la riduzione del danno.</p> <p>Da domanda 2: Sostegno abitativo: nasce nel tentativo di mantenere una certa autonomia delle persone con problematiche di dipendenza croniche a domicilio. Problematiche legate sicuramente al consumo, ma non solo. Target originario: <i>over 50</i>. Tossicodipendenti o ex tossicodipendenti che hanno delle difficoltà, che però è importante mantenere a domicilio perché non ci sono delle strutture sul territorio che possono accogliere le problematiche di cui stiamo parlando. Viene data da parte del Cantone la possibilità di creare questo progetto. Sono persone che sono già agganciate, quindi non è il classico lavoro di incontrare le persone per poi cominciare un percorso. Anzi, si tratta di mantenere un percorso che già esiste, che non è la strada ma non è neanche l'istituzione, è un ambito privato, è la casa, il domicilio. [...] in ottica di un mantenimento a domicilio a lungo termine. Il lavoro di strada a domicilio è un paradosso: è il ruolo, il modo di lavorare della prossimità [operatore di strada], che semplifica e rende possibile questo progetto in un modo, diciamo, più spontaneo e se vogliamo, anche semplice. Perché l'operatore, per le sue caratteristiche, per la modalità e il tipo di approccio, ecc. è molto atto a sviluppare questi tipi di interventi a domicilio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoro di strada OP, caratteristiche e contesto di lavoro
<p>Tema 2 - Rappresentazioni relative alla comunità curante e alla sua possibile funzione di care</p>	
<p>2. Pensando all'operato del servizio di prossimità (lavoro di strada e sostegno abitativo), come definiresti il termine comunità?</p>	
<p>OP 1: Serie di relazioni con diversi attori del territorio, più o meno vicine a livello affettivo, semplicemente anche persone che si contattano durante la quotidianità. La comunità è il mondo che circonda me e le persone con cui lavoro tutti i giorni. La comunità sono gli altri, da guardare al macro: tutti gli altri con cui entro in contatto nel mio contesto di vita. Tutte le nostre interazioni con gli altri che caratterizzano la nostra quotidianità nel territorio in cui viviamo. Esempio: persona che si sveglia e va al bar per il caffè, poi al chiosco, poi al parco, poi va in piazza dove chiacchiera con due o tre persone. E a livello geografico? la comunità con cui dovremmo e entriamo in contatto è quella Luganese, ma spesso le persone con cui ci relazioniamo arrivano anche da altri territori: altri contesti comunitari andrebbero affrontati o almeno sondati (ad esempio è successo con persone Italiane). Però sì, immagino che per lo più per il nostro lavoro la comunità è quella del Luganese.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunità: insieme di relazioni/interazioni nella quotidianità all'interno di un territorio. Per Servizio di prossimità: luganese.
<p>OP 2: Complesso, non esiste una definizione univoca e concetto in continua ridefinizione, in continua evoluzione, sulla base legale, dei diritti, dei cambiamenti fenomenologici della società, l'antropologia, i luoghi, ... un anno una piazza funziona benissimo, c'è tanta gente, l'anno dopo si spopola. Ma sono i cambiamenti della società, non è mai uguale la comunità, sempre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di definizione, in continua evoluzione • Comunità: visione sistemica. Insieme di

<p>diversa. Tanti microcosmi racchiusi in un macrocosmo, pensiamo alla comunità di Lugano: una città (circa 70 mila abitanti, con tutto l'hinterland 150... non tutti si conoscono, non tutti frequentano gli stessi spazi), tanti quartieri, tante persone, ... però poi all'interno di questo termine "ombrello" che sarebbe la comunità, ci sono tanti piccoli microcosmi, che si interfacciano continuamente. Sistemi che si interfacciano continuamente. Tante piccole comunità che creano un sistema più grande. Non tutti si conoscono, non tutti frequentano gli stessi spazi.</p> <p>Fondamenti comuni: rispondiamo tutti alle stesse ordinanze, alle stesse leggi, abbiamo tutti gli stessi diritti e quindi ci sono tante cose che accomunano i cittadini, di base. Però poi oltre a questa dimensione qui, c'è la propria persona, il proprio privato, i propri affetti e quindi sono tanti piccoli microcosmi.</p> <p>Da domanda 3: io immagino questo macrocosmo, come può essere la Città di Lugano dove noi operiamo, o i quartieri, tanti piccoli microcosmi, che accettano la condizione di queste persone, dei nostri utenti</p>	<p>microcosmi che creano un macrocosmo, molti sistemi che si interfacciano continuamente.</p> <p>Aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - territorio Luganese, spazi di vita e aggregazione. - elementi che accomunano nel macro-differenze nel micro. - affettività.
<p>OP 3: La comunità è un punto sempre importante, sia nel lavoro di prossimità "puro" in strada ma anche in questo progetto a domicilio. Parliamo di persone con problematiche di dipendenza: questo comporta che la rete primaria, secondaria, ma anche la comunità, sia limitata. Se parliamo anche di queste persone over 50, i genitori, sorelle, ... a volte non hanno un rapporto sentimentale e non hanno avuto figli. Di solito, non sempre, ma di solito sono persone molto sole. Ma anche la comunità con cui condividono la vita è una comunità molto stretta, quasi inesistente. Tanto piccola che abbiamo il vicino di casa e poi la rete formale, ufficiale (curatori, cure a domicilio, servizi, farmacia, medico,...).</p> <p>Per questo è importante il lavoro di legare queste persone, in qualche modo, a quelle antenne che formano la maglia sociale e di rafforzare i legami da una parte ma anche di accrescerli e renderli più importanti, più visibili, più presenti. Quindi dal portinaio, al signore del bar, all'autista, al signore che ogni tanto fa il trasporto, ... creare attorno a questa persona che ne ha tanto bisogno una comunità, una rete. E introdurre la comunità già esistente, in qualche modo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utenza • Solitudine • Comunità come maglia/rete sociale, legami, antenne sul territorio. • Lavoro e ruolo OP
<p>3. E parlando invece di comunità curante, a cosa pensi? Quali attori ti vengono in mente?</p>	
<p>OP 1: A chi si prende cura della persona che ha bisogno di cure. Rispetto alle persone con cui lavoriamo noi: persone che agiscono per far sì che stia meglio. "Stare meglio": bisogno fisico, psichico e emotivo. Quindi posso metterci dentro degli attori formali quali il medico di famiglia come l'amico con cui la persona si confida, piuttosto che lo psicoterapeuta. Quindi tutte quelle persone che si prendono cura, in maniera formale o informale.</p> <p>Collaborazioni con istituzioni, non per forza servizi di cura? Le autorità coinvolte nei percorsi di cura. Autorità di protezione, Uffici dell'assistenza, dell'invalidità, delle prestazioni complementari, anche se le persone non hanno contatti diretti perché le persone sono sostenute da noi, piuttosto che da curatori che hanno un'altra funzione di cura, anche se non in senso come lo intendo io, hanno una cura un po' diversa.</p> <p>Da domanda 4: Il mondo della cura istituzionale, quindi formale, professionalizzata e attori informali.</p> <p>Da domanda 1: Quindi bisogna riuscire a creare un contatto, una relazione e con quella reazione poi essere da sostegno alla persona, nel suo percorso di vita che, secondo me, per la mia esperienza, non deve essere per forza quello di cambiare la vita alla gente o di far sì che smettano di drogarsi, di curarli nel senso classico, mi viene da dire del termine, ma essergli accanto e garantire a queste persone, aiutarle ad acquisire una condizione di vita migliore, da un punto di vista di qualità di vita, quindi che vuol dire salute, vuol dire abitazione, ma vuol dire anche relazioni sociali con il territorio. Perché spesso quello che accade con tutte le persone diverse tra virgolette è che vengano emarginate dal contesto sociale e quindi il nostro lavoro è anche un po' quello, aggancio, relazione e poi insieme si va verso il mondo e anche verso sé stessi, quindi una cura di sé stessi ma anche una ripresa di contatto, a volte anche immediata, dove necessario, con il resto della società. Però, è un buon obiettivo anche quello di dare a semplicemente un momento di dialogo sano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attori formali e informali. • Chiunque risponde a un bisogno di cura o per far "stare meglio" l'utenza. • Cura: Concezione psico-fisica-emotiva della salute. • Istituzioni: autorità coinvolte nei percorsi di cura (ma non sostegno diretto come gli OP). Curatori: cura diversa. • Cura: migliorare condizioni di vita quindi salute: abitazione ma anche relazioni sociali vs. esclusione. • Dialogo sano.

<p>(senza parlare di droga che sono “parentesi di sollievo”), ecco.</p> <p>OP 2: Per comunità curante, io immagino questo macrocosmo, come può essere la Città di Lugano dove noi operiamo, o i quartieri, tanti piccoli microcosmi, che accettano la condizione di queste persone, dei nostri utenti. E in un certo senso, che hanno una visione, anche nei loro gesti, nel loro operato quotidiano, con cui cercano di includere, di accettare, di accogliere. Perché, fino a prova contraria, fa parte delle differenze. Quindi immagino una comunità inclusiva e una comunità che, nella maniera informale o in una maniera più formale attraverso le istituzioni, si spenda per assicurare almeno una buona qualità di vita e che, in un certo senso, si prenda cura delle persone. Che è facile a dirsi, ma molto difficile in pratica. Per quale motivo? La comunità è fatta di tante piccole sfaccettature e ci sono anche gli estremi. Ma se immagino una comunità curante che funzioni, si tratta di una comunità che cerca di inglobare anche gli estremi, cercando un po' di mediare. Sia nell'informalità che nella parte più formale, con le istituzioni (servizi), che si sviluppino delle strategie sul territorio per fare in modo che queste enormi differenze, siano meno marcate, e che si assicuri una buona qualità di vita, sia per le persone che non hanno delle problematiche evidenti, sia invece per chi ha delle forti problematiche. Ma come cura? Cercando di inglobare, di trovare delle strategie funzionali. Penso a un aiuto trasversale. Esempi di strategie o attori: appartamenti strutturati con delle figure di riferimento; intergenerazionalità; penso per esempio a tutte quelle figure informali, come l'edicolante, il barista, il gerente del supermercato, il poliziotto di quartiere, la signora del piano di sopra; associazionismo; mozioni in Comune La cura che passa attraverso delle decisioni politiche, economiche. Si fa tanto ma potenzialmente il margine di miglioramento c'è sempre.</p> <p>Da domanda 4: Tutti possono essere un sostegno. Non è una provocazione, è proprio un dato di fatto. Chiunque può apportare un contributo. Innanzitutto, siamo tutti cittadini e quindi abbiamo delle responsabilità verso i simili, anche a livello umano. Noi apparteniamo all'essere umano, le persone intorno a noi sono i nostri simili, la nostra stessa specie. Il discorso è un po' a monte, è una domanda più filosofica: che tipo di comunità vogliamo essere? Vogliamo essere una comunità che aiuta il prossimo, però bisogna capire anche come lo facciamo.</p> <p>Da domanda 12: Ma anche l'idea della comunità che cura, vengono un sacco di domande. Deve curare? Chi se la prende la responsabilità? La responsabilità è di tutti o di nessuno? È una responsabilità dell'individuo, ma quindi è una responsabilità tua, non è una responsabilità della comunità. Io sono la comunità o siamo solo degli individui tutti insieme che andiamo in giro e facciamo cose. È una bella sfida. Ciò non toglie che sacche di esclusione non portano da nessuna parte. Portano maggiore carico a livello di spesa pubblica, più problematiche a livello sociale, e le persone non stanno bene. E soprattutto si preferisce portare avanti un discorso che è un cancro, non guarisce, rimane fermo e stazionario e non si fanno progressi. E quindi è una comunità sì, ma una comunità che stagna. E quindi a un certo punto, vuoi in un certo senso creare una società inclusiva dove le persone stiano bene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Città di Lugano • Accettazione della condizione dell'utenza con problematiche di dipendenza come accettazione della differenza – gesti quotidiani di inclusione, accettazione, accoglienza. Accettazione anche degli estremi. • Cura formale o informale per assicurare una buona qualità di vita a tutti - colmare le differenze • Sviluppo di strategie sul territorio anche a livello politico-economico • Aiuto trasversale • Attori informali sul territorio. • Solidarietà umana e responsabilità • Concetto astratto, difficoltà di scindere il singolo dall'entità “comunità” – comunità inclusiva. <p style="color: red;">• Esclusione: un costo per la società</p>
<p>OP 3: Curante... “Curare” è una parola che a me piace molto, perché vuol dire moltissime cose. Non è soltanto il dottore che ti dà la medicina quando non stai bene. Anzi, cominciamo dalle persone che si prendono cura di tanti aspetti, aspetti importanti della vita, come pagare l'affitto o fare la spesa, quindi le cose basiche. Di solito c'è un curatore, [...], la rete sociosanitaria attorno alla persona, dalla farmacia al medico di famiglia, a psicoterapeuti che possono anche far parte del percorso di cura, agli infermieri. Poi vi sono figure non strettamente legate al mondo sanitario, ma che hanno una funzione molto importante di promozione e prevenzione della salute mentale, soprattutto. Qui subentrano questi operatori con diverse attività di accompagnamento, di sostegno, ecc. , [...]. Evidentemente, anche degli amici e dei parenti, il signore “del bar di sotto”, “quello” che di fronte a casa ha la palestra, l'agente di quartiere “che mi conosce da una vita”, piuttosto che il responsabile del Denner “con cui ho litigato perché una volta ho rubato una birra ma poi è diventato mio amico, anzi quando mi vede un po' giù di tono chiama</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cura: curare ma anche prendersi cura.(cure e care) • Attori formali (curatore, rete sociosanitaria) e informali • Rete di persone che hanno qualcosa che si chiama “sensibilità”

