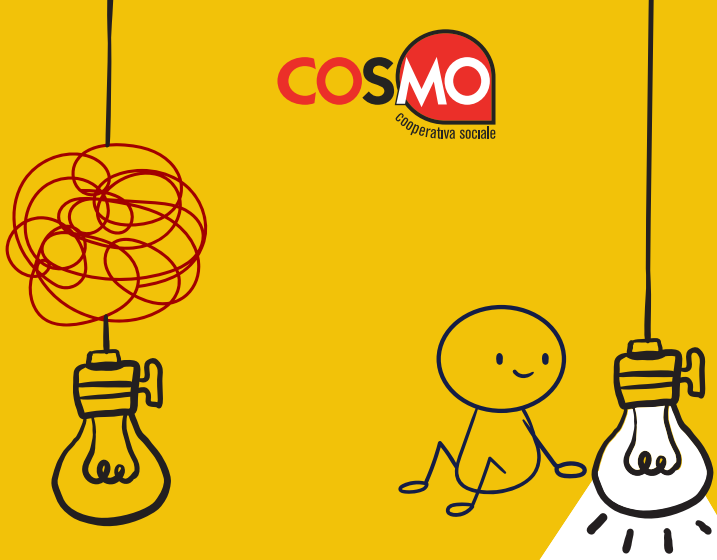
COSMO
cooperativa sociale



DIPENDENZE PATOLOGICHE E TERRITORIO

LA PROSSIMITÀ CHE CURA

Atti del Convegno

Vicenza, 9 ottobre 2025

DIPENDENZE PATOLOGICHE E TERRITORIO

La prossimità che cura

Hotel Alfa - Vicenza, 9 ottobre 2025
Atti del Convegno

Cooperativa Sociale Cosmo
2025

Il Convegno «Dipendenze patologiche e territorio. La prossimità che cura» è stato organizzato dalla Cooperativa Sociale Cosmo.

Responsabile scentifico del Convegno: Marianna Di Sipio

Responsabile per la comunicazione: Nicola Bevilacqua

Faculty del Convegno:
Dott. Michele Benaglia, psicologo, psicoterapeuta, presidente Amaltea, società coop sociale onlus.
Dott. Roberto Benini, psicologo, psicoterapeuta, docente CISSPAT Padova
Dott. Gianni Bettini, presidente cooperativa Cosmo
Dott.ssa Giulia Bressan, sicologa, psicoterapeuta, pronta accoglienza Il Ce.d.ro.
Dott.ssa Chiara Mariasole Carugati, Psicologa, psicoterapeuta, Analista Ordinario SIP e P-SF.
Dott.ssa Keleana De Marzi, Psicologa, psicoterapeuta, direttrice della pronta accoglienza Il Ce.d.ro.
Dott.ssa Stefania Garzotto, psicologa, psicoterapeuta, comunità Cà Mosaico
Dott.ssa Laura Pedrazzoli, psicologa, psicoterapeuta, servizio territoriale Al Riparo
Dott. Luigino Pellizzaro, psicologo, psicoterapeuta, comunità Cà Mosaico
Dott.ssa Giovanna Ravazzolo, psicologa, psicoterapeuta, direttrice della comunità Cà Mosaico
Dott.ssa Roberta Sabbion, psichiatra, psicoterapeuta, direttrice Dipartimento Dipendenze AULSS 8.
Dott. Alessandro Vegliach, psicologo, psicoterapeuta, Università di Trieste, CISSPAT Padova.

Il Convegno si è svolto con il patrocinio di: Regione Veneto, Aulss8 Berica e Comune di Vicenza.

Copyright © 2025 Cooperativa Sociale Cosmo.
Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico, non autorizzato.
Edizioni Cosmo Cooperativa Sociale

cosmosociale.it - cosmo@cosmosociale.it

INDICE

Presentazione,
di G. Bettini . . . . . p. 6

Introduzione,
di M. Di Sipio . . . . . p. 7

SESSIONE I
Abitare la complessità,
di C.M. Carugati . . . . . p. 8

Caso clinico: «Ettore, nodi nella rete»,
di K. De Marzi . . . . . p. 19

SESSIONE II
L'ambiente che cura,
di R. Benini . . . . . p. 28

Caso clinico: «Nicola, vicini ma non troppo»,
di G. Ravazzolo . . . . . p. 41

SESSIONE III
Il setting in assenza di setting,
di M. Benaglia . . . . . p. 46

Caso clinico: «Carlo e le contaminazioni tra il dentro e il fuori: setting in dialogo"»,
di L. Pedrazzoli . . . . . p. 72

SESSIONE IV
Montagnaterapia e percorso terapeutico“,
di R. Sabbion . . . . . p. 75

Escursioni interiori tra connessioni e disconnessioni,
di S. Garzotto e G. Bressan . . . . . p. 86

TAVOLA ROTONDA . . . . . p. 94

APPENDICE . . . . . p. 109

PRESENTAZIONE

Gianni Bettini
Presidente cooperativa Cosmo

Buongiorno a tutte e a tutti,
sono davvero felice di vedervi qui oggi, così numerosi, per condividere insieme questa giornata di riflessione e di confronto su un tema che ci sta profondamente a cuore: le dipendenze patologiche e il ruolo del territorio come spazio di cura, di prossimità e di relazioni.

Come cooperativa, da anni lavoriamo accanto alle persone, alle famiglie e alle comunità che vivono la complessità delle dipendenze. E quello che abbiamo imparato in questo tempo è che la cura non è solo una questione di servizi o di competenze: è soprattutto una questione di relazioni.

È la presenza, l'ascolto, la fiducia reciproca che fanno davvero la differenza nei percorsi di cambiamento.
Parlare di "prossimità che cura" significa riconoscere il valore dell'incontro, della presenza, della vicinanza — quella reale, quotidiana, fatta di contatto, di fiducia e di tempo dedicato. È lì che nascono i percorsi di cambiamento più autentici.

Questo incontro nasce proprio con l'obiettivo di condividere esperienze, idee e riflessioni su come il territorio possa diventare uno spazio che cura, che accoglie e che accompagna; è un'occasione non solo per condividere buone pratiche, ma per costruire insieme nuove prospettive più vicine ai bisogni reali delle persone.

Voglio ringraziare di cuore tutti coloro che hanno reso possibile questa giornata: i relatori, i nostri partner, le istituzioni, e naturalmente tutti voi che avete scelto di essere qui. La vostra presenza testimonia che la prossimità non è solo un concetto, ma una scelta concreta, quotidiana, che fa la differenza.
Vi auguro un buon lavoro e vi ringrazio.

INTRODUZIONE

Marianna Di Sipio
Responsabile scientifico del convegno

Questa giornata vuole essere spazio di incontro e condivisione in un sistema che spesso ci spinge alla fretta, alla risposta immediata in assenza di luoghi e tempo per pensare, oggi vogliamo prenderci una pausa di senso.
Ci piacerebbe creare uno spazio per l'ascolto, la riflessione e lo scambio di esperienze dando valore all'apporto dei diversi punti di vista
questa giornata nasce proprio dal desiderio di rimettere al centro le persone:
- le persone che vivono il dramma della dipendenza;
- le perssone che le accompagnano nei percorsi di cura;
- i professionisti chi ogni giorno costruiscono reti di accoglienza e di inclusuione nei territori.

La giornata è stata pensata secondo una formula integrata: ad ogni intervento teorico curato dai nostri relatori esterni, seguirà un caso clinico portato dalle colleghe direttrici delle nostre strutture terapeutiche, in modo così da intrecciare il sapere scientifico con un'esperienza vissuta.

Il tema della territorialità ci invita a riflettere su come l'ambiente sociale e culturale influenzi i percorsi di dipendenza, e su come i nostri interventi debbano adattarsi costantemente ai bisogni delle persone e dei territori, all'interno di una cornice di riferimento che è in continua evoluzione e cambiamento.

Si parlerà di:
- presa in carico;
- complessità;
- rete dei servizi;
- multidisciplinarietà;
- e del valore umano della relazione di cura, che rimane il fondamento di ogni nostro percorso terapeutico e riabilitativo.

SESSIONE I
ABITARE LA COMPLESSITÀ: RELAZIONE, CONTESTO E INTERVENTO NEI PERCORSI DI CURA

Chiara Mariasole Carugati
Psicologa/psicoterapeuta, analista ordinario SIPeP-SF

È con grande piacere, ma anche con un senso di responsabilità, che apro le danze di questa prima sessione di interventi. Permettetemi prima di tutto di esprimere un sincero ringraziamento a Marianna Di Sipio, collega e amica da tanti anni, responsabile scientifico di questa giornata. La sua fiducia e il suo invito mi offrono l'occasione di condividere con voi alcune riflessioni che nascono da un percorso di lavoro comune. Desidero ringraziare anche la Cooperativa Cosmo, che negli ultimi tre anni ho avuto modo di conoscere sempre meglio: inizialmente attraverso attività di formazione, poi in momenti di supervisione che si sono rivelati per me preziosi. In questi incontri ho trovato ogni volta uno scambio vivo, fatto di contaminazioni, domande, piccoli e grandi apprendimenti. Un ringraziamento sincero va quindi a tutti gli operatori che hanno condiviso con me il loro lavoro, le loro domande e anche le loro fatiche.

Oggi parleremo di complessità. Ma perché parlare di complessità?

La parola "complessità" è un'esperienza quotidiana per chi lavora nei servizi educativi, terapeutici e sociali. Negli incontri con gli operatori è emersa più volte come un punto nevralgico, come un filo rosso che attraversa storie, vissuti e pratiche. Non si tratta di un tema astratto, ma di una condizione concreta che interroga ogni giorno il senso stesso dell'agire professionale.
Dedicare un intervento a questo tema significa allora dare un nome a ciò che già viviamo, rendere pensabile ciò che rischia di sfuggire, condividere un'esperienza che, se non viene riconosciuta, può diventare fonte di isolamento e di frammentazione.

La complessità come tessitura

Per iniziare possiamo guardare al significato della parola stessa. "Complesso" deriva dal latino complexus, formato da cum (insieme) e plectere (intrecciare, tessere). L'etimologia ci porta subito un'immagine concreta: la complessità è un intreccio, una tessitura, un insieme di elementi diversi che si combinano

dando vita a un tutto. Non è una semplice somma, ma un'unità dinamica in cui le parti interagiscono e si trasformano reciprocamente.
Immaginiamo un tessuto: i fili, presi uno per uno, non hanno la stessa forza e la stessa forma del tessuto completo. Solo intrecciandosi diventano qualcosa di nuovo. Così accade con i sistemi complessi, che siano organismi viventi, gruppi di persone, comunità, o i percorsi di cura che ci vedono coinvolti.
La matrice della complessità è il due, che si da solo quando c'è un tre, un terzo che separa ed unisce al contempo, che differenzia ed integra. La relazione è quella congiunzione "e" tra le parole "Io" e "Tu" le quali, insieme, in connessione reciproca, danno origine ad un "Noi", un'unità irriducibile al semplice accostamento dei singoli individui, al contempo appunto unica, ma anche molteplice.
Spesso, nel linguaggio comune, "complesso" viene usato come sinonimo di "complicato". Ma la differenza è fondamentale. Un problema complicato – come ad esempio riparare un motore – può essere difficile, ma segue logiche lineari: ogni parte ha una funzione specifica e conoscendo abbastanza bene il meccanismo si può risalire alla causa del guasto.
Un sistema complesso, invece, non si lascia ridurre a una somma di pezzi. È fatto di interazioni, di connessioni, di retroazioni. Una piccola variazione in un punto può produrre conseguenze sproporzionate altrove. È ciò che Edward Lorenz[1] ha reso celebre con la metafora dell'"effetto farfalla": un battito d'ali in Brasile che, in teoria, può contribuire a scatenare un tornado in Texas. Questo non significa che regni il caos, ma che le leggi che governano i sistemi complessi non sono riducibili a catene lineari di causa-effetto. Sono processi dinamici, ricorsivi, non del tutto prevedibili. E questa è forse la prima lezione che la complessità ci consegna: imparare a convivere con l'incertezza e con il dubbio, senza viverli come fallimenti, ma come una condizione naturale dei sistemi viventi.
Un esempio immediato di sistema complesso siamo noi stessi. Ognuno di noi è formato da cellule, tessuti, organi che interagiscono in modi non riducibili alla semplice somma. Ma, oltre al corpo, c'è la mente, con le sue dimensioni affettive, cognitive, storiche. Questa unità che siamo non ha senso se viene frammentata in singoli pezzi: ciò che ci definisce nasce dalle relazioni tra le parti. E non ha senso nemmeno se viene estrapolata dal proprio contesto di vita.
Le storie di vita delle persone che incontriamo ogni giorno nel nostro lavoro sono spesso segnate da esperienze traumatiche, da rotture relazionali, da con-