<p>l'operatore"; insomma, si crea una rete di persone che hanno qualcosa che si chiama "sensibilità" verso le problematiche, non soltanto di dipendenza. Quindi sono queste persone che alla fine, fanno la differenza.</p> <p>Da domanda 1: rete primaria, secondaria, ma anche la comunità, sia limitata ... genitori, sorelle, ... a volte non hanno un rapporto sentimentale e non hanno avuto figli. ...Tanto piccola che abbiamo il vicino di casa e poi la rete formale, ufficiale (curatori, cure a domicilio, servizi, farmacia, medico,...).</p> <p>Per questo è importante il lavoro di legare queste persone, in qualche modo, a quelle antenne che formano la maglia sociale e di rafforzare i legami da una parte ma anche di accrescerli e renderli più importanti, più visibili, più presenti. Quindi dal portinaio, al signore del bar, all'autista, al signore che ogni tanto fa il trasporto, ... creare attorno a questa persona che ne ha tanto bisogno una comunità, una rete. E introdurre la comunità già esistente, in qualche modo.</p>	
<p>4. Secondo te, quali tipologie di sostegno possono fornire gli attori della comunità, formali ed informali, nei confronti della vostra utenza?</p>	
<p>OP 1: Il mondo della cura istituzionale, quindi formale, professionalizzata in cui rientriamo anche noi, fornisce il tipo di cura che conosciamo, studiamo, vediamo tutti i giorni (la classica).</p> <p>Attori informali: cura emotiva e psichica, vicinanza. Forse sono delle stampelle per cui alcuni dei nostri riescono ancora ad andare avanti. A volte ci domandiamo: ma come fanno a essere ancora in piedi dopo questa vita che fanno? E poi scopri che: vicino gli porta la spesa, vicina gli fa la spesa, aiuto fisico e materiale ma anche vicinanza affettiva ed emotiva.</p> <p>Da domanda 6: Fare credito agli utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attori formali: cura specialistica, professionistica. Attori informali: cura emotiva, psichica, materiale, fisico, affettivo e vicinanza.
<p>OP 2: L'edicolante che fa credito a una persona in difficoltà, una signora che prepara un dolce a quello del piano di sotto che è in difficoltà, il poliziotto che si ferma e invece di farti la multa ti fa un discorso, ti spiega delle cose. Chiunque, a modo suo, può aiutare. L'aiuto più importante è parlarsi, penso. Parlarsi tra cittadini. E soprattutto avere la curiosità di scoprire il prossimo.</p> <p>Da domanda 5: anche semplicemente parlarsi.</p> <p>Da domanda 8: "ti porto il pasto", "non ti preoccupare la lavatrice te la faccio io", ... ci sono queste cose qui. .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualsiasi tipo di aiuto. Parlarsi, scoprire il prossimo. Sostegno pratico.
<p>OP 3: Cura in senso medico, sanitario e psicoterapeutico, ma anche prendersi cura di aspetti amministrativi o generale, di aspetti importanti quali il pagamento dell'affitto, il fare la spesa,... promozione e prevenzione della salute mentale (accompagnamento e sostegno). Qualsiasi tipo di sostegno o gesto, dall'offrire un caffè, al sentirsi riconosciuto (agente di quartiere), al non chiamare la polizia, al rapporto di amicizia, a un momento di scambio, alla spesa,...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attori formali: cura medica-sanitaria, psicoterapeutica, promozione e prevenzione salute mentale. • Attori informali: sostegno di vario tipo.
<p>5. Quale incidenza (nel senso di rilevanza, efficacia, valore aggiunto) pensi possa avere il sostegno informale da parte di attori della comunità rispetto a quello pubblico/istituzionale?</p>	
<p>OP 1: Da domanda 4: attori informali, da un punto di vista di cura emotiva e psichica, possono essere più influenti di me: "si vede che non lo fai per lavoro", frase significativa: "ti sei connesso con me a livello emotivo, non sei l'educatore in questo momento ma sei una persona che è vicina a un'altra persona e mi fa bene quindi ti ringrazio". Questo ha un potere enorme ed è sottovalutato nel nostro lavoro. Forse ci sono delle stampelle per cui alcuni dei nostri riescono ancora ad andare avanti.</p> <p>Oggi eravamo a mangiare la pizza, ci siamo presentati e la pizzaiola ha iniziato a parlarci dei nostri utenti, ha detto alcune cose che noi non sapevamo e ne parlava con affetto, con empatia, dicendo "è passato a salutarmi ... è passato l'altro...". Perché un nostro paziente deve andare lì senza soldi a parlare con una pizzaiola? Perché è un sollievo, ricerca di contatto umano non professionale. Noi come professionisti abbiamo un limite invalicabile ed è il fatto che siamo professionisti e questa è una penalità nel nostro lavoro.</p> <p>Da domanda 12: questo tipo di relazione informale con gente che soffre che trova giovamento più dal confronto con te che sei il suo vicino che dal confronto con il professionista. Magari si crea una fiducia diversa: è diverso,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attori informali: valore aggiunto della relazione umana, non professionale, non monetizzata, che fa la differenza e conferisce grande influenza. Professionalità: limite in questo.

<p>non è che è più o meno fiducia, ma proprio una qualità diversa del rapporto di fiducia.</p> <p>Da domanda 5: il valore umano, fa la differenza. Dal video: sentirsi osservati, giudicati, soli, esclusi, emarginati ... sostanza causa ma anche conseguenza per non sentire e anestetizzarsi, per auto-medicarsi rispetto a biografie di esclusione, violenza, emarginazione. La vera cura non è solo quella farmaceutica ma far sì che la persona possa sentirsi accolta, accudita, accettata dal mondo in cui vive. Potrebbe fare la differenza.</p> <p>Da domanda 10: possono nascere dei conflitti tra persone per le incomprensioni ma ancora più spesso per alcuni dei nostri nasce da delle sofferenze psichiche più profonde che chi non è del mestiere fatica a comprendere. Abbiamo una persona che adesso è ricoverata [...] abbiamo dovuto fare diverse supervisioni con la psichiatra per aiutarci a capire qual è il meccanismo psichico che portava questa persona a sabotare quello che aveva intorno di cura, quasi come se più lo si aiutava e questa persona doveva distruggere quello che si faceva per lui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La vera cura forse non è solo quella farmaceutica, ma accoglienza e accettazione nel mondo in cui vive. Entrambe servono. • Solitudine, giudizio, emarginazione. • Necessità di competenze specialistiche viste le problematiche vissute dell'utenza.
<p>OP 2: Da domanda 1: [Rete multisetoriale nella stessa struttura] è un vantaggio, perché avendo tutto all'interno della stessa struttura, possiamo fare un lavoro molto sinergico. E soprattutto, che dà delle risposte in maniera molto efficiente e anche risparmiando tempo. Se noi dobbiamo andare dallo psichiatra che non si sa bene dov'è, magari è dall'altra parte della città, o dobbiamo andare in un ambulatorio, logicamente c'è molta più dispersione del tempo. Quindi questo fa sì che il nostro lavoro è molto più ottimizzato.</p> <p>Per poter lavorare con una casistica così complessa, anche l'operatore di strada, in un certo senso, deve adattarsi: non solo deve sapersi muovere con l'utente già di per sé, ma deve andare incontro anche a una maggiore formazione. Quindi deve avere un ventaglio di conoscenze sicuramente più ampio rispetto, magari, a un operatore che lavora con i giovani o che ha delle mansioni molto più strettamente sociali e meno sanitarie. E poi, in un certo senso, se vuole dare realmente una alla persona di cui si sta occupando in quel determinato momento, deve confrontarsi tanto.</p> <p>Da domanda 4: Per aiutare, realmente, logicamente ci vogliono delle competenze. Perché aiutare tanto per aiutare, a volte si rischia di fare anche dei grossi danni. Però, obiettivamente, chiunque, a modo suo, può dare realmente una mano. Bisogna vedere come si aiuta. È sempre questo il discorso, e soprattutto, qual è l'obiettivo dell'aiuto? Perché, a volte, l'aiuto tende più verso l'assistenzialismo puro e mero. A volte l'aiuto non porta nessun beneficio, ma anzi fa rimanere la persona in una situazione di stagnazione.</p> <p>Da domanda 5: Servono tutti e due, sono complementari. Sicuramente l'assistenza più istituzionale, quindi anche quella svolta dagli operatori di prossimità, [...] c'è tutta una serie di competenze e di professionalizzazione, di professionalità, sicuramente diversa. Storia del Servizio di prossimità ormai ventennale, con alle spalle tutta una serie di conoscenze, di storia e soprattutto di tessitura di relazioni con gli utenti. Tanti utenti li conosciamo davvero da una vita e siamo diventati per loro una forma di seconda famiglia. O addirittura, per tanti, è come se fossimo noi la loro famiglia. Non ci sostituiamo sicuramente alle persone, ma molto spesso i nostri utenti conoscono noi. Siamo noi che diamo una mano. E quindi c'è un bagaglio esperienziale e di competenze molto molto valido.</p> <p>Il discorso fondamentale è che noi possiamo fungere un po' da <i>trait d'union</i>, ovvero tessere un po' un <i>fil rouge</i> tra l'utente, la comunità informale e noi. Possiamo fungere da appoggio a persone del mondo esterno, che magari si trovano in delle situazioni in cui fanno fatica a comprendere, perché non hanno quegli strumenti che invece abbiamo noi.</p> <p>Quando il servizio è chiuso [...] L'educatore non c'è sempre. [...] cerchiamo di essere più presenti sul territorio e nella maniera migliore che possiamo fare, però non siamo dappertutto. C'è però la popolazione, il resto del mondo libero. E quindi è fondamentale incontrarsi con l'edicolante, con quello, con quell'altro, con l'amico, con quello "si ho bisogno di una mano" e "ma non ti preoccupare ci sono io". E in più, ci sono tutte le associazioni a cui non interessa tanto se sei un tossicodipendente o meno, se hai bisogno ricevi aiuto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione del tempo • Necessità di competenze specialistiche viste le problematiche vissute dell'utenza. • Intenzionalità, analisi dei bisogni e delle strategie – evitare l'assistenzialismo e la stagnazione. • Istituzione: professionalità e bagaglio di esperienza e relazioni • Punti di riferimento importanti (! Attenzione a non divenire il contesto). • Fungere da <i>fil rouge</i> e appoggio al mondo esterno • Limiti dei professionisti: limiti di orari e di presenza sul territorio ampio.