[1] Edward Norton Lorenz, matematico e metereologo statunitense

dizioni di esclusione sociale. Ma sono anche storie vive, dinamiche, capaci di trasformazione.
L'esperienza della dipendenza da sostanze è una costante, ma mai uguale a sé stessa: ogni persona ha con la sostanza un rapporto unico, che va ascoltato, compreso, decodificato. C'è chi usa la sostanza per sedare un dolore psichico, chi per "mettere un silenziatore al rumore del mondo", chi per affrontare la solitudine, chi per sopravvivere a una condizione di estrema precarietà. Ogni individuo risponde, come ogni sistema complesso vivente, ad un principio di costante cambiamento e ad un principio costante di continuità. Questi due aspetti si intrecciano, dando vita ad una particolare Weltanschauung, nel linguaggio della fenomenologia, una visione del mondo unica, che rappresenta la "migliore organizzazione possibile che si è dato un sistema per la sopravvivenza, dati i suoi vincoli e la sua storia nell'interazione con il contesto" (l'altro da sé, l'ambiente..) (Florita, 2012[2]). Sempre come dice Florita, pensare in questi termini, "significa accettare profondamente il sistema paziente nella sua soluzione storica e, dunque, nella sua sofferenza".
Dietro ogni storia, c'è un soggetto irriducibile. Ogni diagnosi, per quanto possa essere considerata utile, riflette il punto di osservazione di un soggetto su un altro, ogni diagnosi è una riduzione della complessità di un individuo in un'etichetta o in una definizione. Ma, come diceva Korzybski[3], "la mappa non è il territorio", la rappresentazione che ci facciamo di un paziente non corrisponde all'intima geografia di una persona. Per conoscere la particolarità di quella geografia possiamo farlo a volo d'aquila, dall'alto, cogliendone gli aspetti macroscopici e generali. Ma è ponendosi in uno sguardo "dal basso", nella prossimità, come ci insegnava il prof. Ferlini, che si possono cogliere quelle peculiarità e sfumature necessarie alla nostra esplorazione vissuta e condivisa di chi abbiamo davanti.
Passare dalla logica del "tossicodipendente" a quella della "persona con una dipendenza" significa già operare uno spostamento etico e epistemologico: restituire dignità alla complessità dell'essere umano, riconoscerne la soggettività anche quando questa si esprime in forme distorte o autodistruttive, anche quando la soggettività è fusa e confusa con l'uso della sostanza.
Un concetto importante qui è quello di **emergenza**: i sistemi complessi generano proprietà nuove che non possono essere dedotte dalle caratteristiche delle singole parti. Nel lavoro sociale e terapeutico questo lo vediamo bene: il particolare modo di stare al mondo di una persona è la risultante della relazione fra aspetti bio-psico-sociali, inscindibili fra loro e unici nella loro configurazione.

[2] Florita, M, "Alice, il fenicottero e il porcospino: complessità e psicoanalisi", Guaraldi 2012
[3] Alfred Korzybski, ingegnere, matematico e filosofo russo

Lo stesso vale per i gruppi di persone. Guardando ad esempio ad una èquipe, centro nevralgico a mio avviso del lavoro terapeutico, questa non è solo l'insieme di individui, ma un sistema che genera proprietà emergenti, nuove e irripetibili, che non appartengono ai singoli membri. Lo stesso vale per le famiglie, per le comunità, per le società.
Un'altra caratteristica dei sistemi complessi è di essere al tempo stesso **aperti e chiusi**. Aperti, perché scambiano energia, materia e informazioni con l'ambiente esterno. Chiusi, perché mantengono un'organizzazione interna che li rende riconoscibili e coerenti. Ogni perturbazione esterna – un evento, una crisi, un incontro – può destabilizzare temporaneamente il sistema, spingerlo a riorganizzarsi e a generare nuove forme di equilibrio. Ogni sistema può tollerare un certo livello di perturbazione entro il quale generare adattamento, maggiore flessibilità e complessificazione, se la perturbazione supera una certa soglia il sistema può andare incontro ad una chiusura atta a difendere la propria stessa sopravvivenza. I nostri utenti – come noi del resto – non sono mai fermi, ma continuamente in trasformazione, capaci di adattamento e di riorganizzazione ma anche suscettibili di una certa quota di resistenza al cambiamento, laddove questo minacci l'intima propria strutturazione.
Ogni nostro intervento non è mai neutro e non è mai "esterno": il nostro modo di guardare, di ascoltare, di essere presenti entra nel sistema che osserviamo e ne modifica l'assetto, a volte in modi non prevedibili. Ce lo ha mostrato Heisenberg[4] in tutt'altro campo, quello della fisica, con il suo principio di indeterminazione, accorgendosi che persino uno strumento inanimato come un microscopio influenzava l'oggetto osservato. Figuriamoci, allora, quando a osservare è un essere umano con la propria storia, sensibilità, emozioni.
Accettare questa condizione non significa rinunciare alla professionalità, ma riconoscere che il nostro apporto alla relazione risponde della persona che siamo, della nostra storia, delle nostre competenze e dei nostri limiti. E di questi aspetti dobbiamo tenerne conto.

La relazione come cuore della cura

Se la complessità è la condizione di fondo dei sistemi viventi, allora la relazione è il luogo in cui questa complessità si manifesta e prende forma, soprattutto nel lavoro educativo e terapeutico. Potremmo dire che la relazione è lo spazio in cui la complessità diventa esperienza concreta, vissuta e condivisa. Ogni persona che incontriamo porta con sé un mondo fatto di legami, di storie. Non ci troviamo mai davanti a un individuo isolato, ma a un essere che esiste

[4] Werner Karl Heisenberg, fisico tedesco.

sempre in relazione ad altri. Lo psicoanalista inglese Winnicott lo aveva espresso con un*f*a frase rimasta celebre: «Un bambino da solo non esiste». Intendeva dire che l'essere umano non può essere pensato separato dalle relazioni che lo hanno nutrito e formato. Lo stesso vale per l'adulto: nessuno di noi esiste fuori dai legami che lo sostengono e lo definiscono.

Ogni persona è un sistema complesso, l'incontro tra due persone non può che essere l'incontro di due complessità. Non si tratta mai di una somma semplice, ma di una dinamica che genera un campo nuovo, irripetibile, in cui entrambi vengono trasformati.

Nel lavoro terapeutico questo è evidente: il paziente porta la sua storia, i suoi sintomi, le sue difese, ma anche le sue risorse e i suoi desideri. L'operatore porta la propria formazione, la propria professionalità, ma anche la propria sensibilità, i propri limiti, il proprio modo di stare al mondo. Dall'incontro di queste due complessità nasce qualcosa che non appartiene esclusivamente né all'uno né all'altro: nasce la relazione terapeutica. Relazione che non è un accessorio del trattamento: è il trattamento. È nello spazio relazionale, in questo spazio terzo che contiene l'Io e il Tu, che si attivano processi di fiducia, di cambiamento, di scoperta di sé.

Avventurarsi nella relazione con una persona con dipendenza, però, è cosa dura, voi me lo insegnate. Chi fa uso, soffre di una patologia della relazione: ha, con la sostanza, un oggetto inanimato e idealizzato, spesso umanizzato, un rapporto fusionale, indifferenziato, escludente il profondo con-tatto con l'Altro da Sè. La sostanza diventa spesso un filtro, uno schermo che media ogni esperienza e che protegge dalla realtà e di fronte al quale l'operatore si sente spesso impotente, senza appigli. Stabilire una relazione significa, prima di tutto, "bucare" quello schermo, come ci suggerisce Gilberto di Petta[5], trovare un varco, anche minimo, che permetta un contatto autentico. E sempre seguendo Di Petta, spesso è la sostanza stessa a concederci un varco se cambiamo prospettiva: da nemico da combattere alla migliore soluzione che la persona ha trovato per sopravvivere, per anestetizzare dolori, per reggere il vuoto. Accostandoci con apertura e con autenticità, come sosteneva Sándor Ferenczi, con i nostri pazienti alla funzione che la sostanza ha avuto per loro, senza giudicarla, potremmo aprire un passaggio condiviso su quello che per i nostri pazienti è l'ombelico del loro mondo, intorno al quale tutto gira, di farne esperienza duale, anche solo a livello embrionale. E una volta che il singolare diventa duale, già abbiamo introdotto un maggiore livello di complessità, dal quale partire per accrescerlo.

[5] Gilberto di Petta, psicopatologo e psicoterapeuta, ex Direttore U.O. Doppia diagnosi Centro Giano di Napoli

È quel movimento relazionale che Gaetano Benedetti, grande psichiatra e psicoterapeuta che ha dedicato gran parte della sua vita professionale allo studio e alla cura delle psicosi, definiva "calarsi nelle fauci del drago", e che Giorgio Maria Ferlini chiamava "farsi ponte strallato". Entrambi (l'uno maestro dell'altro) richiamavano la necessità di andare a prendere i pazienti nella loro realtà, chiusa ed arida, di farci noi prossimi a loro, al loro modo di significare il mondo.

Di certo è più facile a dirsi che a farsi. Le persone che incontriamo sono impregnate di ambivalenza, di desiderio di cambiamento e di timore dello stesso, di fiducia e diffidenza, di alleanze desiderate e di spinte alla distruzione e alla rottura. Anche in questo caso, aspetti antinomici coesistono e sono condizioni naturali della relazione. Il compito dell'operatore non è eliminare l'ambivalenza, ma imparare a starci dentro. Ancora una volta, significa tollerare l'incertezza, restare presenti anche quando il percorso sembra andare indietro, accettare che la fiducia si costruisce lentamente e può avere momenti di rottura. La vera cura non consiste nell'imporre un cambiamento, ma nel restare accanto all'altro mentre attraversa le proprie contraddizioni.

In questo processo, anche l'operatore viene profondamente coinvolto. Nessuno di noi resta indifferente davanti alla sofferenza, alla rabbia, al rifiuto o alla manipolazione. Ci sono emozioni che nascono spontanee: frustrazione, impotenza, a volte rabbia, altre volte un senso di fallimento. La relazione terapeutica si alimenta dal lavoro sulla soggettività dell'operatore. L'uso riflessivo di sé — capacità di riconoscere emozioni, controtransfert, limiti e risorse — è un fondamentale dispositivo operativo. Un'emozione apparentemente "scomoda" (rabbia, impazienza, identificazione) spesso segnala un punto sensibile nella relazione che vale la pena esplorare con supervisione e équipe.

La disponibilità dell'operatore a mettersi in gioco, a riflettere sul proprio sentire e pensare, diventa uno strumento fondamentale: non si tratta solo di "fare qualcosa per o sull'altro", ma di "esserci" con l'altro. E il sentire dell'operatore, ben lungi dall'essere segno di debolezza professionale, può diventare una bussola preziosa per orientarsi nella relazione terapeutica se elaborato, decodificato e condiviso. Le emozioni, anche - e soprattutto - quelle scomode, possono essere lette come qualcosa che accade nel campo relazionale, come un quantum di informazione sulla relazione, che merita ascolto. La postura riflessiva sul sè, sul proprio corpo, linguaggio, intuizioni può contribuire a creare uno spazio relazionale trasformativo. Un setting che non è solo esterno, ma profondamente interno.

Questo richiede un lavoro costante su di sé, sulla propria storia, sui propri punti ciechi. Le riunioni di équipe, la formazione, la supervisione sono strumenti fondamentali in questo senso, luoghi nei quali lavorare i vissuti in modo insaturo e mai definitivo, dove cogliere risonanze individuali e gruppali, i risvolti sulla relazione, comprendere battute di arresto e ripartenze possibili. Il gruppo può essere il luogo della pluralità e della multidimensionalità, dove allargare lo sguardo oltre il cono visivo del già noto e quindi previsto e prevedibile, per cogliere quegli aspetti dissonanti rispetto alla staticità del racconto clinico in grado di offrire viste inaspettate, di riaccendere la curiosità del "non ancora noto". Quello che un operatore, Nicola, qui presente, ha definito "il riavvio del Mac": un momento di interruzione e di riavvio di un processo di osservazione e pensiero, pensiero e osservazione, intrecciati e ricorsivamente influenzanti l'un l'altro.
Un aspetto fondamentale è che la relazione non è mai a senso unico. Non siamo noi a "fare qualcosa" all'altro: siamo piuttosto impegnati in un processo di co-costruzione. Ogni incontro, ogni parola, ogni gesto nasce dall'interazione tra due soggettività. Questo significa che la relazione è sempre sartoriale, su misura, e non replicabile in modo identico con un'altra persona.
Non possiamo applicare lo stesso schema a tutti, perché ciascun incontro è unico. È proprio questa unicità che rende il lavoro tanto difficile quanto straordinariamente ricco.
In questo senso, la relazione diventa il cuore stesso della cura: non un contorno, ma il luogo in cui la complessità prende forma e diventa occasione di cambiamento.

Il contesto: la cura non avviene mai nel vuoto

Se la relazione è il cuore pulsante della cura, il **contesto** è l'ambiente che la sostiene, la modella e, a volte, la limita. Nessun percorso di cura, infatti, avviene in un laboratorio sterile o in una campana di vetro. Ogni storia, ogni intervento, ogni trasformazione prende forma dentro un tessuto di relazioni, istituzioni, vincoli e opportunità che costituiscono il contesto. Anche la parola contesto, infatti, ci rimanda a qualcosa di intessuto, strettamente connesso. Riconoscere questo significa abbandonare una visione individualistica del lavoro sociale o terapeutico. Non ci troviamo mai davanti a un individuo "puro", isolato dal suo ambiente. Ci troviamo davanti a una persona immersa in una rete di legami familiari, di appartenenze comunitarie, di condizioni sociali ed economiche.
La famiglia, ad esempio, può essere risorsa o ostacolo, poiché le dinamiche di dipendenza spesso coinvolgono l'intero sistema familiare. Anche le condi-

zioni sociali ed economiche – precarietà, marginalità, esclusione – incidono profondamente, rendendo necessario offrire alternative concrete oltre al "semplice" - si fa per dire - intervento sulla dipendenza. A livello istituzionale, infine, la frammentazione dei servizi rischia di disorientare l'utente, e richiede all'operatore di farsi ponte tra mondi diversi per limitare la dispersione degli interventi. La complessità ci ricorda che non c'è mai un'unica causa: non possiamo ridurre la dipendenza né alla biologia, né alla psicologia, né al contesto sociale. È sempre l'intreccio di più dimensioni. Ma senza un'attenzione al contesto rischiamo di cadere nell'illusione che tutto dipenda dalla volontà del singolo o da una singola causa.
Il contesto, però, non è solo vincolo: può essere anche risorsa. In ogni ambiente ci sono potenzialità che possono essere quel battito d'ali della farfalla di cui parlavamo prima. Un percorso lavorativo, un'associazione di volontariato, una squadra di calcio fra utenti e operatori, un avvicinamento alla montagna, possono diventare luoghi in cui la persona ritrova appartenenza e riconoscimento, dove lo schermo viene bucato, lasciando entrare opportunità.
Pensare in termini ecologici significa proprio questo: non limitarsi a guardare i problemi, ma cercare anche le risorse latenti, legami o contesti che possono essere attivati o riattivati, valorizzati, resi parte del percorso di cura.
Anche l'équipe di lavoro è un contesto. Non è un semplice strumento organizzativo, ma un ambiente vivo, che influenza profondamente la qualità del lavoro. L'équipe è il luogo in cui le complessità dei singoli operatori e dei singoli utenti si intrecciano e si rielaborano. L'équipe è lo spazio dove si manifesta, nel linguaggio della complessità, il principio ologrammmatico: non solo la parte è contenuta nel tutto, ma anche il tutto è contenuto nella parte. L'informazione del campo relazionale è presente, tutta, in tutti i componenti del campo relazione.
L'èquipe è come un prisma: la luce che si rifrange e si scompone nei colori di cui è composta. In èquipe l'immagine del paziente in base alle lunghezze d'onda degli operatori viene rifratta nei vari aspetti di cui è composta. Ciascun operatore, in base alle proprie caratteristiche, può entrare in contatto con una sfaccettatura della personalità del paziente, farla emergere attraverso i propri vissuti e la relazione che si viene a creare. Se prese separatamente e in modo assoluto, queste sfaccettature possono creare distanza e contrasto fra gli operatori, se osservati da un meta punto di vista che sappia includerle tutte senza dover operare una prematura riduzione, diventano risorsa preziosa di integrazione, di visione complessa. Il gruppo di lavoro è lo spazio dove le solitudini degli operatori possono trovare accoglienza, dove le differenze possono essere riconosciute e valorizzate. Ma non è un luogo facile: le dinamiche di po-

tere, i conflitti, le divergenze di visione sono all'ordine del giorno. Anche l'ascolto delle criticità interne, dei conflitti tra operatori, può essere una risorsa se affrontata con coraggio e con una postura riflessiva. Le differenze non vanno eliminate, ma attraversate. La complessità relazionale dell'équipe è lo specchio di quella che si vive nel lavoro con gli utenti: imparare a starci dentro è un esercizio di coerenza professionale. Il lavoro in équipe richiede tempo, cura e disponibilità all'ascolto. Richiede di sviluppare una cultura della discussione e del dissenso, di accettare che la verità non sta da una parte sola. Richiede, soprattutto, di condividere una responsabilità: nessuno può reggere da solo il peso della complessità, ma insieme si può costruire una capacità collettiva di pensare e agire. Nel gruppo di lavoro si riflette, si elabora, si nomina ciò che da soli si fatica a vedere. L'équipe svolge una funzione contenitiva: non risolve la complessità, ma la rende abitabile. La trasforma da peso individuale a responsabilità collettiva, permette di uscire dalla rigidità delle letture individuali, di contaminare le visioni, di produrre nuove ipotesi di lavoro. La creatività professionale nasce spesso da queste contaminazioni (prima le abbiamo chiamate perturbazioni), da sguardi incrociati. In équipe si può sviluppare una cultura dell'interdipendenza, dove il sapere di ciascuno diventa patrimonio comune.

Infine, l'équipe è anche il luogo dove si coltiva la speranza. Dove si tengono vive le motivazioni, si ricorda il senso profondo del proprio lavoro, si celebra la fatica e la bellezza dell'essere in relazione con l'altro. È un luogo che va protetto, sostenuto, nutrito. Perché senza équipe, senza pensiero collettivo, l'operatore rischia di spegnersi, di chiudersi sulle proprie letture, di perdere il senso complesso e complessivo. Non possiamo prenderci cura delle persone se non ci prendiamo cura anche dei contesti in cui vivono – e dei contesti in cui noi stessi lavoriamo.

Intervento

Se parlare di complessità ci porta a considerare il valore della relazione e la centralità del contesto, il passo successivo è domandarci: come si traduce tutto questo nel **nostro modo di intervenire?** Che cosa significa agire dentro la complessità senza ridurla, senza tradirla, ma al contrario abitandola e trasformandola in possibilità?

La cultura scientifica e tecnica dominante fino a qualche decade fa ha spesso seguito la via della parcellizzazione dei saperi, della compartimentazione,

della divisione di ciò che in realtà è intrecciato. Come ci ricorda Morin[6], la conoscenza specialistica è inevitabilmente una forma di astrazione: estrae un oggetto dal suo insieme, ne rifiuta i legami, lo isola in un settore concettuale. In questo modo, ciò che è vivo, intrecciato, multidimensionale, viene ridotto a formule calcolabili e formalizzabili. Questo vale anche per la cura: ogni volta che isoliamo un frammento (il sintomo, la diagnosi, il comportamento) dal suo intreccio vitale, rischiamo di perderne il senso.

Il paradigma della semplicità spinge a ordinare la realtà espellendo il disordine. È il paradigma che ha guidato la scienza moderna: ridurre l'universo a poche leggi fondamentali, cercare la particella ultima, la formula unica. È un paradigma potente e fecondo, ma anche pericoloso: perché, applicato all'umano, diventa riduzionismo. La patologia moderna del pensiero sta proprio in questa iper-semplificazione. L'idealismo, il dogmatismo, la razionalizzazione esasperata sono forme di cecità alla complessità del reale. Anche nei nostri servizi questo rischio è presente: protocolli troppo rigidi, griglie di valutazione standardizzate, diagnosi che diventano etichette definitive.

Intervenire nella complessità significa resistere a questa tentazione. Significa accettare che la realtà non è mai tutta calcolabile, che ogni caso porta con sé un resto irriducibile, un margine di dubbio che non possiamo e non dobbiamo eliminare. L'intervento complesso è un atto che ricuce: ricuce i legami tra le parti e il tutto, tra individuo e ambiente, tra storia personale e contesto sociale, tra esperienze intime e percorsi istituzionali. È un intervento che non cerca l'unica soluzione giusta, ma che apre possibilità.

Qui possiamo evocare la celebre massima di Heinz von Foerster[7]: "Agisci in modo da aumentare le possibilità, per te e per gli altri.[8]" Questa frase racchiude bene lo spirito dell'intervento nella complessità: non dare risposte chiuse, non prescrivere cammini a senso unico, ma ampliare i margini di libertà, aprire strade dove sembrava ci fosse solo un vicolo cieco. Aprire possibilità significa accostarsi al mondo da diverse prospettive, accogliere sguardi plurali, moltiplicare le letture della realtà. È un compito che richiede energia, ma anche coraggio: perché la tendenza culturale dominante è quella a chiudere, a semplificare. La complessità, invece, è movimento, è dialogo, è circolarità.

Intervenire nella complessità significa allora non avere la pretesa di dominare, di controllare tutto, ma **abitare la tensione tra incompletezza e aspirazione al senso.**

[6] Edgard Morin, filosofo e sociologo francese
[7] Heinz von Foerster, fisico e filosofo austriaco
[8] H. von Foerster, "Sistemi che osservano", 1987

Conclusioni: abitare la complessità come scelta etica

Arriviamo così al senso profondo di questo percorso: la complessità non è un ostacolo da aggirare, non è un problema da risolvere, ma una condizione da abitare. Come ci ricorda Mauro Ceruti[9] nel suo libro "Abitare la complessità, la sfida di un destino comune" abitare significa stare dentro, vivere, lasciarsi modellare. Significa accogliere la complessità non come una minaccia, ma come l'ambiente naturale del nostro lavoro. Scegliere di abitare la complessità significa anche assumere un atteggiamento umile e aperto: il sapere di non sapere, la disponibilità al confronto, la capacità di sostare in quella che Bion chiama la "capacità negativa": "un'attesa ricettiva ai diversi livelli di comunicazione, verbali e non verbali, consci ed inconsci, del paziente e personali" per arrivare a intuire "l'esperienza emotiva informe, tollerando di rimanere nel dubbio e nell'ansia, senza affrettarsi a trovare spiegazioni razionali". Significa saper esercitare l'epochè, la sospensione di giudizi e pregiudizi per cogliere quanto più possibile la pienezza di ciò che osserviamo.

In un tempo in cui la cultura dominante ci spinge a semplificare, a dividere, a etichettare, **scegliere la complessità è un atto etico e politico**. È scegliere di restituire dignità alle persone nella loro interezza, di valorizzare la pluralità dei saperi, di costruire alleanze invece che contrapposizioni. È, in definitiva, un atto di fiducia nell'umano: fiducia nella possibilità di cambiamento, pur dentro i vincoli; fiducia nella forza delle relazioni, pur dentro le difficoltà; fiducia nella capacità dei sistemi, individuali e collettivi, di riorganizzarsi e di generare nuove forme di vita. Ed è forse questo il compito più alto che ci è chiesto come operatori, educatori, terapeuti, cittadini: non dominare la complessità, ma imparare a viverci dentro, a pensarla, a trasformarla in risorsa.

[9] Mauro Ceruti, filosofo, teorico del pensiero complesso.

SESSIONE I
CASO CLINICO: «ETTORE, NODI NELLA RETE»

Keleana De Marzi
Psicologa/psicoterapeuta, direttrice della pronta accoglienza Il Ce.D.R.O. della cooperativa Cosmo

Vorrei iniziare presentandovi il nostro Servizio di **Pronta Accoglienza "Il Ce.D.R.O." (Centro Diagnosi, Riabilitazione e Orientamento al trattamento delle tossicodipendenze)** per portarvi la cornice del contesto in cui Ettore, il paziente di cui vi parlerò oggi, è stato inserito.

Il Ce.D.R.O. rappresenta la nostra prima fase di lavoro terapeutico-riabilitativo residenziale con sede nella prima periferia di Vicenza a Rettorgole di Caldogno (VI) in un contesto residenziale che ospita un'utenza maschile con problematiche relative alla tossicodipendenza con disturbi di personalità e in comorbidità della componente psichiatrica su mandato ed in collaborazione con i Servizi Invianti, i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.D.) e talvolta la psichiatria. Accogliamo anche persone in misura alternativa al carcere.

L'obiettivo di lavoro consiste in una **stabilizzazione psicofisica della persona inserita, una valutazione della struttura e del funzionamento tramite attività educative e psicologiche individuali e gruppali e l'orientamento alla fase successiva del trattamento**, in base al raccordo e al lavoro sia con il paziente stesso sia con i servizi invianti. Solitamente il proseguo del percorso terapeutico-riabilitativo avviene con l'inserimento nella Comunità Terapeutica ritenuta più idonea ma possono esserci anche progetti di rientro a casa o in altri contesti abitativi. La permanenza per il **programma standard è di tre mesi** che può prolungarsi in base alle necessità, al funzionamento della persona e al tempo necessario alla creazione del progetto di cura.

Il caso:

Ettore, un uomo di 44 anni con problemi di tossicodipendenza, è stato inserito nella nostra struttura in misura alternativa al carcere e rappresenta bene le complessità che incontriamo nell'intreccio di lavoro di rete tra i vari interlocutori coinvolti quali Comunità Terapeutica, Ser.D., U.E.P.E., familiari e il paziente stesso, quando la dimensione della cura e dell'intervento terapeutico-riabilitativo si intreccia strettamente con quella del controllo giudiziario e la storia del paziente con la necessità quindi di unire e coordinare tutte le istanze.

La Pronta Accoglienza di per sé rappresenta uno spazio particolare in quanto non è più il carcere, ma non è ancora una comunità terapeutica strutturata dove il paziente rimarrà per un tempo più lungo. È un luogo intermedio, di passaggio, dove convivono due polarità: da un lato il controllo esterno, dall'altro la possibilità di recuperare la propria soggettività, da un lato una motivazione eterodiretta, legata all'obbligo giudiziario, dall'altro la possibilità di sviluppare una motivazione autentica al cambiamento insieme a tutti gli elementi coinvolti.

Il paziente infatti riporta una storia di vita contraddistinta da fragilità psichiche individuali, relazionali e sociali che hanno reso difficile la costruzione di legami di fiducia e il rispetto di regole condivise. La sua dipendenza da sostanze inizia in giovane età a 13 anni con cannabis, a 14 con la cocaina utilizzata quotidianamente dai 15 anni, a 23 anni con l'alcool e negli ultimi anni con le benzodiazepine. In giovane età sono iniziati anche gli episodi delinquenziali, ha compiuto molti reati, furti e rapine rispetto ai quali vanta numerosi articoli di giornale e carcerazioni. E' stato inserito in più percorsi riabilitativi che ha affrontato, a detta del paziente stesso, in modo superficiale e unicamente come espediente alla detenzione in carcere.