<p>E quindi le risorse informali che girano intorno all'utente, qualunque esse siano, se ci sono è solo un bene. Anche semplicemente per parlare. A volte noi siamo anche incatenati nella figura dell'educatore, perché abbiamo studiato cos'è l'ascolto, cos'è la comprensione, quali sono le metodologie e gli approcci di lavoro con i nostri utenti ma tante volte può essere anche efficace una persona che non ha nessuna competenza in ambito sociale. [...], però in quel momento apre un canale fatto in un certo modo, che può dare un giovamento alla persona. Qualsiasi figura [...] purché sia positiva, che non metta in pericolo la persona con idee che magari possono portarla a compiere dei gesti che minano la sua qualità di vita o che mettono in pericolo la sua salute, [...] che possa portare anche un minimo cambiamento positivo è sicuramente un vantaggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiducia dei professionisti negli attori informali. • Figura informale utile SE positiva.
<p>OP 3: Due aspetti che ne compongono uno solo. I professionisti svolgono un tipo di attività concreta dove il percorso di cura per la dipendenza può consistere in una cura medica,... e tantissime cose. Ma vi è anche una cura diversa, un'attenzione da parte delle persone che sono accanto che è altrettanto importante. Come posso definirlo... perché è molto interessante questa parte. Perché ci sono attori della comunità che a volte sono l'unico punto di riferimento per queste persone. I servizi hanno anche dei limiti, hanno limiti di orari, di risorse, legalmente hanno una funzione determinata: quindi è un po' inquadrato come intervento. E la vita non è inquadrata, ci sono delle situazioni che non hanno orario... e quindi ci sono queste persone, questi attori, che a volte sono più disponibili in certe occasioni. Quindi più ampia è la rete, più ricca e di qualità è la garanzia per una cura e per un benessere maggiore. Questo è proporzionale, così la penso.</p> <p>Da domanda 6: [...] hai avuto modo di incontrare attori informali che giravano attorno agli utenti, o che ti hanno dato una mano per dare una mano [...]? [familiari] Erano delle figure importanti per queste persone, e quindi evidentemente avevano un'influenza diversa dalla mia, ma necessaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Professionisti: cura specialistica. • Attori informali: Cura diversa – punti di riferimento. Influenza diversa. • Limiti dei servizi (orari, risorse, legale, mandato,...). Attori informali più disponibili in certe occasioni. • Maggiore ampiezza e qualità della rete - maggior benessere.
<p>Tema 3 - Riflessione critica in relazione alla comunità curante</p>	
<p>9. Quali possono essere i vantaggi e gli effetti positivi nel coinvolgere gli attori informali della comunità, nell'operato del Servizio di prossimità?</p>	
<p>OP 1: Da domanda 5: il valore umano, fa la differenza. La vera cura non è solo quella farmaceutica ma far sì che la persona possa sentirsi accolta, accudita, accettata dal mondo in cui vive. Potrebbe fare la differenza.</p> <p>Da domanda 8: Laddove permangono relazioni umane possono fungere da antenna per il disagio e quindi agire precocemente (vedi domanda 8 per esempi). Fa la differenza perché conseguenze fisiche e psichiche della dipendenza peggiorano con l'andare avanti nel consumo smodato della sostanza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valore umano • Accoglienza, accudimento, accettazione, ... • Impatto positivo sulla cura. • Antenna e azione precoce-preventiva
<p>OP 2: Da domanda 6: Come ritenere le informazioni, come capire quale tipo di intervento fare, se è necessario seguire maggiormente una persona quando sono arrivate tante voci che la persona non sta bene. Evidentemente, la persona non sta bene, quindi bisogna investire di più, cercare di avvicinarla, sempre se è una sua scelta, se ha piacere di passare del tempo con noi e concertare insieme delle possibili soluzioni e strategie da mettere in atto. Se parla solo con altre persone tossicodipendenti, che magari lo trascinano ancora di più nell'abisso della dipendenza, difficilmente la persona si rialza. Se parla con qualcuno, anche di esterno, che non c'entra nulla, magari si possono attivare delle risorse buone.</p> <p>Da domanda 9: In équipe siamo in 3, con la stagiaire siamo in 4, e siamo solo noi. Una mano dal mondo esterno, se pur guidata, a volte non sarebbe male. Abbiamo più di un centinaio di utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione dell'informazione • Antenna sul territorio. • Persone esterne possono attivare buone risorse vs. rapporti di consumo. • Aiuto fronte alle poche risorse e all'alto numero utenti.
<p>OP 3: Da domanda 2: [...] creare attorno a questa persona che ne ha tanto bisogno una comunità, una rete. E introdurre la comunità già esistente, in qualche modo. Ma non è sempre semplice e possibile, perché sappiamo bene che la problematica di dipendenza è molto difficile da capire. Già per un professionista, immaginiamo per una persona che è completamente estranea a questa problematica o anche a problematiche un po' più macro come il disagio sociale o le difficoltà di adattamento alla società ecc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problematica di dipendenza difficile da comprendere

<p><u>Da domanda 9:</u> La cosa più importante è che rafforza la rete, di questo ne abbiamo già parlato. Penso che i principali vantaggi siano il fatto che fenomeno delle dipendenze assume una connotazione meno negativa, più “digestibile”, per la comunità. Che si riesca a facilitare la convivenza. Penso che questo sia il fattore positivo più importante. Rende anche più facile il nostro lavoro, perché ti senti supportato dal contesto, dalla comunità, che capisce che in quel momento stai lavorando e che a volte hai bisogno di una mano, che hai bisogno di una certa comprensione e, in qualche modo molto umano, anche di fare alcune eccezioni, di tentare di andare incontro al problema. Questo penso che per il nostro operato sia un vantaggio enorme. Penso che potrebbe anche limitare o fare in modo che i problemi legati alle dipendenze si riducano. Se la comunità è coinvolta, c'è una cura maggiore non soltanto da chi se ne occupa per competenza data e c'è anche un <u>interesse comune nell'evitare che i ragazzi abbiano contatto con le sostanze, nello spiegare gli effetti e la pericolosità del consumo [...]</u> Insomma, penso che un occhio di riguardo verso queste tematiche da un punto di vista non giudicante possa anche arricchire la comunità e fare sì che adottino un'attività preventiva e di cura. Penso che questi siano i principali vantaggi: collaborare, aiutare e facilitare il lavoro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aiuta a ridurre la connotazione negativa del fenomeno delle dipendenze. Maggiore disponibilità e comprensione anche verso il lavoro dei professionisti. • Prevenzione delle dipendenze.
<p>10. Quali possono essere, secondo te, le principali difficoltà o i principali limiti nel coinvolgere gli attori informali della comunità nell'operato del Servizio di prossimità?</p>	
<p>OP 1: Paura degli operatori, nell'attivare la comunità, dello stigma che ci può essere sulle persone con cui lavoriamo. La difficoltà che ci immaginiamo nel far accettare agli altri l'idea di aiutare i nostri. È più una nostra paura. Quindi difficoltà che posso immaginare è nel periodo medio-lungo: andamento dei nostri altalenante, con momenti di sclero, quindi mi immagino che nel lungo periodo ci possa essere un sabotaggio della relazione informale o un conflitto. Lavoro di mediatori di comunità.</p> <p>Il conflitto ci può sempre essere, spesso nasce dalle incomprensioni, ancor più spesso per alcuni dei nostri nasce da delle sofferenze psichiche più profonde che chi non è del mestiere fa fatica a comprendere. Perché si sta arrabbiando questa persona? Abbiamo una persona che adesso è ricoverata volontariamente in clinica psichiatrica che aveva questi momenti in cui andava tutto bene e poi si arrabbiava e distruggeva quello che aveva creato. Abbiamo dovuto fare diverse supervisioni con la psichiatra per aiutarci a capire qual è il meccanismo psichico che portava questa persona a sabotare quello che aveva intorno di cura, quasi come se più lo si aiutava e questa persona doveva distruggere quello che si faceva per lui. Queste situazioni qua sono quelle che secondo me sono più difficili da immaginare in un contesto di cura informale comunitaria. Non possiamo chiedere troppo o responsabilizzare eccessivamente la comunità informale. Ha un limite oggettivo dovuto al fatto che si tratta di una relazione informale volontaria costruita su un canale di comprensione, compassione quindi non si può e non si deve chiedere troppo a questo tipo di attore, anzi bisogna alleggerirlo il più possibile e farlo sentire sostenuto nella quotidianità quindi essere proprio da riferimento. il limite della comunità è questo: in situazioni molto complesse, articolate, bisogna sostenerli, bisogna proprio avere un profilo che sostenga gli attori informali.</p> <p>La privacy può costituire un limite? Certo, sicuramente dal nostro punto di vista. Abbiamo dei vincoli fondamentali sulla privacy per cui non possiamo comunicare informazioni personali delle persone con cui lavoriamo agli altri.</p> <p>Segreto d'ufficio: nell'informalità noi non possiamo dire nulla e quindi questo è un enorme limite [...] che limitano nella pratica. [...] se un attore informale mi chiede [...], non posso rispondergli. Posso invitarlo a chiederlo alla persona, quindi ancora una volta un'azione di intermediazione. <u>Dall'altro lato bisognerebbe sensibilizzare gli attori informali, nel caso in cui si andasse verso questa direzione, su alcuni limiti che tutti hanno in realtà sulla privacy. Bisogna sempre essere attenti a quello che si dice sugli altri. Potremmo sensibilizzare, però più nella pratica quotidiana</u> quindi situazioni in cui ci viene detto qualcosa che entra un po' nella sfera privata, possiamo attenzionare la persona sul fatto che quella confidenza lì è qualcosa di molto delicato. Però è più un vincolo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rappresentazioni degli OP e paura dello stigma. • Difficoltà dell'utenza/del singolo. • Possibili sviluppi: sostegno maggiore delle relazioni informali. • Privacy: • Mediazione • Sensibilizzazione alla privacy nella pratica quotidiana