La conoscenza del paziente è avvenuta su richiesta dell'équipe carceraria, in accordo con il Ser.D. territoriale, per una valutazione e stabilizzazione finalizzata all'accoglienza in un successivo progetto di inserimento socio-lavorativo verosimilmente nella nostra Comunità Mosaico. Il referente del Ser.D. descrive Ettore come una persona con una struttura narcisistica che con il tempo ha attenuato la parte più attiva presentando una componente più depressiva che gli ha permesso di formulare una richiesta di aiuto, in particolare con l'obiettivo di cambiare il proprio stile di vita per la propria famiglia.

Ettore è sposato da vent'anni e ha due figli: la più grande di 20 anni e il piccolino, con il quale ha avuto pochissima possibilità di relazione a causa delle carcerazioni, di 10 anni.

Si è deciso di accogliere Ettore, inizialmente in Pronta Accoglienza, a seguito di due colloqui effettuati prima dalla dottoressa Bressan referente del Servizio di Preaccoglienza e successivamente da me e dalla direttrice della Comunità Mosaico. Questi colloqui sono serviti sia per conoscere il paziente che in effetti abbiamo visto sicuramente con degli aspetti antisociali ma anche con quella componente affettiva sulla quale forse si poteva provare a fare un lavoro, sia

per far conoscere la nostra realtà, i nostri progetti terapeutici nello specifico e le relative regole che sono state condivise a stretto giro e in modo rigoroso anche dagli operatori del Servizio che effettuavano i colloqui all'interno del carcere. Il paziente quindi all'ingresso in struttura avrebbe dovuto già avere tutte le informazioni relative al percorso da intraprendere e alle relative fasi.

Ettore viene autorizzato dal Magistrato al progetto di Pronta Accoglienza con la misura di affidamento in prova ai servizi sociali ex articolo 94 con delle prescrizioni abbastanza restrittive in quanto il paziente non aveva possibilità di muoversi all'esterno se non per motivi documentati relativi al percorso terapeutico ma sempre in accompagnato dagli operatori della struttura ed era richiesto il monitoraggio dell'astinenza dall'uso di sostanze oltre ovviamente all'aderenza al programma terapeutico e alle regole della struttura.

Già dall'ingresso in struttura si è notata una difficoltà nel dare il giusto peso alle proprie prescrizioni e una difficoltà anche da parte dei familiari nella comprensione del limite e della situazione legale e clinica. Ettore, ad esempio, è stato autorizzato allo spostamento dal carcere alla struttura unicamente con la presenza della moglie e con l'indicazione di recarsi immediatamente a destinazione e il divieto di effettuare altri giri e vedere altre persone. Arriverà in struttura accompagnato dalla moglie e dalla mamma dopo svariate telefonate con me e con il Ser.D. che gli ricordano proprio queste prescrizioni e dopo un tempo piuttosto dilatato.

L'impatto per lui è stato difficile, pur non essendoci le sbarre del carcere e quindi limitazioni concrete, le limitazioni erano educative, regole di base ma astratte; l'ingresso in un contesto di cura comunitario, come misura alternativa alla detenzione, ha rappresentato per lui una possibilità concreta di cambiamento e di riorientamento ma al tempo stesso anche una sfida complessa, vissuta con estrema diffidenza e resistenza.

La motivazione al percorso infatti è apparsa subito ambivalente e proprio l'ambivalenza è stata il tema centrale di tutto il percorso, tra spunti di desiderio di cambiamento, che però non riescono a tradursi subito in una scelta convinta e il potente richiamo a mantenersi nella situazione di comfort che si è creato nel personaggio del criminale, finalizzata a mantenere un ruolo, un'identità pur basata sulla necessità di ipervigilanza e controllo dell'altro anche attraverso la minaccia.

Le carcerazioni hanno in particolare consolidato questa modalità di presentarsi all'altro creando un micromondo con regole ben chiare (che placavano lo stato d'ansia) ma spesso contrastanti con le regole sociali della legalità e in generale del mondo esterno e difficilmente integrabili con esso.

Durante le prime settimane, abbiamo osservato molta diffidenza: comportamenti oppositivi e provocatori, linguaggio svalutante oppure seduttivo e tendenza all'isolamento e all'evitamento. Tutte le indicazioni date in fase di preaccoglienza sembravano essere state rimosse; il paziente riportava e pretendeva di dover essere spostato immediatamente nella fase di inserimento lavorativo in quanto secondo lui non gli era stato detto che avrebbe dovuto sostenere la fase di Pronta Accoglienza, in uno stato di rimozione ed angoscia a tratti più sconfinante in aspetti di tipo psicotico.

Qui sono stati necessari molteplici interventi normativi pur mantenendo un atteggiamento comprensivo della sua angoscia e riportandolo alla richiesta di aiuto da lui formulata.

Si è mostrato particolarmente vulnerabile soprattutto nel confronto con le regole e con i limiti imposti dal contesto comunitario in quanto fin da subito lo hanno messo nella condizione di affrontare un mondo diverso, estraneo e di doversi scalzare da un ruolo di potere, seppure un potere che lo portava ad essere solo, per calarsi in una realtà che seppur poco comprensibile e paurosa lo metteva in relazione con l'altro inteso come altri utenti, equipe, Servizi e famiglia. La richiesta era poi impegnativa, ossia quella di provare a sperimentare una modalità di relazione autentica e di scambio emotivo reciproco (non solo di vantaggio) non più unicamente autocentrata. Si notava un'importante quota d'ansia generalizzata e fobia per lo sporco che gli rendeva ancora più difficile integrarsi con gli altri, ricercando sempre una relazione privilegiata di favore da parte dell'équipe, per esempio, soprattutto all'inizio non riusciva a mangiare né a bere per timore di venire contaminato a contatto con le cose toccate dall'altro, chiedeva cibi diversi in orari diversi dagli altri, prodotti di igiene particolari e di lavare le proprie cose in modo diverso dagli altri.

In generale tutta la **prima fase dell'ambientamento** (il primo mesetto) è stata caratterizzata dall'osservazione costante da parte del paziente dell'ambiente circostante, del gruppo e dell'équipe in particolare, in uno stato di ipervigilanza e di pensieri ossessivi e intrusivi di tipo paranoico. Diceva ad esempio "Mi trattate così per le mie origini.." pur dicendolo ad un operatore con le

stesse origini, "perché sono un carcerato.." e così via..Molti dei sintomi evidenti erano correlati con la sua difficoltà nello stare a contatto con se stesso e con i propri fallimenti e limiti anche legali. Si attivava spesso e volentieri in particolare nei tempi morti, "i tragici week end" e dopo i contatti telefonici con i familiari durante i quali sembrava perdesse in parte il contatto con la realtà e del posto in cui era, parlava nel suo dialetto di possibili fughe (spesso e volentieri comunque portando la difficoltà a stare parlava di come questo non era il suo posto e che sarebbe evaso se non avesse il timore di essere incarcerato lontano da casa e dal carcere abituale). Questi momenti spesso e volentieri sfociavano poi in lamentele senza fine e attacchi verbali velati e in alcune occasioni di minacce all'operatore maschio con l'intento di cercare un limite da parte dell'operatore stesso e soprattutto del ruolo autorevole e direttivo. Spesso i lunedì erano proprio i momenti in cui Ettore ricercava proprio quel contenimento e la rassicurazione attraverso il limite, da me in quanto direttrice (a suo pensiero quella con il potere decisionale). Palese era uno stato di non compensazione psichica e la chiara necessità di un supporto anche di tipo farmacologico, verso il quale il paziente era avverso inizialmente (pur arrivando dal carcere con una prescrizione di una terapia antipsicotica importante ma che il paziente non assumeva), finalizzato ad un maggiore equilibrio psicofisico che lo mettesse nelle condizioni minime di lavorare su di sé. Assumere una terapia per Ettore voleva dire però, anche in questo caso, perdere il controllo, e perdere quella quota di rabbia che lo rendeva reattivo, funzionante nel mondo criminale e comunque vivo.

In questo contesto, l'équipe si è trovata a svolgere una funzione che potremmo definire genitoriale, richiamando il concetto di "madre sufficientemente buona" di Winnicott. Una funzione capace di contenere senza soffocare, vigilare senza controllare in modo punitivo, accogliere senza colludere, sostenere senza sostituirsi. Da un lato l'accoglienza, l'ascolto empatico e la ricerca di una sintonizzazione reale con il paziente come strumenti in grado di costruire un rapporto di fiducia fondamentale per far sì che il paziente possa intravedere una possibilità di cambiamento. Dall'altro lato la necessità di garantire il rispetto delle regole, per di più in un contesto dove l'individualità deve trovare sinergia con la gruppalità, di contenere i comportamenti a rischio e di vigilare sull'adempimento delle prescrizioni giudiziarie. È un doppio registro che richiede coerenza, fermezza e allo stesso tempo umanità. La sfida quotidiana è stata mantenere un equilibrio costante tra i poli dell'affetto e del controllo, offrire ascolto empatico e interessato, senza però diventare invadenti o giudicanti.

Ettore ci ha messo spesso alla prova rispetto anche ai nostri vissuti e alle proiezioni che lo stesso gettava, con frammentazioni all'interno dell'équipe che solo attraverso la rilettura , la rielaborazione ed il confronto costante, si è riusciti a vedere e utilizzare come strumento di intervento nella relazione con il paziente. L'importante con lui è stata proprio la possibilità di essere chiari e onesti usando un linguaggio comune; le ambivalenze dell'altro e la non coerenza lo faceva scattare in episodi di svalutazione e forte attacco. La sintonizzazione e rimodulazione della nostra sfera emotiva e anche delle nostre aspettative (a volte troppo elevate e non coincidenti con la fase del paziente) e dei nostri interventi gli hanno permesso di abbassare un po' le difese al punto per esempio di accettare, sempre con fatica e con continue necessità di rimostranze, una terapia farmacologica seppur sottodosata e volendola comunque controllare.

Anche una buona suddivisione dei ruoli ha permesso a Ettore di sentirsi maggiormente rassicurato: i tratti antisociali lo direzionavano alla ricerca di indicazioni da parte del mio ruolo e a mia volta lo direzionavo all'équipe, agli operatori, alla psicologa e alla condivisione con loro. Veniva indirizzato al rispetto delle regole e delle sue prescrizioni legali, anche talvolta con avvertimenti relativi al possibile ritiro di disponibilità (pur portandolo sempre alla sua richiesta iniziale alla quale Ettore pur con difficoltà sembrava rimanere emotivamente legato e connesso) e avvalendosi del supporto e del confronto con i referenti del Ser.D. e dell'U.E.P.E. Così facendo Ettore cominciava anche a rispettare di più se stesso. Pur volendo sempre dirigere i lavori, Ettore si è lasciato un po' direzionare e guidare anche se attraversando momenti di crisi regressive in cui ogni conquista doveva essere un po' messa in discussione. Alla base c'era una enorme paura, paura di cambiare ed affrontare, detto dal paziente stesso, "il male che c'è dentro" e la difficoltà di provare a muoversi in modo diverso dal solito.

I colloqui con la psicologa venivano spesso vissuti come, da un lato l'opportunità di scaricare l'accumulo emotivo, ma dall'altro come il timore di sentirsi invaso. Anche i colloqui con gli operatori erano caratterizzati da questi stati emotivi ambivalenti anche se dopo il secondo mese, nella seconda fase, **dell'orientamento** (centrata più sulla costruzione di una stabilizzazione) sono stati maggiormente ricercati e caratterizzati non tanto da grandi discorsi ma dallo stare con lui, più con la relazione affettiva, ascoltando canzoni con le quale vi era ogni volta un piccolo accesso in più al suo mondo interno. Sono emersi vissuti di abbandono e paura del rifiuto, insieme a momenti regressivi e a richieste affettive inconsce. Anche qui, il compito dell'équipe è stato delicato:

offrire contenimento ma anche promuovere l'autonomia, come una madre che all'inizio offre nutrimento ma poi accompagna il figlio verso i suoi primi passi.

Pur con alti e bassi e sempre con necessità di porre limiti e rimodulare l'intervento, Ettore si lasciava guidare sempre di più, arrivando ad accettare una parte di aiuto senza dover controllare in toto. Ha accettato che fosse lo psichiatra a formulare la terapia maggiormente idonea che lo ha portato ad una riduzione dei pensieri intrusivi, paranoici ed ansiogeni. Si è potuto iniziare a lavorare su alcuni punti posti nel P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato) che quando era stato presentato (dopo il primo mese) non riusciva a considerare in quanto voleva dire scegliere realmente di stare in programma. Tra i punti di lavoro troviamo proprio il definire un'alleanza di cura con l'équipe, lavorare sulla problematica della dipendenza e sulla sua funzione in particolare legata ai comportamenti delinquenziali, lavorare sull'assertività (intesa come la capacità di esprimere in modo chiaro ed efficace le proprie emozioni e opinioni senza tuttavia offendere né aggredire l'interlocutore, come comunicazione dei propri bisogni e di conseguenza improntare relazioni con l'altro in senso di chiarezza e trasparenza al fine di un tema comune), lavorare sulla capacità di tolleranza cercando di mettersi nei panni dell'altro, lavorare sulla definizione di una progettualità personale possibile. Punti di lavoro che in particolare ha cercato di affrontare anche con l'operatrice di riferimento assegnata che ben ha saputo dosare l'accoglienza unitamente a rimandi del limite e delle conseguenze negative dell'attivazione dei suoi comportamenti più disfunzionali, partendo proprio dagli esempi di comportamento in struttura nelle dinamiche relazionali per provare a fare un pensiero collegato alle situazioni all'esterno. Questo equilibrio, mai scontato, ha permesso di creare un contenitore affettivo e normativo, un ambiente in cui il paziente ha potuto sentirsi accolto e riconosciuto, ma al tempo stesso contenuto e guidato.