nostro.	
<p>OP 2: Da domanda 9: grande scoglio: il segreto professionale. presentarmi come "Operatore di prossimità di Ingrado" mentre magari accompagno una persona, automaticamente a quale associazione porta? Quella persona è un tossicodipendente. Però non posso neanche presentarmi solo con il mio nome. Abbiamo un cappello istituzionale sotto il quale operiamo e i rapporti con l'utenza, con la rete e la rete informale vanno gestiti. Bisognerebbe fare le cose un po' in sordina, potrebbe aiutare... magari accompagnare una persona senza dire troppo, però abbiamo anche delle responsabilità nei confronti del Servizio e quindi non è sempre facile giostrare questa dimensione qui. Perché chi non ha i soldi poi cosa fa? Sta a casa. Si compra la droga e sta a casa, oppure si compra la droga e va al Parco, si beve le birre del <i>discount</i>, che non fanno per niente bene. E poi passa le sue giornate così, nell'alienazione più totale. Se dai qualcosa da fare, se qualcuno invece di girarsi dall'altra parte ti fa un sorriso, probabilmente la tua prospettiva sul mondo cambia. Deve un po' partire da tutti. E soprattutto bisogna incominciare a capire che la tossicodipendenza è una malattia, è una patologia, ma nella percezione comune non è ancora tanto passato questo messaggio.</p> <p>Da domanda 10: capire dagli attori informali effettivamente quali informazioni ritenere. Certo, se la persona tira fuori il nome della persona, uno può capire un po' che marginale di manovra ha. Però bisogna sempre stare un po' attenti. C'è la privacy, c'è il rispetto della persona, c'è la deontologia professionale, quindi c'è tutta una serie di cose a cui dobbiamo rendere conto. bisogna saper navigare un po' a vista. Non tradire, innanzitutto, la fiducia dell'utente, quindi il rapporto, la relazione professionale. se mi dicono, per esempio, "guarda che lui sono 5 giorni che non esce di casa", io mi preoccupo. Per noi è un'informazione importante. Poi uno le strategie le vede in itinere, ha un'équipe con cui confrontarsi, abbiamo un nostro responsabile. Però va tutto un po' trattato con cura.</p> <p>E soprattutto, la comunità non va bene per tutti. Se penso, ad esempio, a una persona con un disturbo antisociale di personalità che consuma cocaina, sostanze. Portare una persona che sai, perché collaboriamo con i medici e gli psichiatrici, che ha una diagnosi... noi non siamo tanto per le diagnosi, però dobbiamo tenerle in considerazione ... portare una persona con disturbo antisociale a una festa di quartiere è una cosa saggia? Magari dove c'è dell'alcool, e dove magari non puoi supervisionare bene questo discorso qui? Logicamente, quando si fanno della attività, soprattutto in esterna, è imprescindibile la conoscenza dell'utente e di quelle che sono le sue problematiche. C'è chi funziona meglio a domicilio, lupo solitario, e chi invece è più socievole, più espansiva e posso anche proporle delle attività dove si sente inclusa. Dove magari parla con qualcuno e conosce delle persone. Si potrebbe fare di più, sicuramente, e noi abbiamo i nostri vincoli e non possiamo andare troppo oltre, si prendono dei rischi e si rischia di fare anche dei danni, ed è meglio di no.</p> <p>Parli del fatto che un progetto che coinvolge la comunità va sempre valutato in base anche al bisogno della persona, alle sue caratteristiche, a come la persona funziona, ...?</p> <p>Si, qual è il target? Che tipo di attività è? Cosa si fa? Chi è coinvolto? Lavoriamo con un'utenza anche pericolosa, quindi dobbiamo anche mettere in chiaro questo. Non tutto funziona per tutti. Tutto sulla carta sembra bello, facciamo questo, facciamo quello. Ma poi la persona ha voglia, realmente? Quali sono i suoi desideri? Quindi anche capire un po' questo.</p> <p>Prima hai già parlato un po' dello stigma, che può essere un fattore ostacolante su cui lavorare... Come no. C'è una rappresentazione dei tossicodipendenti ferma agli anni '80. Oggi la maggior parte delle persone con problematiche di dipendenze sono tutti seguiti, la maggior parte ha un curatore, è seguita dai servizi, è agganciata per lo meno a una farmacia. Ci sono sicuramente i tossicodipendenti aggressivi, o che magari hanno tutta una serie di problematiche di salute mentale molto forte. Ma [...] la maggior parte delle volte sono delle persone che sono estremamente sofferenti, a cui è successo veramente di tutto. Ci sono delle storie di vita pesantissime.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Privacy • Emarginazione – dipendenza non ancora vista da tutti come malattia. • Privacy • Valutazione del progetto, delle situazione, dei bisogni e desideri individuali dell'utenza. La comunità non va bene per tutti. • Rappresentazione negativa tossicodipendente. Anche nei media. • Persone estremamente

Lavorando in questo settore, nel corso del tempo ho cominciato a **vedere meno la dipendenza e a vedere molto di più la sofferenza** delle persone. E è questo che **dovrebbe passare come messaggio alla comunità**. Sì, sono persone che fanno uso di sostanze. Sì, sono persone che delinquono. Hanno una tonnellata di problemi e difficilmente saranno reinserite nel mondo del lavoro, ma sono persone con delle storie di vita pazzesche e con dei **traumi fortissimi**.

Da domanda 11: Perché anche se guardi i media: **“i tossici al Parco Ciani”, “Interpellanza per togliere i tossici”**, come se si volesse passare con la ruspa e togliere le persone. Molto spesso si parla tanto del negativo. **“Danno fastidio”**: i bambini, i giovani, i vecchi, danno fastidio. Danno fastidio tutti. Se non **cambiamo la visione** e cominciamo a dire “sì, queste persone fanno più rumore degli altri, ma perché lo fanno? Chi è questa persona? Perché è arrivata a questo punto?” ... penso che sia una responsabilità di tutta la società.

Da domanda 3: . Ed è sicuramente **un’utenza complessa**. Anche a livello culturale, se penso al panorama ticinese, **è un’utenza che molto spesso viene emarginata. Viene lasciata a sé stessa e si fa anche fatica, per tutta una serie di motivi, legati proprio alla persona, ad occuparsi della nostra utenza**. Da un lato, sicuramente, si potrebbe fare di più, dall’altro lato è, a volte, anche comprensibile. Perché, logicamente, c’è proprio un **funzionamento di vita diversa e quindi, a volte, le cose sembrano inconciliabili**.

Da domanda 12: Una volta ho incontrato un utente al Piccadilly che stava così con il gelato [mima una persona a cui cola il gelato da tutte le parti e rallentata nei movimenti], in tempo di COVID, e la signora che era lì lo guardava così [mima un’espressione facciale di shock]. La signora vedeva quello della persona, non vede l’altra parte. Che poi i nostri utenti si potrebbero presentare anche un po’ meglio, questo è poco ma sicuro, però non si vede l’altra parte della persona. E quindi automaticamente **si crea una sacca di esclusione: la comunità non riconosce quelle persone come propri simili. E quindi va fatto uno sforzo, da tutte e due le parti**. Non sto giustificando la tossicodipendenza, attenzione, perché pure gli utenti si potrebbero fare una doccia **e presentarsi un po’ meglio**, potrebbero essere più in grado di spiegare il loro problema. Infatti, esistono delle istituzioni che danno una mano. Però anche dall’altro lato, **“mi hai escluso per 20 anni, e ora io dovrei parlare con te?”**, c’è anche questa **dimensione**. Quindi penso che non è una questione di compromessi, perché è un po’ perdere tutti e due, ma è **trovare una linea comune tra le sacche di esclusione e non farli sentire più così tanto esclusi, e la popolazione, che sia istituzionale ma anche che sia la popolazione informale**.

Che la tossicodipendenza **sia anche pericolosa**, su questo niente da dire. Però se cominciamo a mettere dei muri invece che fare ponti, non è che andiamo tanto lontano. **Le persone si sentiranno sempre escluse, faranno sempre danni, non si sentiranno mai responsabili**.

Da domanda 4: Noi lavoriamo a Parco Ciani perché è il luogo in cui c’è più massa critica e più persone che seguiamo sono lì. Però, al di là di qualche turista che non conosce la zona e quindi rimane un po’ spaesato, chiedendosi “ma questa gente chi è?”, non vediamo nessuno. **Non vediamo mai una persona fermarsi a parlare con una persona che ha problemi di dipendenza. Però di base, non tutti poi hanno quell’elasticità o quella curiosità di capire il mondo dell’altro. O, per lo meno, di avvicinarsi**. Parlarsi, fare rumore per far capire anche che, soprattutto con i nostri utenti, **non è tanto positivo nasconderli o metterli in un luogo ghettizzante**, confinandoli. Ma farli sentire accolti all’interno di una comunità ha proprio lo **scopo di integrarli**, in più realtà, in tante cose. E questo, secondo me, è un messaggio di cui si fa ancora un po’ fatica a parlare. Perché la tossicodipendenza spaventa. Si vede il degrado fisico, lo sporco, la scarsa igiene, ... si vede tutto questo ma non si vede la parte della sofferenza delle persone. Perché la sostanza, certo, è importante. Però, quello che la gente comune, i non addetti ai lavori, spesso non vede è la grande sofferenza di queste persone.

Da domanda 6: Da un certo punto di vista, **è estremamente ghettizzante, perché le autorità spesso tuonano verso il Parco. Però è l’unico luogo in cui persone con questo tipo di problematiche possono incontrarsi**, e dove, in un

sofferenti → aumentare la comprensione per cambiare la visione per migliorare la tolleranza.

- Funzionamento di vita differente che sembra a volte inconciliabile.

- Non riconosce i propri simili, non comprende. Sforzo da entrambe le parti, ma sfiducia da parte di chi è escluso da sempre.

- Trovare una linea comune e far sentire le persone accolte. Esclusione → deresponsabilizza.

- Non ghettizzare o nascondere ma far emergere fenomeni sommersi (ruolo OP). Parco Ciani: ghettizzante (non passa mai nessuno se non turisti o pochi passanti) ma unico posto che sentono loro.

<p>certo senso, nonostante i controlli di polizia, si sentono in un ambiente che è loro. Ma non dovrebbe essere così. Il tossicodipendente può anche disgustare, può anche creare delle reazioni controverse e contrastanti in chi lo vede. Però è un essere umano. Però è un essere umano, perciò perché non potrebbe partecipare ad altre attività della Città ed essere incluso in altri ambienti.</p> <p><u>Da domanda 8:</u> [La relazione con la vicina] Poi non è finita bene, perché molti dei nostri utenti faticano nella costanza e sono dei caratteriali, quindi basta che cada una cosa per terra che magari esce una bomba nucleare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà utenza nel mantenimento delle relazioni
<p>OP 3: L'aumento della marginalizzazione, il giudizio e la stigmatizzazione, che fanno sì che queste persone già sole siano ancor più emarginate. Queste persone hanno una maggiore difficoltà nell'integrarsi, hanno già degli handicap, delle vulnerabilità preesistenti, e anche se fanno un percorso di cura ottimo, se la società non abbassa un po' i livelli è sempre molto difficile arrivare alla performance richiesta, a volte anche troppo esagerata, quando di base c'è una malattia che accompagnerà la persona per un bel pezzo, se non per tutta la vita. A volte penso che la comprensione, da un punto di vista di una malattia definita, e anche il cambiare la visione del fenomeno, capendo cosa è, cosa comporta, possano aiutare molto. È una grande difficoltà per noi, come professionisti, trovare dall'altra parte dei muri o delle persone che hanno dei comportamenti a volte discriminatori, esclusivi, oppure anche peggiori, verso questa comunità di persone che consumano o che sono ex consumatori, ex dipendenti. Penso che questo è un limite enorme per queste persone e per noi professionisti, che acutizza il problema, il problema personale ma il problema anche sociale. Perché aumenta il disagio, aumenta le problematiche, comporta maggiori costi, maggiori risorse, dedicare più risorse finanziarie e poi crea una problematica in più, quando ce ne sono già tante. E quindi un minimo di inclusione di questa popolazione risparmierebbe tantissimi costi, non soltanto materiali ma anche immateriali.</p> <p>Per quanto riguarda il rispetto della privacy della persona, pensi possa essere una difficoltà nel coinvolgere la comunità? Più che una difficoltà è un tradurre. Tu sei un tecnico che ha accesso a moltissime informazioni che hanno un valore diverso, legalmente ma anche per la persona che le condivide con te. Devi capire cosa rimane con te, quindi cosa non passa a un livello successivo, e cosa passa e in quale modo. Qui avviene la traduzione. Tu hai l'informazione con te e devi capire come trattare questa informazione. Questo è il segreto del segreto professionale per un operatore di strada. Devi filtrare quello che si può filtrare, quello che hai il permesso di filtrare, e farlo nel miglior modo possibile, in base all'interlocutore che hai dall'altra parte. Perché non tutti sono in grado di capire tutto. Quindi questo è il compito dell'operatore di strada, far passare l'informazione permessa legalmente, non solo dal punto di vista della persona. E un terzo livello è questo: cosa ha bisogno di sapere la persona a cui mi rivolgo? E quello lo devi valutare. Quale informazione puoi dare? Perché puoi essere anche pericoloso, sia nel dare poco che nel dare troppo. Nel dare poco rischi di non essere comprensibile, perché l'altro non ha gli strumenti necessari per capire la situazione della persona in questione. Se dai troppo, non è rispettoso nei confronti della persona che ti confida qualcosa sicuramente di difficile, doloroso, a volte anche molto intimo. Sta a te, come buon professionista, tradurre. Poter valutare cosa e in quale modo può essere passato all'altra parte: passi il necessario, ovvero quello che è strettamente indispensabile. E questo è difficile. Bisogna definire la situazione il più possibile: qual è il ruolo dell'interlocutore? Cosa vuoi ottenere da lui? E costruire un legame è un processo, qualcosa che si va facendo nel corso degli incontri. Si comincia dalla conoscenza. Però bisogna fare attenzione a come ci si presenta, perché se ti presenti come un operatore del Servizio Ingrado e l'altro va in internet a cercare che cos'è, gli stai dicendo che la persona di cui parli è tossicodipendente, o un alcolista, piuttosto che altro. Già nel momento della presentazione, comincia il gioco. È un passo indietro, ma anche un passo oltre, perché dico comunque di essere un operatore sociale e le persone ti chiedono cosa fai. Posso partire anche dal dire che sono un conoscente. Dipende da quale cappello ti vuoi mettere, da quale carta vuoi giocare. E se ti presenti come operatore, puoi anche rimanere sull'ambiguo. [...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Giudizio, stigmatizzazione, marginalizzazione, aumenta ancor di più l'emarginazione. • Persone con maggiore difficoltà d'integrazione: aumentare la comprensione della dipendenza come malattia positivo per utenza, professionisti e società. • Privacy e gestione dell'informazione

Tema 4 - Pratiche di intervento attuali	
6. Quali collaborazioni con attori informali della comunità sono attualmente presenti?	
<p>OP 1: Pochissime: qualche contatto con alcuni esercenti perché noi nel monitoraggio... l'unica cosa che abbiamo fatto per adesso come comunità [...] è quello di dire chi siamo, cosa facciamo a negozi, ai bar, nei posti dove possono transitare persone escluse a cercare cibo o bere e dire "noi ci siamo, se c'è qualche situazione che ci volete segnalare, una persona che sta male, che chiede aiuto o che fa casino, chiamate noi". Qualche contatto con qualche chiosco, Denner, punti interessanti perché la birra costa poco, e chiosco vicino al parco che fa credito ai nostri. La pizzaiola faceva credito ai nostri, poi ha smesso perché a volte i crediti non rientravano. Queste realtà qui sono quelle più informali con cui riusciamo a avere contatti.</p> <p><u>Da domanda 7:</u> qualche piccola mediazione in contesti di questo tipo dove c'è un problema da risolvere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiche intervento attuali. • Individuazione di alcuni potenziali luoghi/attori significativi tramite il monitoraggio • Presentazione OP e disponibilità <ul style="list-style-type: none"> • Mediazione e sostenere le relazioni informali
<p>OP 2: Sicuramente quelle relative ai luoghi di vita. Ripeto, se noi lavoriamo al Parco Ciani, chi ci può dare una mano o coloro a cui noi possiamo dare una mano, sempre nell'ottica della promozione della qualità di vita e del benessere degli utenti, è chi c'è intorno. E quindi luoghi di interesse, il bar, il negozietto, il kebabbaro, oppure vicino al Parco Ciani c'è la Chiesa evangelica. Se andiamo a cercare se c'è del materiale per terra, delle siringhe, ci guardano, lo sanno, anche perché siamo facilmente riconoscibili con lo zainetto. Lasciano stare. La pizzeria qua fuori, ad esempio, le abbiamo lasciato il biglietto da visita e a volte ci parlano: "l'abbiamo incontrato oggi, ci sembrava un po' agitato" e diciamo "se hai problemi chiama". E proprio una funzione di capire, di leggere i fenomeni che ci sono. Evidentemente, la persona non sta bene, quindi bisogna investire di più, cercare di avvicinarla, sempre se è una sua scelta, se ha piacere di passare del tempo con noi e concertare insieme delle possibili soluzioni e strategie da mettere in atto.</p> <p><u>Da domanda 4:</u> vediamo, magari, il signore del chioschetto che vende i gelati e i panini con cui ogni tanto parliamo, e ti dice "non vedo niente di particolare", oppure ti dice "una persona, non so come si chiama, però l'ho vista un po' in difficoltà". E quindi, noi facciamo un lavoro anche di intercettare questo tipo di informazioni, che sono sempre a fin di bene, a cercare sempre di offrire un sostegno.</p> <p><u>Da domanda 7: E come si trovano queste figure?</u> i custodi degli appartamenti sono un <i>must</i>. Mi ricordo quando siamo andati a trovare un utente che stava male fisicamente, aveva contratto il COVID, e non rispondeva. Provavo a chiamarlo e non rispondeva, quindi siamo andati a casa, abbiamo cercato di capire come stava. Chi ci ha aperto la porta? Il custode. Poi ci abbiamo anche scambiato due chiacchiere. Nonostante non fosse una persona del settore, un paio di informazioni ce le ha date, o comunque ci ha messo nelle condizioni di farci aprire la porta dall'utente e di capire che stava male fisicamente, ma perché non sentiva. È una persona che vive lì, che fa il suo lavoro ma con il sociale centra ben poco. Ben venga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luoghi di vita • Chi c'è intorno, luoghi di interesse • Collaborazione più attiva o più passiva. • Parlare, intercettare informazioni rilevanti e bisogni per elaborare pratiche di intervento e sostegno; • Mediazione: messa a disposizione in caso di problemi; comprensione e lettura dei fenomeni.
<p>OP 3: Collaborazioni con attori informali della comunità... a volte avvengono tramite il volontariato, quindi persone che offrono il loro tempo e la loro dedizione e a volte nascono anche in modo fortuito, persone che hanno a che fare o che hanno avuto a che fare con la problematica di dipendenza per diversi motivi. Problematiche in famiglia, il vicino, l'ex, un collega di lavoro che ha sviluppato una dipendenza, ecc.</p> <p>La collaborazione, a volte, va anche verso un'integrazione delle persone o verso un evitare una discriminazione o una stigmatizzazione, va anche verso l'obiettivo di far capire alle persone che fanno parte della comunità che dobbiamo, che è nostro dovere, integrarli o fare in modo che si possa convivere, quindi abbassare la soglia della tolleranza. Tentare, in qualche modo, di creare una molla tra la popolazione e queste problematiche. Per fare in modo che siano un po' più accettati, che si conviva in modo più piacevole, se così si può dire, o almeno che non crei particolari disagi. La dipendenza è una situazione triste, difficile da capire dall'esterno. Più che una situazione, una malattia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Volontari • Collaborazione verso un'integrazione e evitare stigmatizzazione o discriminazione, creare un ponte, favorire la convivenza e la tolleranza, la comprensione della dipendenza (malattia) e la sua accettazione.

<p>Ma ti è capitato di incontrare attori formali che giravano attorno agli utenti e che ti hanno dato una mano per dare una mano, anche indirettamente, agli utenti?</p> <p>Si, certamente. In questo lavoro devi suonare a tutte le porte che possono aprirsi per aiutare la persona. Quindi nel lavoro mi sono fatta aiutare tanto da familiari, che a volte non avevano un rapporto semplice ma, anzi, molto conflittuale con la persona. Ma ho dovuto anche mediare, per fare in modo che quella porta si potesse usare. Erano delle figure importanti per queste persone, e quindi evidentemente avevano un'influenza diversa dalla mia, ma necessaria. Mettendo al centro il benessere, la salute, il buon percorso di cura della persona, hanno capito che la cosa migliore era collaborare.</p> <p>E poi ci sono altre figure importanti, dalla receptionista del pronto soccorso che ha capito che bisognava avere un po' di pazienza a chi puliva il parco e ha capito che comunque, molto professionalmente, abbiamo fatto in modo che il fenomeno venisse controllato, osservato e tenuto sotto controllo nella misura del possibile. A volte la collaborazione passa, da un lato, dal capire che c'è una vicinanza, che non sei da solo, che ci sono tante persone che lavorano con queste persone e fanno cose diverse. Tu puoi avere un compito di controllo, di sicurezza, ma c'è un altro che ha un compito sanitario, curante, di supporto, familiare, ecc. Penso che quando si rompe questa barriera, si mette al centro la persona e ognuno si deve prendere cura di un aspetto. E allora si mettono insieme i diversi pezzettini e si compone una sorta di mosaico, dove la persona è l'attore principale. Quando questo è chiaro, i pezzettini si incastrano, a volte con difficoltà. Ma penso che sia una bella metafora per capire come la comunità può creare un bel mosaico.</p> <p>Annovereresti la parrocchia in questa lista di attori informali? Con il mondo religioso non abbiamo tantissimi contatti ufficiali. Sul luganese parliamo di Fra Martino. Lui per noi è sempre stato disponibile, molto comprensivo con il fenomeno, anzi ci sono delle risorse e degli aiuti che vengono forniti tramite questa fondazione privata, tra l'altro.</p> <p><u>Da domanda 7:</u> La crei perché è importante per la popolazione per evitare situazioni pericolose. Quindi, ad esempio, far conoscere all'operatore ecologico del Parco Ciani qualcuno che ha una cattiva abitudine di lasciare del materiale pericoloso in giro. Magari si possono conoscere e cominciare a capire qual è l'attività di questa persona a livello professionale e qual è un po' il disagio, la problematica che fa sì che la consapevolezza della persona non sia raggiunta. Quindi lì ci si può lavorare, la crei. Perché creando questi punti di unione, tratteggi una rete, e questo è anche il compito dell'operatore. Unire, cioè "fare ponte", tra il disagio e la persona e non soltanto gli enti di cura, ma anche con il resto, tra la persona e la società, la comunità, la popolazione, la Città, che a volte è molto urbana e questi fenomeni vengono visti in modo marginale o in modo un po' limitato, superficiale. Sono fenomeni che fanno parte della Città e la Città deve essere presente. E questo lo fa l'operatore. Può anche creare questi momenti e fare in modo che le persone abbiano un'ottica diversa. E io penso che questo lavoro l'abbiamo fatto tanto. L'abbiamo fatto con i baristi, con gli autisti del bus del Viale Cattaneo, con tutti i bar della zona, con chi svolge un'attività in quelle zone... penso che in questi ultimi anni è una delle attività che abbiamo fatto di più.</p> <p><u>Vorremmo farla ancora ma purtroppo ha bisogno di tempo, di risorse e non sempre è possibile. Ma è essenziale secondo me.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suonare a tutte le porte • Mediare conflitti intra-famigliari • Favorire la collaborazione mettendo al centro la persona. • Osservazione e tenuta sotto controllo del fenomeno (materiale usato) • Non si è da soli a lavorare nel contesto, vi sono altri con compiti diversi dal tuo: ognuno si cura di un aspetto <ul style="list-style-type: none"> ➔ Creare un mosaico • Fondazione privata • La crei per protezione della popolazione • Creare punti di incontro, conoscenza-comprensione-riconoscimento reciproco, mediazioni. • Non nascondere ma favorire l'emergere di fenomeni sommersi • Tratteggiare una rete, creare punti di unione, fare da ponte e sensibilizzare, modificare l'ottica delle persone verso l'utenza. • Pratiche da implementare
<p>7. Come sono state costruite queste collaborazioni?</p>	
<p>OP 1: Presentandoci, lasciando i biglietti da visita, spiegando che lavoriamo sul territorio, di chi ci occupiamo, cosa potremmo fare per aiutarli.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentarsi e cosa potremmo fare per aiutarli
<p>OP 2: Facendo due chiacchiere, lasciando il biglietto da visita e il numero di telefono di servizio. A volte la persona non chiama, a volte succede qualcosa e la persona chiama. Siamo rintracciabili in internet tramite il servizio, se qualcuno ha bisogno di noi.</p> <p>Le figure si trovano giorno per giorno, lavorando nei vari contesti. Esempio: Oggi ho accompagnato un utente a vedere un appartamento, abbiamo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fare due chiacchiere, biglietto da visita, numero di telefono, disponibilità, lasciare che la