Si è potuto così procedere alla fase successiva **della costruzione in realtà del progetto futuro e di preparazione al passaggio** e questo grazie anche all'équipe, che in qualche modo ha funto da modello rispetto alla possibilità di relazionarsi in modo diverso con sé e con l'altro.

Le fasi non sono sempre state nette ed in progressione ed Ettore ha avuto spesso necessità di accedere a momenti e movimenti maggiormente regressivi finalizzati a placare gli aspetti più ansiogeni collegati alla motivazione alle scelte di cambiamento.

È stata un'esperienza in cui si è potuto sentire accolto, ascoltato e riconosciuto nella propria soggettività ma allo stesso tempo responsabilizzato rispetto alle proprie azioni. In questo spazio, gradualmente, ha iniziato a tollerare di più le regole comunitarie e ad interiorizzarle, a riconoscere i limiti come parte di un percorso di crescita e non solo come imposizione esterna. Ha partecipato alla scelta della comunità terapeutica per il proseguo del programma terapeutico-riabilitativo e ha permesso di poter in parte lavorare con le dinamiche familiari (per lui fondamentali) prendendo una posizione più matura anche rispetto alla moglie ed ai figli. Questo passaggio segna un'integrazione tra il bisogno di cura e la responsabilità personale.

La riduzione delle condotte impulsive e distruttive, l'inizio di una riflessione maggiormente critica sulle proprie scelte di vita e di una consapevolezza circa la propria storia e le proprie possibilità di cambiamento, hanno permesso quindi la costruzione di un possibile proseguo di stabilità e percorso successivo, pur in continua evoluzione.

Si è quindi proceduto con i colloqui con i referenti della Comunità Mosaico e con l'accompagnamento alla nuova fase di programma caratterizzata dall'alternanza di spinte all'autonomia e di movimenti regressivi (paure e bisogno di dipendenza) e da vissuti di abbandono in particolare emersi nei momenti di ferie mie e della psicologa che hanno evidenziato il suo stile di attaccamento e di cui abbiamo tenuto conto per gestire i passaggi. È stato importante e necessario strutturare momenti di conoscenza e di confronto in unione con la nuova futura équipe di cura del Mosaico, nello specifico con lui e le due direttrici, con lui e le due psicologhe, con lui e l'operatore di riferimento nonché molti colloqui di rinforzo motivazionali con il Ser.D. e istiuzionale- normativi con il U.E.P.E.

Dopo quattro mesi Ettore è riuscito a concludere il percorso di Pronta accoglienza senza fughe e con un minimo di consapevolezza di sé e stabilizzazione in più, un piccolo bagaglio da poter utilizzare per il suo percorso di vita.
Per sostenere questo tipo di lavoro gli strumenti fondamentali sono stati la supervisione clinica come spazio di riflessione, la condivisione quotidiana dei comportamenti per avere una lettura integrata, una comunicazione coerente e unitaria con il paziente e non per ultimo ovviamente il lavoro di rete tra Servizi, Ser.D., U.E.P.E. e Magistratura che ha permette una tenuta istituzionale solida e anche con la famiglia.

Il tipo di lavoro effettuato con Ettore mette quindi in rilievo l'importanza, come già detto proprio del lavoro della rete, una rete i cui "nodi "possono essere rappresentati sia come i punti di contatto e di interscambio, ossia i momenti in cui le relazioni si intrecciano e si consolidano, ma anche i punti dove possono emergere difficoltà di relazione tra i vari interlocutori, conflitti o blocchi relazionali ed emotivi che se vengono sciolti fungono da esempio rispetto alla possibilità di costruzione positiva rinforzando e responsabilizzando il paziente.

L'altro aspetto fondamentale citato è l'importanza del lavoro di équipe che si muove flessibilmente alla ricerca attiva di mantenere un equilibrio coerente tra una sfera più accogliente affettiva che può avere anche il volto della fermezza e la sfera del controllo e della regola intesa non solo come imposizione ma anche protezione della persona.

Vorrei concludere con una citazione ispirata a Winnicott che racchiude il senso del lavoro con Ettore: 'Non serve un'educazione perfetta. Serve qualcuno che sappia esserci con fermezza e affetto anche quando non sappiamo chiederlo.'

SESSIONE II
L'AMBIENTE CHE CURA

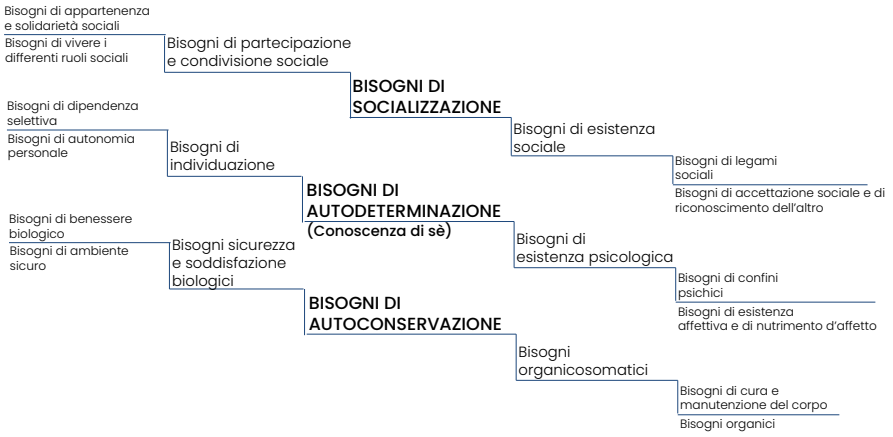
Roberto Benini
Psicologo, psicoterapeuta, docente CISSPAT Padova

Dopo il Covid non è facile stare qui insieme, siamo stati tutti un po' condizionati a evitarci, o comunque, a non sforzarci di stare assieme, ma è l'unica possibilità per cambiare le cose, perché ormai ritengo che i vertici alti non siano orientati al cambiamento.
Io sono cresciuto in un quartiere popolare di Bologna, di periferia. Lì inizia la mia storia. Ai miei tempi Bologna era la città più rossa d'Italia e non c'erano i computer, non c'erano i cellulari, e noi ci incontravamo costantemente nelle sezioni dove si parlava, ci si confrontava, si cercava di creare quella solidarietà e quelle relazioni di cui i colleghi vi hanno in qualche modo parlato prima.
Io vi introduco "nell'ambiente". E' chiaro che la relazione è la parte fondamentale della prossimità, mentre l'ambiente in sè , solo ed esclusivamente l'ambiente, sarebbe una protesi eccezionale. Ma è proprio attraverso la relazione che l'ambiente acquisisce una forma estremamente significativa e curativa.
Perché io ho trascorso una vita a fare ricerca? Io sono un ricercatore, oltre che psicologo e psicoterapeuta, ed è questa forse la cosa che mi piace di più, perché mi ha permesso di riuscire a darmi tutta una serie di risposte a delle domande che fin da bambino mi mettevano in difficoltà, proprio perché sono nato in un periodo e in un luogo dove certi contenuti, certi argomenti, non venivano minimamente trattati. Quando una persona stava male, perché era colpito da depressione o da qualcosa di più grave, e io da bambino, colpito, chiedevo curioso:
«Che cos'ha il papà di Giovanni?».
«Esaurimento nervoso» mi rispondevano. Boh.
«Che cos'ha il nonno di Silvio?»
«Eh, gli piace il vino….»
«Si ma gli piace così tanto da a trovarcelo steso per terra, in una condizione problematica, di patologia?»
«Eh sai, il vino….»
E l'eroina? Ai miei tempi ho perso qualche amico perché purtroppo l'eroina era un "flagello di Dio", era quello che ci portava a scappare dalle nostre paure.
E quindi il mio desiderio è stato questo: io voglio conoscere queste malattie. Sono malattie. Se vedete i dati di ricovero, i dati di mortalità, troverete che

morire per dipendenza, per anoressia, per suicidio o per incurie, risultino dati elevati, come morire di tumore o per problemi cardiaci. Voi noterete, e l'assessore stamattina ce lo presentava, come queste malattie siano considerate malattie di serie B. Dicevano alcuni miei pazienti che avere qualcosa di fisico, anche grave, delle volte è molto meglio, perché almeno smuovi la "tenerezza" da parte degli altri, "la pietà", in senso positivo. Ma nel momento in cui cadi in una psicopatologia, in una depressione grave per un lutto, per una perdita, oppure ti abbandoni all'alcol dopo la fine di una relazione o per le paure che devi affrontare durante la vita, ecco che per gli altri hai solo "poca volontà". Quindi sei tu stesso colpevole di questa cosa, di questa malattia.
Io non volevo vederla in questo modo. Tutta la mia vita professionale e personale è stata dedicata a questo: al tentativo di conoscere queste malattie e di trovare delle forme di cura. E' chiaro che la prima forma di cura in assoluto è la relazione, ma di questo vi parleranno gli altri colleghi. A me è stato affidato un intervento che tratterà di come l'ambiente può rappresentare una forma di cura e perciò andiamo a vederlo.
Prima di tutto se noi vogliamo curare una malattia, dobbiamo chiederci che cos'è la salute, dobbiamo chiederci cosa vogliamo raggiungere. La salute, come ci dice la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è una condizione non di assenza di malattia (per fortuna, perché altrimenti tutte le persone cronicamente malate non potrebbero essere viste come persone in salute), ma è una condizione di completo benessere biologico, mentale, sociale.
Ma questo mi ha messo in crisi perché le persone che seguivo io, a partire da me che ho delle patologie croniche, nel momento in cui hanno una una malattia, tanto bene fisicamente non stanno, delle volte neanche mentalmente. Quindi questa definizione non mi aiutava.
Cosa ho cercato di formulare nel tempo? Ho cercato di trovare una definizione che fosse più calzante a quello che pensavo del concetto di salute, questa: la persona in salute è una persona che è in grado di riconoscere i propri bisogni, sia i propri bisogni biologici, che hanno a che fare cioè con la cura del corpo, con la cura delle malattie che colpiscono il corpo, sia i bisogni psicologici, che hanno a che fare con i nostri bisogni affettivi, di esistenza, di costruirci una identità e sia infine con i bisogni di tipo sociale, perché noi siamo animali di gruppo, quindi la possibilità di poter entrare negli ambiti sociali, di poterli viverle pienamente e profondamente. Pertanto io ritengo che una persona in salute sia una persona che è in grado di riconoscere i propri bisogni e di cercare di lottare per rispondere a questi bisogni. Perciò, siccome c'è un bisogno di cura del corpo e delle malattie, una persona che cerca di curare una malattia è una persona in salute, perché la riconosce.

A questo punto però che cosa avveniva? Che bisognava andare a individuare quali erano i bisogni.
La piramide di Maslow[1] mi ha dato una grande spinta, per l'amor di Dio, ma non mi ha aiutato perché Maslow accorpava i bisogni per categorie, ma in alcuni momenti questa formulazione non mi permetteva di riuscire a comprendere cosa veramente la persona stava vivendo, quale era il bisogno che realmente era stato attaccato nella sua integrità.
Pertanto, facendo riferimento al cervello tripartito di Mcleen[2], costruito su diversi livelli e competenze, assieme a un gruppo di colleghi abbiamo iniziato a studiare quelli che potevano essere i bisogni biologici dell'essere umano, quindi partendo da persone che vivevano patologie degenerative come i dementi nell'ultima fase della malattia, persone che avevano sofferenze organiche significative, i bambini con deficit cognitivi, perché anche costoro hanno il diritto di essere curati. Tuttavia come psicoterapeuta vedevo che non venivo spinto alla cura di queste persone, per il fatto che si ritiene che costoro non avessero la capacità di comprendere. Ma anche loro però soffrono e vivono delle angosce.
Adesso parleremo dell'ambiente, ma senza questa premessa, temo, non sarebbe stato comprensibile quello che vi proporrò.
Quali sono stati i bisogni riscontrati? Li vedete qui nella slide in scala.

LA SCALA BIOPSICOSOCIALE DEI BISOGNI



[1] La piramide di Maslow, nota anche come scala gerarchica dei bisogni umani o piramide della motivazione, è una teoria psicologica che sottolinea come sia fondamentale soddisfare prima i bisogni di base collocati nella parte inferiore della piramide, per poter poi accedere alla soddisfazione di bisogni e desideri di livello superiore parte alta della piramide.
[2] MacLean distingue tre parti del cervello, ognuna con funzioni distinte. Le tre parti funzionano in modo gerarchico: gli impulsi più basici vengono progressivamente raffinati e infine razionalizzati, "risalendo" dalle parti più antiche del nostro cervello (rettiliane) fino alla neo-corteccia, più recente.

Si suddividono in tre grandi aree e se voi osservate la vostra vita, la vita dei vostri cari, vedrete che non abbiamo sbagliato di tanto. Io spero che la ricerca continui, qualcuno di voi si appassioni, la speranza è proprio che i giovani portino avanti la ricerca e siano interessati proprio come lo siamo stati noi, che stiamo invecchiando.
Cosa abbiamo trovato? Tre grandi aree di bisogni.
La prima area, i bisogni biologici: noi siamo un organismo biologico. Se il corpo muore, muore anche la mente che è il coordinatore di questo organismo. Dobbiamo considerare i bisogni organici, come mangiare, bere, dormire, termoregolarsi, dobbiamo tenerne conto nel momento in cui ci troviamo di fronte a persone incapaci di provvedere a loro stesse, dei loro bisogni di cura del loro corpo. Mi ha colpito la storia di Ettore[3] perché aveva un'angoscia persecutoria tale che non poteva avvicinarsi ad alimenti e a cose che in qualche modo l'avrebbero portato a pensare che potesse essere avvelenato, intossicato. Queste cose non potevano avere quella parte affettiva che noi abbiamo quando ci prendiamo cura del nostro corpo, non in maniera narcisistica chiaramente. Dopo di che noi vogliamo vivere in un ambiente sicuro, perché se ci sono pericoli siamo sempre in allerta. Vogliamo godere del nostro benessere biologico attraverso l'attività fisica, il movimento, il rilassamento, il gioco, la sessualità.
Poi arriva la seconda area, i bisogni psicologici. Se abbiamo dato risposta ai primi bisogni, abbiamo bisogno di nutrirci affettivamente, di esistere agli occhi degli altri. Adesso voi vedete come nell'intervento fatto con Ettore il fatto di esistere agli occhi degli educatori è già comunque curativo. «Finalmente c'è qualcuno che mi dà un significato quando nessuno nella mia vita me l'ha dato». Noi abbiamo bisogno di questo nutrimento, altrimenti si aprono le porte della depressione e della solitudine. Noi abbiamo bisogno di creare dei confini (la collega e i colleghi prima hanno citato questi contenuti fondamentali) che ci permettono di chiuderci nel momento in cui vogliamo rimanere con noi stessi, vogliamo staccarci, separarci, ma allo stesso tempo aprirci per fare entrare l'altro. Per entrare in una condizione di fusione affettiva bellissima. Pensate a quando si usciva con il proprio innamorato finché era ancora idealizzato: era fantastico, sembrava di essere su un altro livello. E arrivano poi i bisogni che ci portano a costruire una nostra identità, una nostra autonomia. I bisogni di indipendenza, di autonomia personale, di dipendenza selettiva ossia la capacità di potersi rapportare alle persone in modo diverso a seconda delle caratteristiche, e qui vedete il lavoro di equipe dentro una strut-

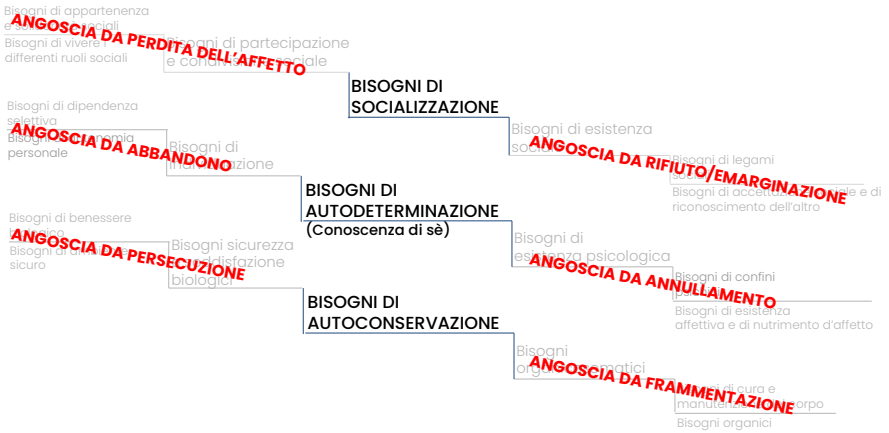
[3] Vedi intervento precedente "Caso clinico: Ettore: nodi nella rete" di Keleana De Marzi, p. 23

tura. La capacità di rapportarsi con l'educatore che viene vissuto come una figura materna, o parimenti invece con l'educatore che si impone come fa un padre: «Stop, basta, fermo». La possibilità di permettere a questi utenti di riuscire a riconoscere in queste persone quello che non hanno potuto riconoscere nella loro crescita, nel loro percorso di vita.
Poi arriviamo alla terza area, ai bisogni sociali. Fantastici i bisogni sociali, la possibilità di riconoscere l'altro, di creare legami sociali. Io vedo il senso di solitudine e di anomia[4] in cui stiamo cadendo. Non ci si conosce più nemmeno dentro lo stesso condominio, quando prima lo stabile era comunque una condizione di grande protezione e di grande condivisione. «Non hai l'olio, te lo presto io.»
«Tuo padre non sta bene? Stai tranquillo, dai, quando vai a lavorare passo io a dare un'occhiata.»
Eccetera, eccetera. Tutte cose che si sono perse e che hanno aperto una porta alla slide che vi farò vedere dopo. Sono i bisogni di vivere i differenti ruoli sociali. Noi vogliamo essere partecipi, fino ad arrivare ad avere valore e i valori che cerchiamo di trasmettere sono questi: la solidarietà, l'appartenenza, la vicinanza, la presa in carico e la cura delle persone che sono in difficoltà, che sono malate. Solo delle società evolute e solidali possono fare questo. In passato le persone malate e inabili, si lasciavano da parte, venivano emarginate, perdendo così il valore affettivo della persona.
La dottoressa Carugati[5] ci ha fatto vedere quanto sia importante il senso affettivo della persona, la storia della persona. Per me quella persona può essere la più malata che volete, ma è la mia mamma, è la persona che io amo. E io voglio che questa persona possa, nel limite del possibile, avere tutto quello che gli permetta di poter continuare a vivere la sua vita affettiva, la sua vita sociale, in compagnia dei propri cari. Questo è il senso di avere una guida di questo tipo, che non deve essere chiaramente una guida di tipo razionale ma una guida profondamente affettiva. Una guida che ci permette di far esistere l'altro. Perché nel momento in cui l'altro esiste, come diceva la dottoressa Carugati, con la sua storia, con le sue caratteristiche, assume qualcosa di significativo per noi. Questo è stato il senso.
Ma andando avanti, questo che segue è ciò che mi ha permesso finalmente di comprendere l'origine di queste malattie. Io ho lavorato in psichiatria ed ero profondamente turbato, profondissimamente turbato. Quando stamattina ho visto il video di Nicola[6], ho pensato: «Cavolo, ma io mi passavo così i lu-

[4] Assenza di leggi fisse, carenza dei poteri dello stato, anarchia.
[5] Vedi intervento precedente "Abitare la complessità: relazione, contesto e intervento nei percorsi di cura" di Chiara Mariasole Carugati, p.

nedì, i martedì, i mercoledì e via dicendo tutti i giorni per 30 anni, accumulando tutte le varie problematiche psicosomatiche: cistite, colite, gastrite, dermatite e via dicendo». Perché a questo portava l'incontro con le persone, almeno in ambito psichiatrico, che venivano ricoverate in stati deliranti, con depressioni gravissime. Dall'altra parte gli facevamo gli esami e risultavano esami del sangue migliori dei miei o dei colleghi psichiatri. Gli facevamo una tac che ci dava un cervello perfettamente integro, però questa persona non si alzava dal letto, si massacrava di alcol, si iniettava eroina oppure iniziava a delirare. Che cos'era questo? Che cos'era che generava questo se non c'era una patologia organica? Quello che noi abbiamo individuato è stata l'angoscia. L'angoscia patologica è un virus terribile, anche più del Covid. Perché è vero che il Covid ci ha allontanato ma ci ha allontanato ancora di più l'angoscia. La vita degli esseri umani è stato un continuo fare i conti con le malattie virali: la peste, il colera, quel che volete, poi è arrivato il Covid, poi ne arriverà un'altra. In ogni secolo ne abbiamo almeno tre di ondate virali. Tuttavia quello che ci mette veramente in difficoltà è l'angoscia, la paura, quella paura che si insinua dentro la nostra testa, e dentro il nostro corpo e ci porta a rifugiarci.

I BISOGNI UMANI E LE ANGOSCE



Dove? In alcuni casi nelle dipendenze. Quindi è naturale che nel momento in cui noi non riusciremo a dare risposta a questa angoscia non si riattiveranno i bisogni e di conseguenza la persona rimarrà ancorata a quella che è la sua patologia, perché la sua patologia è una difesa dall'angoscia.
Quali sono state le angosce che abbiamo cercato di studiare proprio per capire le diverse origini delle patologie?
L'angoscia della frammentazione, o angoscia di morte: è terribile quando il

nostro corpo viene invaso da qualcosa che può decretarne la fine. L'angoscia da persecuzione, quando sentiamo che c'è un pericolo presente nel nostro ambiente. L'angoscia di annullamento, quando non esistiamo agli occhi degli altri, siamo invisibili. L'angoscia d'abbandono, quando ci sentiamo profondamente soli. E voi queste le avete citate nelle relazioni che avete fatto. Io, come ricercatore, cerco solo di dare loro un nome perché chi lavora in questo ambito abbia degli strumenti. Per tutto il resto è lui, l'operatore, lo strumento ma è importante che abbia almeno quelle consapevolezze, quelle conoscenze che gli possano permettere di vedere l'altro nella sua sofferenza.

«Questo uomo soffre di angoscia di annullamento? Bene, dobbiamo farlo esistere. Facciamo in modo che lui si senta visto.»

«Quest'altro soffre di angoscia d'abbandono? Bene, non lasciamolo solo.»

«Questo di angoscia da rifiuto e emarginazione? Cerchiamo di inserirlo a livello sociale.»

«Questo di angoscia da perdita dell'affetto? Facciamogli sentire che questo affetto ci sarà, qualsiasi scelta lui possa fare.»

Anche la dottoressa Carugati diceva: «Dobbiamo comunque accompagnare la persona, dobbiamo accompagnarla sapendo che dietro a questa persona ci sono queste sofferenze».

È stata fatta una domanda prima dal pubblico: «Come fate a resistere al lunedì? A partire tutti i lunedì e ad aver voglia di partire nonostante si sappia quello che potremmo incontrare?»

Come si fa?

Per prima cosa è necessario vedere che abbiamo di fronte una persona che soffre. Una persona che ci urlerà in faccia e che tenterà di aggredirci, certo, che ci manipolerà. Ma dobbiamo vedere che dietro c'è un'angoscia. Dobbiamo vedere che dietro c'è una sofferenza, non è una volontà.

Dopodiché dobbiamo fare i conti, come ci ha fatto vedere bene Nicola Bevilacqua alla fine del filmato di prima, con tutto quello che accumuli. Perché se un imbianchino accumula vernice e quindi deve farsi la doccia, noi accumuliamo angoscia, disperazione, sofferenza. Per quello che adesso il tecnicismo è diventato imperante.

«Dammi una tecnica che così mi metto un mio vestito ed è fatta.»

Tanto in questa società riuscire a mettersi in comunicazione con l'altro in una condizione d'ascolto sembra la cosa più difficile in assoluto. Dammi una tecnica. Per fortuna adesso i lunedì, quando mi sveglio, penso a come applicarla. E non dovrò fare tutto quel percorso mentale, sia prima che dopo, che io faccio quando cerco di entrare in relazione, quando cerco di entrare nell'angoscia

di questa persona che tirerà fuori la mia. Io ho paura come loro. Ho solamente la possibilità di riconoscerla e di dirmi:

«Dai, Benini, adesso proviamo a fare così. Dai, adesso vai da una persona che ti vuole bene. Dai, Benini sfogati, non mollare».

Ma solo perché conosco queste cose. Mi ricordo sempre di un carissimo collega psichiatra che diceva:

«Guarda Roberto, la differenza fra noi e loro è che noi abbiamo studiato e ci illudiamo che queste situazioni non ci tocchino, solamente questo. Ma potevamo essere tranquillamente dall'altra parte».

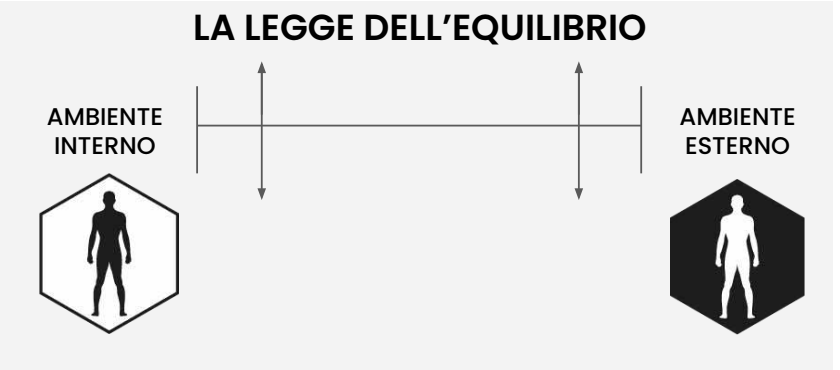
Sono pienamente d'accordo. Ed è una continua lotta per non finire dall'altra parte. Ma non perché uno non ci deve finire. Abbiamo detto che la malattia fa parte della vita. Perché ci sono due condizioni per salvarsi quando finisci dall'altra parte. Una è l'alleanza terapeutica, l'attaccamento. L'altra è la consapevolezza della propria condizione. Io cerco sempre di essere consapevole. Cerco sempre di aiutare i miei utenti e i miei pazienti a diventare consapevoli nella loro condizione di malattia. Perché nella consapevolezza delle condizioni di malattia c'è affetto, non cattiva volontà.

«Ma – potremmo sentirci dire - io ho dei problemi con l'alleanza adesso. Io faccio fatica a mettermi nelle mani di qualche medico. Io faccio fatica a mettermi nelle mani di qualche curatore. Io faccio fatica a creare l'alleanza.»