<p>scambiato due chiacchiere con il custode, che sembra una persona tranquilla, serena. Anzi, che ha capito che stavo con una persona che è in difficoltà, perché chi viene da noi, in un modo o nell'altro, è in difficoltà e ci siamo scambiati i numeri. Ce li eravamo già scambiati, ma lui pure ha rinnovato e gli ho detto che se c'è qualcosa può chiamarmi. Poi magari non serve [...]ma non è detto. Magari l'utente va in appartamento, ci sono delle difficoltà, magari il custode mi chiama, e io posso fare da mediazione e fare in modo che stia bene la persona che si trova a gestire la situazione ma che si trova bene anche l'utente. Si scoprono giorno per giorno, l'esercente del negozio di sotto, la vicina di casa, ... i custodi degli appartamenti sono un <i>must</i>.</p>	<p>persona contatti se ha bisogno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Figure si trovano / si scoprono giorno per giorno, lavorando nei contesti. • Figure con una certa sensibilità. • Mediazione
<p>OP 3: di solito nascono per un bisogno, penso. Per un bisogno in comune. C'è chi ha bisogno di dare una mano o chi ha una sensibilità e capisce che c'è qualcuno che ha bisogno, e dall'altra parte tu come operatore ti appoggi a qualcuno che ha delle informazioni o una visione un po' diversa, esterna, di quella che è la situazione della persona. E allora nasce una specie di collaborazione, di punto di unione, dove anche quella persona diventa importante in quel momento. A volte questa collaborazione te la inventi, te la crei, perché hai un obiettivo, che è quello di introdurre la persona nel mondo delle dipendenze oppure nel disagio di questa persona perché è importante che ci sia. A volte, invece, la crei perché è importante per la popolazione per evitare situazioni pericolose. Quindi, ad esempio, far conoscere all'operatore ecologico del Parco Ciani qualcuno che ha una cattiva abitudine di lasciare del materiale pericoloso in giro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nascono per un bisogno in comune tra persona e OP. • Creazione per un obiettivo importante per l'utente • Creazione per protezione della popolazione
<p>8. Ti è mai capitato, nella tua pratica professionale quotidiana, di incontrare o di cogliere delle situazioni in cui degli attori informali attuassero delle azioni di cura nei confronti di utenti? Potresti portare degli esempi?</p>	
<p>OP 1: Paziente storico, vicina che gli portava la cena ogni sera. Un giorno non rispondeva al campanello e ha chiamato la polizia, gli ha salvato la vita. Persona che era molto difficile dal punto di vista relazionale, ma aveva gran beneficio da questa attenzione. In realtà lui non mangiava, però momento di attenzione serale lo aiutava a chiudere le serate in modo più sereno. Se sei solo, muori solo, se ne accorgono quando puzzi. Purtroppo, succede. Altre persone hanno accompagnato persone tossicodipendenti a chiedere aiuto da noi. Un cuoco ha dato a un ragazzo il mio numero e mi ha chiamato per chiedermi aiuto. Oppure amici di infanzia che ci segnalano la persona chiedendo di aiutarla.</p> <p>Da domanda 4: Oggi eravamo a mangiare la pizza, ci siamo presentati e la pizzaiola ha iniziato a parlarci dei nostri utenti, ha detto alcune cose che noi non sapevamo e ne parlava con affetto, con empatia, dicendo "è passato a salutarmi ... è passato l'altro...".</p> <p>Da domanda 7: Quello che ho notato è un'enorme sensibilità rispetto alla sofferenza che vivono i nostri. Colpevolizzazione del tossicodipendente ha fatto il suo non solo nei servizi ma anche nel contesto culturale. Ovviamente ci sono ancora persone che la pensano così, che loro sono brutti e cattivi, ma vedo che sta passando che sono persone malate, che stanno male, che soffrono, che hanno bisogno d'aiuto. Grande sensibilità e vicinanza. Si evita di chiamare la polizia e non è poco. Ricerca di relazione, di mediazione che nasce spontanea e a maggior ragione il nostro ruolo può essere utile in questi casi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attenzioni osservate presenti nella comunità. • Sostegno materiale, serenità • Segnalazione di persone con problematiche di dipendenza o informazione sul servizio. • Enorme sensibilità, sta passando idea di malattia e sofferenza. • Possibili sviluppi
<p>OP 2: "sostegno abitativo". Per alcuni dei nostri utenti, i vicini di casa. Il vicino di casa che, a volte, per tanti è un po' una rottura di scatole, perché fa casino, mette la musica ecc. Invece vediamo che nella nostra popolazione target, a volte il vicino è una presenza quasi salvifica. "Sto male", "sono in difficoltà", "mangio poco", "ho tutta una serie di problemi", "non mi va di uscire", ... a volte il vicino di casa, ... ci sono delle prese di coscienza ma perché in famiglia aveva qualcuno con problematiche di dipendenza o perché magari ci è passato pure lui o lei. E ci sono queste cose che portano le persone ad occuparsi di "ti porto il pasto", "non ti preoccupare la lavatrice te la faccio io", ... ci sono queste cose qui. O, per esempio, mi viene in mente la parrocchia, la Chiesa, che storicamente ha sempre fatto un po' di prossimità... andare a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vicini di casa, sostegno materiale, emotivo • Luoghi aperti a tutti i bisognosi

<p>mangiare all'oratorio perché fanno la mensa, ti danno qualcosa da portare a casa. Ed è utile, perché poi si socializza. In un contesto di Servizio per le dipendenze, tutti sono qui perché sono accomunati dal fatto che fanno uso di sostanze. All'oratorio c'è chiunque, che frequenta quel posto. Quindi lì non sei solo tu e la tua dipendenza, lì sei tu in un ambiente dove nessuno ti chiede niente. Ognuno ha una sua identità, ciò che cerchiamo anche noi di fare, però il Servizio già te lo dice: Ingrado. Servizi per le dipendenze, c'è già un cappello istituzionale dedicato a un certo tipo di consumo.</p> <p>Ho accompagnato un utente in una pensione dove alloggia, e si è creato un rapporto con il proprietario dell'albergo, che sicuramente non è una persona di primo pelo perché ha già ospitato altri utenti, però si è creato un rapporto molto informale. L'albergatore, certo, logicamente prende i soldi per la stanza ecc, ma gli fa il piatto di pasta, gli chiede se ha bisogno di una mano, gli ha dato l'aspirapolvere e lui si pulisce la sua stanza; quindi, c'è anche un'idea di responsabilizzazione dietro. Si creano questi rapporti, che durano il tempo che durano, magari tutta una vita magari il tempo necessario, però penso che fanno un gran bene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio per le dipendenze: ti "etichetta" • Supporto, responsabilizzazione : fiducia negli attori informali.
<p>OP 3: Sì, assolutamente. Mi sono meravigliata durante questi anni della sensibilità di tantissime persone verso questa problematica. Ma non solo verso questa problematica in concreto, ma persone che sono attente alle difficoltà degli altri. L'ultima che mi ricordo è quella del signore proprietario di un bar che si è avvicinato a dare una mano mentre gestivo una situazione di difficoltà, si è fermato con l'auto a chiedere se andasse tutto bene. Quindi c'è sempre qualcuno che ha un occhio di riguardo verso l'altro, tu devi coglierlo e fare in modo che possa convivere con la problematica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grande sensibilità. • Importanza di cogliere lo sguardo verso l'altro.
<p>Tema 5 - Possibili competenze, implementazioni e modalità di integrazione tra il Servizio di prossimità e attori comunitari informali</p>	
<p>11. Pensi che il lavoro in ottica di comunità informale, debba essere implementato all'interno delle vostre pratiche? In che modo ti immagini che possa essere fatto?</p>	
<p>OP 1: Sì, implementato, ma anche dedicare del tempo sano di riflessione. Nel senso di mettersi lì e dedicare dei momenti proprio a pensarlo, a dire nella nostra realtà, rispetto ai nostri obiettivi, alla nostra tipologia di pazienti, di persone che aiutiamo come possiamo progettare un lavoro che implementi quella cosa lì. Attivatori, mediatori, un po' da costruirci. Sostegno potenzialmente importantissimo ai percorsi di cura, è un tassello mancante.</p> <p><u>Da domanda 4:</u> penso che dovremmo essere dei promotori di questo tipo di cure [informali], dei mediatori, degli attivatori di questo tipo di relazioni e secondo me, in realtà è più complicato a immaginarlo che a farlo. Forse nella pratica non è così difficile farlo, dall'altro forse ci sono già delle situazioni di cui non siamo neanche a conoscenza ma che sono quelle stampelle per cui i nostri riescono ancora ad andare avanti. La comunità è un po' il mio miraggio, secondo me quello su cui dovremmo, come operatori, lavorare tantissimo.</p> <p><u>Da domanda 10:</u> Lavoro di mediatori di comunità: ruolo che dovremmo riuscire a definire e caratterizzare e capire cosa fa rispetto a due realtà: la persona che soffre e la comunità che può curare a livello informale. <u>Ruolo di intervenire nei conflitti, mediarli, attutirli o orientare verso la risoluzione</u> dei conflitti, perché il conflitto ci può sempre essere, nasce dalle incomprensioni, ancor più spesso per alcuni dei nostri nasce da delle sofferenze psichiche più profonde che chi non è del mestiere fa fatica a comprendere. Ecco me lo immagino a intensità variabile, in base alle tipologie di difficoltà: <u>dove c'è una persona che ha una costruzione psichica più sofferente, forse lì dovremmo agire con più frequenza, con più intensità. Non si può e non si deve chiedere troppo a questo tipo di attore, anzi bisogna alleggerirlo il più possibile e farlo sentire sostenuto nella quotidianità quindi essere proprio da riferimento.</u> Secondo me un po' il discorso di dare i biglietti da visita è anche quello: "okay, tu tutti i giorni hai a che fare con queste persone e comunque a prescindere da me succederebbe lo stesso, ma non sei solo. Se c'è qualcosa che non sai come gestire, ci sono io". il limite della comunità è questo: in situazioni molto complesse, articolate, bisogna sostenerli, bisogna proprio avere un profilo che sostenga gli attori informali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Implementazioni: Mediatori, attivatori di relazioni i formali e questo tipo di cure.</u> • <u>Implementazioni: Mediatori di comunità.</u> • <u>Implementazioni: Sostegno alle relazioni informali sul territorio</u> • Fa sentire di non essere soli a gestire la situazione: evitare che le reti si consumino.