Ed è questo quello su cui noi dobbiamo lavorare nei prossimi anni, la relazione. E l'ambiente diventa profondamente protettivo per creare questa alleanza. Dopodiché cercheremo piano piano di fare i conti con quello che ci ha colpito, con quello con cui siamo stati costretti a confrontare nella vita.

A questo punto, qual è la legge che genera la salute dalla malattia fondamentalmente? La legge dell'equilibrio. E' la prima legge universale a mio avviso.

Cosa dice questa legge? Che un organismo per essere in salute deve ricercare costantemente un equilibrio fra l'ambiente interno e l'ambiente esterno.



Quindi perché i bisogni sono diventati fondamentali? Perché è naturale che se nell'ambiente interno si attiva il desiderio di mangiare, ecco che io vado verso l'ambiente esterno per procurarmi il cibo. L'ambiente interno si attiva: il bisogno è un segnalatore, non è qualcosa di patologico. Se nell'ambiente interno si attiva il desiderio di affetto, di nutrimento d'affetto, io vado verso le persone che riconosco come affettive. Se si attiva un bisogno di legami sociali, io vado verso le persone che possono rappresentare il gruppo. E quindi ricerco costantemente le cose dell'ambiente esterno per riuscire a ricreare questo equilibrio e incredibilmente se si modifica l'ambiente esterno io tento ancora di trovare l'equilibrio internamente. Perché se perdo una persona è naturale che io non possa andare a recuperarla. Tante volte è la morte che ce la porta via, ma può essere anche una situazione affettiva dove veniamo rifiutati. Ed ecco che un ambiente interno si mette in movimento col processo del lutto. Facendo un lutto, piano piano ricostruiamo il nostro equilibrio. Quindi vedete come questi due ambienti si muovono con grande naturalezza. E che cosa succede però? Che in alcuni momenti l'ambiente interno non ha sufficienti risorse. L'ambiente interno non ha sufficienti risorse per modificarsi ai cambiamenti dell'ambiente esterno o per rispondere ai bisogni.
Quando noi pensiamo al corpo, non abbiamo difficoltà a utilizzare delle protesi. Se il nostro ambiente interno non produce ormoni, non produce sostanze, nessun problema, le inseriamo. Ce la facciamo ugualmente. Non siamo in grado di muoverci per l'età e le malattie? Perfetto, ci sono le sedie a rotelle, ci sono i trasportini, iniziamo a utilizzare delle protesi. Non vediamo? Fantastico, mettiamo gli occhiali. L'ambiente addirittura può diventare fortemente curativo per il nostro corpo: pensate alle terme.

Quindi quando si parla del corpo e parliamo di protesi ambientali, tutti siamo profondamente d'accordo. Cosa estremamente naturale, cosa ricercata. Alle Olimpiadi ci vanno anche le persone che hanno delle situazioni deficitarie e siamo contenti di vedere che possono recuperare questi equilibri, in questo caso fisici, e poter quindi concorrere, poter vivere la loro vita ricercando queste forme di benessere.
Se invece prendiamo in esame la mente ci troviamo quasi nel nulla. Sembra che l'ambiente rispetto al funzionamento mentale non venga quasi considerato tanto che ci sentiamo dire:
«Sì, va bene Roberto, questo paziente lo ricevo in studio.»
«Non riceverlo in studio, non viene! Questa persona qua, fin da bambina è stata dentro agli ambulatori, dagli assistenti sociali, dagli psicologi evolutivi. Non ci viene! Non ci viene! Costruiamo un altro ambiente perché possa formarsi questa relazione.»
«Ma no, questa non è terapia.»
«Non mi interessa se è o non è terapia. Questo è un modo per avvicinarsi alla persona.»
Sappiate che questa è una lotta continua.
Quindi quando mi chiamano in questi eventi come il convegno di stamane, sono talmente felice, e le persone sono colpite da questa gioia, perché è come se finalmente potessi sentire che ci sono persone che mi ascoltano, perché in tante situazioni senti la solitudine. Quindi la condivisione è già la ricompensa credetemi, è già la cosa che ci permette di continuare a fare ricerche, a portare avanti queste cose.
Quindi dicevamo che l'ambiente diventa uno strumento, diventa una protesi, diventa una cura.
Quali sono gli ambienti curativi che ho individuato?
Prima di tutto gli ambienti che hanno la funzione di attivare o di contenere alcune cose. Voi lo vedete molto bene anche nella vostra vita. Incontrare una persona o una situazione vuol dire incontrare le parti di noi che ci tira fuori. Con molti pazienti è solo portandoli in certi ambienti che io riesco ad attivare delle reazioni emotive oppure riesco ad attivare dei bisogni.
Stefania Garzotto ci parlerà della montagnaterapia1. Non potete immaginare quanti bisogni, quante emozioni tira fuori una situazione di questo tipo. Poi abbiamo l'ambiente contenitivo, l'ho imparato in psichiatria. L'ambiente contenitivo è fondamentale per avvicinarsi a una persona, perché questa persona ha paura, e se tu non lo metti in un ambiente dove si sente sicuro non si aprirà alla relazione, non si aprirà al mondo. Perché? Perché deve già fare i conti con le cose che in questo ambiente lo spaventano. E quindi vedete come sia

indispensabile delle volte anche con l'utente della vostra struttura trovare quella panchina, quel percorso nei giardini, quel ricordo che viene attivato. Per esempio io mi ricordo di una situazione dove con un paziente andavamo davanti a un albero e lui piangeva, piangeva, piangeva e poi si girava:
«Grazie dottore, sto bene.»
Ma secondo voi davanti a quest'albero che cosa vedeva? Finalmente me l'ha detto quando si è affidato: si ricordava quel cuore che aveva inciso con la sua fidanzatina dei 16 anni, che era morta per droga, e quindi tutte le volte che andava davanti a quest'albero piangeva e faceva quel lutto di cui io vi dicevo prima. Non ce l'avrei mai fatta in studio neanche se gli avessi preso la testa e l'avessi sbattuta contro il tavolo. Non ce l'avrei mai fatta.
E poi abbiamo l'ambiente, che ha la funzione di riabilitare. Io ho visto che con i bambini è molto più riabilitativo metterli nelle condizioni dove devono

raggiungere un gioco, dove devono riuscire a esprimere delle parti di loro. E quindi è necessario creare delle situazioni ambientali dove si possano mettere in gioco. Ma questo va bene sia per i bambini, sia per le persone che hanno dei deficit, sia per delle persone che devono recuperare dei loro contenuti.
Quindi vedete come costruire l'ambiente di un certo tipo permette già alla persona di sentire che questa cura inizia. Perché quando si nasce non c'è tutta questa gran cura dell'ambiente, non è che la relazione con la nostra mamma, al di là di essere bellissima e profonda, sia sempre ottimale, deve svolgersi all'interno di certi ambienti. Quindi è chiaro che non abbiamo fatto altro che recuperare quello.
Quali sono gli obiettivi? Noi vogliamo curare, quindi gli obiettivi possono essere di conforto. Avete visto che una persona che non può alzarsi dal letto gode di un ambiente di conforto, gode di un ambiente caldo, gode di un ambiente che si prende cura dai suoi bisogni primari.
Oppure l'ambiente può essere riequilibrativo, ci permette di rilassarci, ci permette di tranquillizzarci, ci permette di poter buttare fuori delle emozioni, come il paziente di prima. Io questo paziente lo riequilibravo e basta, perché una volta che lui tornava nella struttura, lui aveva già vissuto una parte di quello che era stato il suo grande dolore, il suo primo grande dolore, perdere l'unica persona da cui si era sentito amato veramente.
L'ambiente può essere ristrutturativo, ci permette di recuperare alcune prime vie, ci permette di metterci in gioco, e quindi mettendoci in gioco, di sviluppare delle parti di noi.
L'ambiente può essere rielaborativo. Perché? Perché attraverso l'ambiente noi possiamo rivivere alcune cose. Il primissimo paziente, il mio primo paziente che mi ha spinto a fare questo, è stato il paziente che avendo perso il papà e non facendo nessun movimento terapeutico, portato in un laghetto dove andava con suo papà, mi ha raccontato tutta la sua vita col suo papà. E quindi raccontandomela, lui finalmente poteva tenerlo dentro il suo papà, nonostante l'avesse perso.
L'ambiente può essere autorealizzativo, mi permette di scoprire delle parti di me, mi permette di attivare degli interessi che io non sapevo di avere, e quindi di poter realizzare delle parti che io non avrei mai conosciuto.
Tutto questo costa veramente poco. L'assessore prima è stato chiarissimo: si parla di soldi, soldi, soldi. L'ambiente invece è lì. Che cosa ci costa l'ambiente in questo momento? Ci costa solo di doverlo individuare.
L'ambiente può essere chiaramente di tipo biologico, dove andiamo a fare i conti con queste parti organiche, di tipo psicologico, dove entriamo in relazione con noi stessi, di tipo sociale rispetto ai gruppi, rispetto al fatto di poterci

mettere in una rete anche di intervento, di aiuto, eccetera. Quindi vedete come questa parte va a rinforzare quella che è la relazione, il primo strumento di cura. Ma mi raccomando, l'ambiente deve essere individuato in modo soggettivo, come ogni percorso di cura. Oggi non parleremo delle relazioni, ma sono interessantissime. La relazione di aggrappamento, di attaccamento, di affiliazione. Interessantissime.
L'ambiente deve essere costruito sulla persona, così la persona prende vita. E vi faccio vedere l'importanza con un aneddoto che conclude il mio intervento. Io abito a Bentivoglio, che è un paese della provincia di Bologna, verso Ferrara. Questo inverno è stato veramente buio, non freddo, ma buio. Una mattina, un martedì mattina direi terribile, dopo un lunedì altrettanto terribile, vado nel bar del paese dove mi conoscono tutti: il dottore, sei il dottore. Allora, io entro per un caffè con questa giornata grigia, poca luce, non so se fosse gennaio, febbraio, non mi ricordo. E questo anziano mi viene incontro:
«Dottore, che giornata di merda oggi. Se io potessi mi piacerebbe essere su una spiaggia, al sole, a bere l'aperitivo, con delle belle ragazze che ballano. Piacerebbe anche lei dottore, è vero?»
«No.»
«Ma perché dottore, mi scusi, eh?»
«Guardi, io mi sono svegliato ed ero molto triste stamattina. Quindi mi piacerebbe di più essere alle foci del Po, perché io sono triste, l'ambiente è triste, e così entro in assonanza.»
«Oh dottore, questo non l'ho mica capita. Però è lei il dottore.»

SESSIONE II
CASO CLINICO: «NICOLA, VICINI MA NON TROPPO»

Giovanna Ravazzolo
Psicologa/psicoterapeuta, direttrice della comunità MOSAICO della cooperativa Cosmo

La giornata di oggi penso possa offrire contributi importanti per chi, come noi, lavora quotidianamente in comunità terapeutica, confrontandosi con la complessità delle storie, delle relazioni e dei processi di cura.
Ed è proprio a partire da questa complessità che oggi condividerò un caso clinico che stiamo attualmente seguendo in comunità.
Si tratta di un'esperienza che ci sta mettendo alla prova su più livelli – tecnico, relazionale ed emotivo – e che, proprio per questo, riteniamo possa offrire spunti di riflessione sul senso e sulle sfide del nostro lavoro, su come Il Mosaico interpreta il concetto di prossimità terapeutica.

Il Mosaico è una comunità terapeutica aperta dedicata al reinserimento socio-lavorativo di persone con problematiche legate alla dipendenza, talvolta in misura alternativa al carcere, spesso i nostri pazienti presentano aspetti psichiatrici pur non essendo in carico al servizio di Salute mentale. Il nostro obiettivo principale è favorire lo sviluppo dell'autonomia dei pazienti, accompagnandoli in un percorso graduale che li porti a riconoscere e valorizzare le proprie risorse personali, relazionali e professionali.
Lavoriamo in un contesto aperto che richiede una forte alleanza terapeutica e una costante attenzione ai bisogni individuali di ciascun paziente. Il nostro approccio si fonda sulla prossimità, intesa come presenza continua, coerente e flessibile, capace di sostenere la persona sia nei momenti strutturati del programma sia nelle esperienze di vita quotidiana, anche fuori dalla comunità.
È in questo contesto che si inserisce il percorso di Nicola, un uomo con una storia complessa fatta di cadute e ripartenze, ma anche di fiducia, legami e scelte difficili.

Nicola ha 37 anni, è originario della Sicilia e da diversi anni si è trasferito in Veneto per intraprendere un programma terapeutico comunitario seguito dal serd di Catania. Arriva da una lunga storia di dipendenze da cocaina e alcol, con un esordio precoce nel consumo e una diagnosi psichiatrica importante: schizofrenia paranoide e disturbo da uso di sostanze, diagnosticati in giovane età in un periodo in cui l'uso era massiccio e continuo. È stato seguito dalla

psichiatria fin dai primi momenti critici della sua vita e ancora oggi è in terapia farmacologica, percepisce anche invalidità.
Nicola presenta un funzionamento fragile, ha grandi difficoltà a fidarsi, è diffidente, schivo, con tratti paranoidi evidenti e un pensiero spesso intrappolato in meccanismi ossessivi e di rimuginio. È una persona con cui è praticamente impossibile utilizzare l'ironia, e questo dice molto sulla qualità del suo stato psichico e sulla fatica che comporta la relazione. La sua tendenza è quella a isolarsi, ma nello stesso tempo cerca luoghi e relazioni che gli offrano sicurezza, prevedibilità e protezione.