<p>Da domanda 12: Quindi secondo me quelle competenze lì non sarebbero male nel nostro lavoro, avere un occhio più su questo aspetto qui: <u>lavoriamo nell'organizzare qualcosa di bello e di sano che coinvolga tutti, i nostri e gli altri, e noi facciamo un po' da ponte per i nostri per tirarli dentro.</u></p> <p>Da domanda 1: "Prima parlavi delle relazioni sociali, del fatto che è importante aiutare le persone ad avvicinarsi anche maggiormente alla... alla società. Questo o viceversa, perché anche la società, magari deve avvicinarsi maggiormente. E questo è anche nel vostro mandato, mi sembra". È anche nel mandato: obiettivo più difficile da realizzare, implementare e rilevare i termini di risultati. Molto più complesso di un accompagnamento sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Possibili sviluppi:</u> Alcune pratiche di animazione sociale e di lavoro di comunità (vedi domanda 12).
<p>OP 2: Da domanda 11: Certamente. Ma non possiamo fare tutto da soli. Siamo una piccola équipe, ma anche gli altri servizi di prossimità sono delle piccole équipes che molto spesso lavorano su un territorio molto vasto. E quindi sì, implementare la comunità, lavorare in sinergia con gli abitanti di un determinato luogo, ma ci serve anche un po' di copertura da parte delle istituzioni. Ma tenendo conto dei limiti emersi, cosa si potrebbe mettere in campo per favorire il coinvolgimento e l'integrazione con la comunità. O anche in quale ruolo l'operatore, così come è oggi, potrebbe muoversi?</p> <p>Penso che se un gruppo target di popolazione come i nostri che sono persone tossicodipendenti, vengono visti in negativo e non in positivo, o comunque sia, non vengono tenuti tanto in considerazione all'interno della comunità, probabilmente è perché non sono tanto organizzati. E quindi mi chiedo, perché non dare una voce a queste persone, all'interno di una comunità, mettere in condizione queste persone di far valere la loro cittadinanza e quindi di esprimersi. Costituire un'associazione di persone che parlano, organizzare degli eventi in cui sono protagonisti e dove non sono solo dei reietti ma sono parte di qualcosa, si sentono riconosciuti in qualcosa. Sono artefici di qualcosa. Nessuno nega la loro fragilità, nessuno li vuole dipingere con un'immagine non veritiera, ma dare credito, responsabilizzare. E questo parte anche dal fare qualcosa per la comunità: se vuoi che la comunità ti accetti, devi fare anche qualcosa. Potrebbero dare una chance. Ma di base deve tutto partire dagli utenti. Perché non parte dagli utenti? È un mio pensiero, è perché forse dopo anni e anni di ghettizzazione e di privazioni, tra virgolette, di reclusione in un piccolo spazio o di chiusura, anche da parte del resto della popolazione, non hai più tanta voglia di spenderti. Forse un lavoro che noi possiamo fare è quello di riabitare le persone a sentirsi attive. La questione del "finché non rompi le scatole va bene, ti do tutto", però non responsabilizziamo le persone ma le ghettizziamo e le lasciamo nel loro brodo. Non è valorizzante, per nessuno secondo me.</p> <p>Da domanda 4: Parlarsi, fare rumore per far capire anche che, soprattutto con i nostri utenti, non è tanto positivo nasconderli o metterli in un luogo ghettizzante, confinandoli. Ma farli sentire accolti all'interno di una comunità ha proprio lo scopo di integrarli, in più realtà, in tante cose. E la comunità, con delle strategie studiate bene, può in un certo senso ridurre questa sofferenza. Quindi parlarsi di più e anche far emergere maggiormente le realtà che restano più nascoste o volutamente nascoste.</p> <p>Da domanda 5: Il discorso fondamentale è che noi possiamo fungere un po' da <i>trait d'union</i>, ovvero tessere un po' un <i>fil rouge</i> tra l'utente, la comunità informale e noi. E questo è un bel flusso. Possiamo fungere da appoggio a persone del mondo esterno, che magari si trovano in delle situazioni in cui fanno fatica a comprendere, perché non hanno quegli strumenti che invece abbiamo noi.</p> <p>Da domanda 7, E come si trovano queste figure? L'operatore di prossimità è una figura molto labile, molto malleabile, fluida. Quindi, logicamente, fa anche un ruolo di mediazione che è un ruolo, secondo me, importante, perché valorizza entrambe le parti.</p> <p>Da domanda 8: Quindi penso che la festa di paese, un concerto, ... alla fine siamo tutti persone lì, non abbiamo per forza un'etichetta, e questo secondo me è da incrementare nella dimensione della socialità, una socialità che non guarda solo ai problemi ma che guarda una dimensione più inclusiva. E già è</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Possibili sviluppi.</u> Associazione di persone per valorizzare la partecipazione, la cittadinanza attiva, la responsabilizzazione. • <u>Parlarsi, far emergere maggiormente le realtà che restano nascoste.</u> • <u>Fare da ponte e sostenere le relazioni informali</u> • <u>Mediazione</u>

<p>tanto. Parlare con qualcuno, che magari neanche ti conosce, quanto fa bene? Incontrare una persona nuova. E quando ti presenti non ti presenti come tossicodipendente ma con il tuo nome, e magari si possono scambiare due chiacchiere.</p> <p>Da domanda 9: Ma soprattutto che non si richiami sempre la dimensione economica: un panino 20.-, l'ingresso a 15.-, ... perché molto spesso i nostri utenti sono in AI, in assistenza o non hanno nulla. La droga costa, quindi comunque in un modo o nell'altro i soldi spariscono, e quindi sarebbe bello che la comunità proponesse anche degli eventi o anche dei semplici ritrovi dove non necessariamente una persona deve spendere soldi, che siano un po' fuori dalle logiche consumistiche e economiche. Perché chi non ha i soldi poi cosa fa? Sta a casa. Si compra la droga e sta a casa, oppure si compra la droga e va al Parco, si beve le birre del <i>discount</i>.</p>	
<p>OP 3: <u>Da domanda 7:</u> ["fare ponte", tra il disagio e la persona e non soltanto gli enti di cura, ma anche con il resto, tra la persona e la società, la comunità, la popolazione, la Città] Vorremmo farla ancora ma purtroppo ha bisogno di tempo, di risorse e non sempre è possibile. Ma è essenziale secondo me.</p> <p>Da domanda 11: Sì sì, io penso che la prossimità è nata, si è evoluta e continua a evolversi. E il futuro va indiscutibilmente verso l'integrazione di queste persone, e qui c'è un grandissimo lavoro da fare da parte della comunità, che bisogna studiare per valutare qual è il modo migliore. Ma una parte della prossimità deve sicuramente lavorare nel contesto comunitario. Penso che ci siano due livelli, uno viene dal basso e un altro viene dall'alto, a livello più istituzionale. Dal basso deve venire dagli interessati e dalle persone a loro vicine, anche dagli operatori che sono a contatto quotidiano con la problematica e sanno bene lo stato dell'arte, ma anche da un punto di vista più macro. Creare delle basi che permettano che diversi progetti o idee possano essere sviluppate e messe in pratica.</p> <p>Quale ruolo pensi possa svolgere l'operatore di prossimità di Ingrado? Il ruolo di mediatore. Di traduttore. Deve tradurre, in modo che i politici, la popolazione, le istituzioni e anche a volte i servizi possano capire qual è la problematica, qual è la richiesta, se c'è, o qual è il bisogno, e come devono dar seguito. Perché sono due cose molto diverse ma che vanno a mano a mano. E qui l'operatore ha un ruolo strategico, senza questa traduzione ci sono troppi rischi, che poi comportano anche un fallimento, tante volte. L'operatore è un pezzo chiave di questa scacchiera. Se vuoi fare una buona partita, hai bisogno di un mediatore che possa facilitare i passi in avanti nel percorso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Implementazione: Fare da ponte.</u> • <u>Prossimità in costante evoluzione e va verso l'integrazione. Valutare come.</u> • <u>Ruolo di mediatore, traduttore dei bisogni, della problematica.</u>
<p>12. Quali conoscenze, competenze, risorse (personali e istituzionali/organizzative) pensi debbano avere gli OP per poter dare corpo a questo approccio?</p>	
<p>OP 1:</p> <p><u>Risorse:</u> tempo per riflettere e poi mettere in pratica.</p> <p><u>Competenze specifiche sulla mediazione</u> (da acquisire o riacquisire se le abbiamo un po' trascurate).</p> <p><u>Competenze relative all'animazione di comunità</u> (ricordo che in Italia alcuni progetti di comunità prevedevano per esempio l'organizzazione di eventi che coinvolgessero le persone tra virgolette emarginate e gli altri attori informali vicini e quant'altro; organizzare eventi coinvolgendo il quartiere e la persona per facilitare la comunicazione, la costruzione di relazione; condivisione del pasto per esempio o della serata in cui c'è un gruppo a suonare nel quartiere e stiamo lì insieme a fare due chiacchiere sono quei momenti che fanno un po' da ponte).</p> <p><u>Leggere le teorie del lavoro di comunità</u> ma immaginare anche qualcosa senza far riferimento solo alla teoria. Però è importante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tempo</u> • <u>Comp. mediazione</u> • <u>Comp. Animazione di comunità</u> • <u>Teorie del lavoro di comunità</u>
<p>OP 2: <u>Competenze sociali del profilo delle competenze dell'educatore</u> (ascolto attivo, comprensione, saper cavalcare la relazione, ...).</p> <p><u>Competenze tipiche degli operatori di strada e del lavoro comunitario:</u> conoscere il territorio, approfondirne le dinamiche geografiche, morfologiche, storiche, politiche; essere in grado di leggere e interpretare i fenomeni e di capire come funziona una società; sapere quali sono le figure da contattare a seconda delle situazione (Con chi parlo? Se devo fare un progetto, un'ipotesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Comp. sociali</u> • <u>Comp. Del lavoro di strada e di comunità</u>

<p>dove ristrutturare una casa fatiscente, con chi parlo? Con chi faccio il progetto di comunità? Se devo organizzare un pranzo sociale dove il fine è quello di fare interagire le persone, creare un momento di condivisione, con chi parlo?); sapere quali sono gli attori, le persone chiave e saper lavorare in trasversalità; bisogna essere in grado di interfacciarsi con un mondo più grande e tutte le varie cose che lo compongono. Bisogna lavorare in trasversalità, capire una comunità... è fatta di tantissime cose.</p> <p><u>Il proprio bagaglio di esperienze:</u> aver partecipato a esperienze che hanno funzionato.</p> <p><u>Riflettere sui propri obiettivi e la loro fattibilità e le aspettative.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Bagaglio personale</u> • <u>Riflessione su obiettivi e fattibilità.</u>
<p>OP 3: Tantissime risorse, sia professionali ma anche personali.</p> <p><u>Competenze in materia di dipendenze:</u> conoscere il fenomeno delle dipendenze, non soltanto legate a sostanze psicoattive ma anche comportamentali; competenze tecniche, teoriche, del fenomeno a un livello importante; importanti conoscenze sulla marginalità, sul disagio, ma soprattutto sulle problematiche psichiatriche; conoscenza socio-sanitaria delle problematiche droga correlate.</p> <p><u>Competenze legali e giuridiche:</u> conoscenza importante della legge, del segreto professionale, fino a dove ti puoi spingere, cosa dice la legge a livello penale sul consumo di sostanze e di quali sostanze, ecc.</p> <p><u>Visione di integrazione e di mediazione,</u> di consapevolezza, con dei principi di non giudizio, di accettazione del fenomeno e di fare un po' da tramite con la popolazione. <u>Competenze di mediazione:</u> sapere lavorare con i conflitti, sapere cosa sono le soluzioni operative</p> <p><u>Importanti competenze sociali e comunicative:</u> accoglienza, assertività, empatia, saper mettere dei limiti, avere un ascolto davvero attivo e produttivo per poter orientare le persone verso un obiettivo anche plausibile.</p> <p><u>Competenze personali:</u> sapersi mettere in discussione, avere una capacità critica, di <i>problem solving</i>, anche in modo molto immediato e rudimentale a volte, con poche risorse; spirito critico e capire quali sono i limiti delle situazioni, dati dalle risorse, dalla legge, dal momento storico, ... ma avere una visione molto chiara e non perdere mai di vista qual è la strada da seguire. Non aver paura a mettersi un po' in gioco, a sbagliare. Volontà e tenacia di risolvere, aiutare, o far capire almeno di cosa si sta occupando.</p> <p><u>Saper seguire e leggere i fenomeni:</u> E un fenomeno molto variabile, che muta costantemente, dinamico: deve piacere la dinamicità, perché è un ritmo veramente alto. Avere un certo ritmo nel seguire i fenomeni ed essere aggiornato, per poter effettuare delle riletture.</p> <p><u>Conoscenza della rete e soprattutto del territorio:</u> i servizi, cosa offre, come muoverti all'interno di questa rete che è composta da servizi completamente diversi per offerta ma anche per filosofia, modi di lavorare.</p> <p><u>Avere una visione e supportarla con una metodologia e con degli strumenti</u> lavorativi che ti permettano di dotare questo approccio di disciplina e di un minimo di tecnicità. Quindi avere anche una traccia per capire se quanto è stato fatto fino ad ora è adeguato, perché questo ti permette di fare un'analisi della situazione e di mettere nuovi obiettivi futuri. Serve quindi anche una parte tecnica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Conoscenze sulle dipendenze, marginalità e disagio, problematiche psichiatriche, problematiche sanitarie.</u> • <u>Comp. Giuridico/legali</u> • <u>Comp. di mediazione</u> • <u>Comp. comunicative</u> • <u>Comp. personali</u> • <u>Lettura dei fenomeni</u> • <u>Conoscenza del territorio e rete</u> • <u>Metodologia e strumenti (valutazione,...)</u>

Allegato 6: Tabelle sinottiche delle fasi del lavoro di strada:**6a) Motivazione – Obiettivi specifici**

(Zampetti, 2016, pagg. 230–231)

MOTIVAZIONE	Obiettivi specifici
Mappatura	<ul style="list-style-type: none"> - aumentare la consapevolezza dell'équipe di progetto e del territorio sul fenomeno - aumentare la conoscenza da parte dell'équipe e dei beneficiari del territorio e del contesto - promuovere una mobilitazione verso il dialogo all'interno del territorio - mediare tra le diverse rappresentazioni del fenomeno dedotte dai gruppi sociali - individuare e attivare le risorse del territorio - circoscrivere il territorio di attuazione del progetto
Contatto e aggancio	<ul style="list-style-type: none"> - attivare il processo di costruzione della relazione con i beneficiari entrando in contatto con i destinatari e il fenomeno - aumentare la conoscenza del progetto da parte del territorio e dei beneficiari segnalando la propria presenza e i propri obiettivi - contestualizzare e definire la propria presenza trovando il proprio spazio e il proprio ruolo in strada
Costruzione di una relazione educativa con i gruppi e con i singoli	<ul style="list-style-type: none"> - creare un rapporto di fiducia - porre le basi per la costruzione di una progettualità condivisa - innescare processi di trasformazione e incontro fra diversi ambiti - accompagnare e sostenere i processi di crescita - promuovere e sostenere esperienze di cambiamento - sostenere e incentivare il protagonismo dei destinatari - promuovere una relazione costruttiva fra sé e l'ambiente - mettere in comunicazione, connettere individuo/gruppo e contesto
Il lavoro di rete nell'intervento di strada	<ul style="list-style-type: none"> - entrare in contatto con le risorse del territorio - promuovere una strategia di rete - promuovere la cultura e la pratica dell'integrazione
Il distacco	<ul style="list-style-type: none"> - promuovere l'autonomia dei beneficiari - chiudere la relazione educativa - consolidare i cambiamenti e i risultati dell'intervento

Tabella 8. Tabella sinottica delle fasi del lavoro di strada: Motivazione – obiettivi.

6b) Motivazione – Destinatari della fase

(Zampetti, 2016, pag. 231)

MOTIVAZIONE	Destinatari della fase
Mappatura	<ul style="list-style-type: none"> - committenti del progetto - gruppi di beneficiari diretti - popolazione del territorio - gruppi di beneficiari indiretti e testimoni privilegiati
Contatto e aggancio	<ul style="list-style-type: none"> - destinatari singoli - gruppi informali - associazioni - organizzazioni - servizi del territorio - istituzioni
Costruzione di una relazione educativa con i gruppi e con i singoli	<ul style="list-style-type: none"> - destinatari singoli - gruppi informali
Il lavoro di rete nell'intervento di strada	<ul style="list-style-type: none"> - associazioni - organizzazioni - servizi del territorio - istituzioni
Il distacco	<ul style="list-style-type: none"> - beneficiari - territorio - gruppo di lavoro

Tabella 9. Tabella sinottica delle fasi del lavoro di strada: Motivazione – destinatari.

6c) Strategia – Azioni strategiche

(Zampetti, 2016, pag. 232)

STRATEGIA	Azioni strategiche
Mappatura	<ul style="list-style-type: none"> - osservazione sul campo - raccolta di dati su luoghi, gruppi e contesti - interviste ai testimoni privilegiati - rielaborazione delle informazioni in équipe - redazione del piano di azione di progetto
Contatto e aggancio	<ul style="list-style-type: none"> - incontrare i beneficiari nei loro luoghi di vita - incontrare gli interlocutori primari nel territorio - costruire il contatto - presentarsi, ascoltare e conoscere - sintonizzare i linguaggi e cercare dei mediatori fra i beneficiari - legittimare la propria presenza - attivare lo scambio fra operatori e beneficiari (offro/chiedo)
Costruzione di una relazione educativa con i gruppi e con i singoli	<ul style="list-style-type: none"> - presenza: partecipazione assidua, costante e tattica; lettura delle dinamiche interne ai gruppi e delle modalità di relazione - progettazione individualizzata: costruzione di micro-progettualità; - progettazione e promozione di iniziative aggregative per i soggetti, i gruppi, le istituzioni e il territorio - organizzazione e gestione del progetto (counseling, animazione, eventi, affiancamento educativo...)
Il lavoro di rete nell'intervento di strada	<ul style="list-style-type: none"> - attivare l'interazione fra beneficiari e interlocutori territoriali (target, istituzioni, ...) - incontri di presentazione del progetto e conoscenza reciproca - avvio di collaborazioni, rapporti e relazioni - pubblicazione risultati - promozione e organizzazione di incontri e tavoli di concertazione - elaborazione dei dati e delle informazioni da mettere a disposizione della rete territoriale
Il distacco	<ul style="list-style-type: none"> - implementare l'interazione fra beneficiari e interlocutori territoriali (target, istituzioni, ...) - distacco e separazione dai beneficiari - saluti e restituzioni (feedback) con i singoli e i gruppi - condivisione dei risultati con i beneficiari e il territorio

Tabella 10. Tabella sinottica delle fasi del lavoro di strada: Strategia - azioni.

6d) Strategia – Spunti metodologici

(Zampetti, 2016, pag. 233)

STRATEGIA	Spunti metodologici
Mappatura	<ul style="list-style-type: none"> - ricerca-intervento - osservazione partecipante - elaborazione dati - approccio sistemico ai fenomeni sociali - interpretazione socio-pedagogica dei fenomeni sociali
Contatto e aggancio	<ul style="list-style-type: none"> - presenza in strada e capacità di adattamento - mediazione e dialogo (saper agganciare) - conoscenza del luogo, della cultura e dei linguaggi - strategie e modalità di relazione diversificate
Costruzione di una relazione educativa con i gruppi e con i singoli	<ul style="list-style-type: none"> - pedagogia della presenza (stare in situazione) - osservazione partecipata - ascolto empatico - mediazione sociale, animazione territoriale, riduzione del danno - progettazione partecipata (individualizzata e per i gruppi) - partecipazione diretta
Il lavoro di rete nell'intervento di strada	<ul style="list-style-type: none"> - mediazione sociale - networking: mettere in contatto, tessere reti, connettere - comunicazione strategica
Il distacco	<ul style="list-style-type: none"> - sostenibilità educativa e progettuale - de-finire l'intervento nei tempi necessari - invio, passaggio di consegne, riprogettazione

Tabella 11. Tabella sinottica delle fasi del lavoro di strada: Strategia - spunti metodologici.

Allegato 7: Tabella sinottica dei diversi modelli di Lavoro di Strada

(Zampetti, 2016, pagg. 124–125)

Modelli di Lavoro di Strada	Situazione sociale	Target	Finalità	Mandato sociale
Educativa di strada	Contesti sociali a rischio di sviluppo di disagio patologico o raschio di devianza	Comunità territoriale in genere (cittadini, associazioni, ...) e adolescenti aggregati in gruppi informali	Mantenere e promuovere l'agio e favorire il benessere	Contenimento del disagio Promozione
Animazione di strada	Difficoltà delle agenzie educative di entrare in contatto con adolescenti e giovani	Adolescenti aggregati in gruppi informali	Accompagnamento educativo e prevenzione dei rischi di disagio e devianza tramite lo sviluppo di fattori protettivi	Controllo Educazione
Mediazione sociale	Contesti territoriali a forte conflittualità tra gruppi sociali e problemi di integrazione socioculturale (immigrazione interna ed extra-comunitaria, disagio mentale, ex-detenuti, popolazioni nomadi, ...)	Gruppi sociali marginalizzati e popolazione nel suo complesso	Gestione, ricomposizione e riduzione dei conflitti sociali; integrazione socioculturale tra soggetti e gruppi di diversa estrazione	Convivenza Integrazione
Riduzione del Danno	Presenza di individui e gruppi a forte marginalità che non vengono in contatto con i servizi e producono forti allarmi sociali	Persone tossicodipendenti, persone dedite a prostituzione, minori coinvolte in attività criminose, persone in HIV+	Contenimento ed evitamento di rischi connessi alle devianze in atto, per i soggetti devianti e per la popolazione	Contenimento Cura Recupero della dignità della persona
Sviluppo di comunità	Nuove filosofie di welfare, crisi del sistema dei servizi tradizionali	Comunità territoriale nelle sue diverse componenti generazionali e organizzative	Promozione del benessere e della qualità della vita	Empowerment Partecipazione Responsabilità

Tabella 1. Tabella sinottica dei diversi modelli di Lavoro di Strada.

Allegato 8: I modelli di lavoro di strada sugli assi partecipazione-controllo e normalità-devianza (Riproduzione)

(Zampetti, 2016, pag. 115)



Allegato 9: Esempio di impianto strategico per un intervento di riduzione del danno

(Zampetti, 2016, pagg. 172–173)

Beneficiari	Obiettivi specifici	Attività
Popolazione target	Conoscere il target (stili di consumo e dinamiche di mercato).	Mappatura, collaborazione con opinion leader, questionario di gradimento su servizi e target.
	Favorire il primo contatto e l'aggancio.	Uscite dell'unità di strada, laboratorio tatuaggi in carcere, distribuzione materiale informativo presso altri servizi.
	Stabilizzare la relazione tra il soggetto target e l'operatore.	Uscite dell'unità di strada, relazioni significative, accompagnamenti, counselling.
	Fornire informazioni sui diritti di cittadinanza.	Opuscoli informativi, consulenza legale, orientamento dei servizi.
	Produrre cambiamenti nei comportamenti a rischio (sanitari e sociali).	Counselling, laboratorio tatuaggi in carcere, materiale informativo, distribuzione materiale sterile, relazioni significative, lavoro con i pari.
	Facilitare l'accesso del target ai servizi di media soglia e alle risorse del territorio.	Invii, accompagnamenti, orientamenti, attività di lavoro di rete tra servizi, distribuzione di materiali informativi sui servizi.
Sistema dei servizi	Definire, a livello locale, le priorità in materia di politiche sulle dipendenze.	Presenza al dipartimento dipendenze dell'ULSS 12.
	Prevedere unità operative di strada con caratteri di stabilità e continuità.	Politiche locali, bilancio EELL.
	Garantire un'interfaccia tra lavoro di strada e sistema dei servizi.	Lavoro di rete con i servizi (riunioni periodiche, incontri).
	Osservare e monitorare il fenomeno nel suo complesso (sostanze, consumatori, usi).	Attività di mappatura.
	Raccogliere, analizzare e dare visibilità a bisogni e domande della popolazione target.	Attività di mappatura, ricerche sull'utenza, attività di rete tra i servizi.
	Moltiplicare le opzioni e le risorse da offrire all'utenza.	Politiche sociali, confronto tra unità di strada, drop-in.
	Porre attenzione alla formazione delle équipe di lavoro.	Supervisioni, seminari formativi, équipe.
Garantire un sistema di raccolta dati e di valutazione	Attività di relazione.	

Territorio e popolazione	Ridurre «l'impatto ambientale» tra consumatori e cittadinanza	Attività di mediazione sociale (focus group), uscite dell'unità di strada, attività con i pari, mappatura
	Promuovere una corretta informazione sul fenomeno «droga» da parte dei media.	Newsletter «Ladri di biciclette», marketing comunicativo e lavoro con i media, analisi e raccolta di informazioni e notizie (rassegna stampa).
	Garantire accordi d'intesa con le forze dell'ordine che operano sul territorio	Formazione congiunta, protocolli, accordi.
	Promuovere una cultura della cittadinanza delle persone tossicodipendenti.	Attività «pubbliche» (tornei sportivi, mostre, gite), marketing comunicativo e lavoro con i media, newsletter, sportelli informativi, attività con i pari.
	Promuovere il consenso sul territorio intorno all'intervento e alle sue finalità.	Iniziativa pubbliche (seminari, convegni), attività di mediazione partecipata dei conflitti, newsletter, lavoro di rete.
	Utilizzare il patrimonio del lavoro di valutazione e misurazione degli esiti.	Diffusione dati (CD-ROM), iniziative pubbliche (seminari, convegni).

Tabella 2. Esempio di impianto strategico per un intervento di riduzione del danno.