I primi tentativi comunitari non hanno funzionato, Nicola è stato inserito in varie strutture, sin da minorenne, talvolta anche ambienti per doppia diagnosi senza che questo producesse un miglioramento stabile. La richiesta di inserimento al Mosaico avviene da un'altra comunità che si occupa di tossicodipendenza dove era stato accolto in una situazione di emergenza, dopo degli screzi avvenuti con altri ospiti.

Le sue radici familiari raccontano di una storia affettiva disgregata. I genitori sono separati. La sorella, scomparsa prematuramente a causa di una lunga malattia, è stata per anni al centro della vita familiare. La madre ha vissuto per lunghi periodi lontana da casa per seguirla nelle cure, tra il Sud e il Nord Italia. Nicola, in quegli anni, veniva affidato di volta in volta ad amici e conoscenti: persone che si prendevano cura di lui, ma senza poter offrire una stabilità emotiva. Il padre, pur essendo rimasto fisicamente a casa, non è mai stato in grado di occuparsi realmente di lui. Anzi, nei primi anni Nicola ha iniziato a bere proprio insieme al padre, che tendeva a coprirlo piuttosto che contenere i suoi comportamenti.

Dopo la morte della sorella, il padre ha rapidamente costruito una nuova famiglia: una nuova compagna e due figli. Nicola ha frequentato questa famiglia in modo discontinuo, e oggi racconta un legame affettivo con i fratellastri, pur non essendo mai stato davvero cercato né incluso in maniera stabile. La madre, invece, si è risposata solo recentemente, ma è sempre stata molto presente, anche se con una forte componente ansiosa e colpevolizzante, soprattutto nei confronti dell'ex marito. Nicola è cresciuto oscillando tra la necessità di "salvare" uno dei due genitori e l'impossibilità di integrare queste due figure in un'immagine coerente. Un equilibrio impossibile che si rifletteva anche nel suo percorso terapeutico.

Nei primi tempi, Nicola tornava periodicamente in Sicilia per dei rientri di verifica, talvolta anche scelte d'impulso in cui pensava di chiudere il programma per rientrare nella sua terra, ma ogni volta ricadeva nell'uso di sostanze. I luoghi familiari non erano mai spazi realmente suoi: non trovava un posto né con la madre né con il padre. Spazi confusi, legami non protettivi, memorie familiari che riattivavano antichi copioni. Noi lo abbiamo sempre riaccolto, con la convinzione che ogni ritorno fosse comunque parte del suo percorso. I primi episodi li abbiamo gestiti istituendo periodi di chiusura all'interno della comunità Mosaico affinché Nicola potesse riflettere su quanto avvenuto riducendo gli stimoli che provengono da un percorso aperto come il nostro, successivamente siamo intervenuti spostando Nicola per delle settimane in Pronta Accoglienza. Questo atteggiamento, accogliente e protettivo, ma che pone dei limiti, crediamo abbia posto le basi per l'instaurarsi di un legame terapeutico stabile, un legame che accompagna.

Abbiamo scelto di adattare il nostro programma ai suoi tempi. Le fasi della comunità sono state diluite, il ritmo rallentato - Nicola è in programma da quattro anni - le regole modulate per consentirgli di stabilizzarsi e di sentirsi accolto. Ha cominciato a lavorare in cooperativa per tre ore al giorno: un impegno limitato, ma per lui significativo. Perché per Nicola, ogni piccolo passo è una conquista. Abbiamo cercato di riconoscere i suoi sforzi, di restituirgli un'immagine di sé più solida, più capace. La costanza che ha saputo costruire, giorno dopo giorno, è stato un risultato tangibile.

In parallelo, abbiamo lavorato su un altro aspetto fondamentale: il legame con la famiglia. Abbiamo contattato il padre in un paio di occasioni ma si è rivelato un riferimento poco utile e disponibile. Abbiamo invece mantenuto contatti costanti con la madre, che nel tempo ha iniziato a venire a trovarlo sempre più spesso. Abbiamo utilizzato questi momenti per fare colloqui congiunti, aiutandoli a stare nella loro relazione presente senza scivolare continuamente nei vissuti del passato, evitando che la madre riproponesse la sua lettura colpevolizzante del padre come unica chiave di lettura. Questo processo ha aiutato entrambi a riposizionarsi.

Un momento critico è arrivato quando il SerD di Catania ha comunicato l'intenzione di chiudere formalmente il suo percorso, costringendolo a scegliere tra un ritorno a casa o la continuazione nel nostro territorio. Abbiamo ritenuto che un rientro sarebbe stato profondamente dannoso. Abbiamo perciò difeso

il percorso compiuto, mantenendo aperta la nostra disponibilità e facilitando il passaggio al SerD locale, che ha preso in carico Nicola visto che la madre si è adoperata per prendere un appartamento a Vicenza e quindi compiendo un cambio di residenza, è stato un passaggio delicato e non scontato.. possibile grazie alle possibilità della madre che attualmente contribuisce alle spese di questo appartamento che è solo in parte vissuto da Nicola.
Questo evento ha favorito un radicamento territoriale per Nicola e sostenuto un processo di differenziazione, più che di dipendenza.

Nel frattempo, la quotidianità ha continuato ad assumere un crescente valore terapeutico in sé. Abbiamo sostenuto Nicola nel costruirsi una routine, anche attraverso attività semplici: le sue uscite in centro, le relazioni con i negozianti, i bar, la pizzeria di fiducia. Piccole cose, forse, ma fondamentali per chi, come lui, non ha mai avuto spazi propri riconoscibili e protetti. Ha anche iniziato a frequentare un gruppo di calcetto, costruendosi lentamente una rete di piccoli riferimenti sociali.

Uno degli aspetti centrali del nostro lavoro è proprio questo: sostenere Nicola nel confrontarsi con l'esterno senza lasciarlo solo, accompagnandolo anche fisicamente quando necessario.

Lo abbiamo accompagnato a visite mediche importanti, nella ricerca di una palestra, e — in un'occasione particolarmente significativa — anche nell'esplorazione di un'idea molto forte che aveva maturato: voleva tatuarsi il volto. Un desiderio che portava con sé una forte carica simbolica e comunicativa. Abbiamo scelto di non opporci frontalmente, ma di lavorare insieme sul senso di quella scelta, sui rischi, sugli effetti, cercando di stare con lui nella decisione. Non solo: siamo andati insieme a informarci dai tatuatori. È stato un intervento "fuori setting" che credo si connetta con l'idea di prossimità: esserci nei momenti chiave, non solo nei confini della comunità, ma anche nel mondo reale dove si costruisce — o si distrugge — l'identità.

Nicola vive attualmente in un appartamento della fase intermedia del nostro percorso — il Mosaico — che si trova nello stesso domicilio della comunità, ma in uno spazio autonomo che condivide con altri due compagni. Settimanalmente, Nicola decide di trascorrere un paio di notti nell'appartamento di Vicenza preso in affitto dalla madre. Questo passaggio verso l'autonomia è tuttora molto complesso: Nicola sente la comunità come un luogo sicuro, e ogni uscita all'esterno rappresenta una sollecitazione importante. Anche solo

andare al bar e relazionarsi con le persone del quartiere può attivare pensieri persecutori o vissuti di inadeguatezza. Il ritorno in comunità gli offre un sollievo immediato, un riparo.
Insieme a lui, nei colloqui individuali e nei gruppi, lavoriamo molto su ciò che gli accade fuori, sulle emozioni che prova, sulle difficoltà di integrazione e sulle sue paure. È un lavoro quotidiano che si fonda su un legame di fiducia, continuamente rinnovato. E' su quel legame che si gioca gran parte della sua possibilità di stare nel mondo.
Nicola presenta molte ossessioni. Ad esempio, non consuma i cibi una volta aperti perché li percepisce come contaminati; fa numerose docce durante la giornata, ma paradossalmente vive in un ambiente trascurato, dove fatica a mantenere ordine. Stiamo lavorando anche su questi aspetti, con l'obiettivo di accompagnarlo verso un grado di autonomia il più alto possibile — anche se, realisticamente, non possiamo pensare a un'autonomia "piena" nel senso comune del termine.

Nicola oggi continua il suo percorso con molte fatiche ma anche con una direzione. Il fatto che abbia sviluppato dei riferimenti nel territorio — piccoli, quotidiani, come il bar, la pizzeria, il gruppo di calcetto — è per noi un segnale importante. All'inizio, l'idea che Nicola potesse avere un minimo radicamento territoriale sembrava irrealistica, viste le sue caratteristiche personologiche, la diagnosi, la storia familiare, la provenienza. Ma proprio questa apparente impossibilità è diventata il focus del nostro lavoro.
Oggi Nicola ha ancora bisogno di supporto, ma ha compiuto passi importanti.
In conclusione, l'esperienza clinica che ho condiviso oggi non vuole essere solo una testimonianza, ma un esempio concreto di quella che per noi è la pratica della prossimità terapeutica. Prossimità intesa come capacità di stare accanto al paziente nei suoi tempi, nelle sue oscillazioni, nella sua complessità, nel motivare il cambiamento e nella creazione di nuovi punti di riferimento, nuove appartenenze.

È un processo che richiede presenza, continuità, ascolto autentico – ed è proprio in questa vicinanza operativa e relazionale che riconosciamo il cuore del nostro lavoro in comunità.

SESSIONE III

IL SETTING IN ASSENZA DI SETTING: L'ASSETTO INTERNO DELL'OPERATORE NEI CONTESTI TERRITORIALI

Michele Benaglia
Psicologo/psicoterapeuta, presidente di Amaltea, società cooperativa sociale onlus

La presa in carico domiciliare e di prossimità, nel caso di pazienti che soffrono di problematiche gravi, è uno strumento importantissimo che porta con sé molti vantaggi:

- innanzitutto permette di venire incontro alle difficoltà di persone che sono spesso gravate da problemi nel campo delle autonomie personali, degli spostamenti ma soprattutto caratterizzate dalla poca fiducia nella possibilità di poter dare vita ad una relazione terapeutica.
- dal punto di vista del paziente questo approccio infatti favorisce la possibilità di fare la conoscenza dell'operatore all'interno di un ambiente che solitamente risulta essere relativamente rassicurante e rende più sopportabile e meno traumatico il periodo necessario alla creazione di un'alleanza terapeutica tra paziente e operatore.
- dal punto di vista degli operatori, inoltre, permette di esplorare l'ambiente di vita quotidiano in modo da comprenderne meglio le risorse e i limiti e di conoscere in modo profondo anche le figure familiari, per poi sostenerle nei momenti di difficoltà e guadagnarne l'alleanza di lavoro.

L' esperienza quotidiana del nostro lavoro ci pone con forza la necessità di considerare quanto peso abbiano le famiglie nel determinare il percorso di cura di un paziente, quanta paura possa portare il cambiamento terapeutico e quante difficoltà possano nascere all' interno di un sistema familiare che ormai aveva trovato un equilibrio, di qualsiasi tipo esso fosse.

È piuttosto complicato definire con precisione un rapporto terapeutico domiciliare e di prossimità, come del resto isolare con nettezza i fattori terapeutici che portano dei miglioramenti (più avanti nel discorso ci proverò).
All' interno di un rapporto così concreto e quotidiano è difficile riuscire a definire obiettivamente e con distacco ciò che è avvenuto.
Forse è proprio questo ciò che ci deve interessare meno, cioè il "giusto distacco terapeutico": una delle cose che ha aiutato maggiormente le persone che ho seguito come educatore è stato proprio il mio non distacco, e quindi la Presenza di un essere umano che si è messo di fianco a loro rispettandone i tempi

e i modi di affrontare la propria storia personale.
Durante una lezione tenuta a Parigi Racamier affermò:

"Più le relazioni oggettuali del paziente sono fragili, più l'analista deve scoprirsi e dare forma alla sua presenza perché non importa agli occhi di chi soffre chi non è nessuno. L'analista non deve celare chi è, cos'è e cosa sente"
(Racamier, 1955)

La Presenza quindi, intesa come Mit - Dasein, ossia Stare – Con, che permette l'avverarsi di fenomeni come la sim - patia nell' accezione che ne dà Minkowski. In questi concetti non c'è spazio per una contrapposizione soggetto - oggetto, ma ci sono piuttosto equivalenza, compartecipazione, reciprocità.

Da un certo punto di vista, lavorando con persone che soffrono di disturbi psicologici severi riuscire a giungere a questa reciprocità di rapporto, ad una relazione che sia veramente una relazione a due, rappresenta già il massimo dei risultati che si possano raggiungere.
Cosa si può chiedere di più ad una persona che aveva deciso, o meglio, si era sentita obbligata, a "chiudersi" nei confronti del mondo e dell'Altro?
Allo stesso tempo, però, all' interno di una relazione terapeutica generalmente esso è "solo" il primo passo necessario, anche se enorme e durissimo da compiere, per poi tentare di raggiungere tutta un'altra serie di complessi obiettivi evolutivi.

Vi voglio parlare di un'esperienza personale, fatta durante i primi anni di lavoro, nel ruolo di educatore all'interno di un progetto di riabilitazione psichiatrica territoriale.

"Quando entrai per la prima volta in casa di Marco mi accorsi che in un certo senso i genitori c'erano davvero.
La casa era ancora arredata come quand'erano vivi e Marco non voleva assolutamente toccare ciò che era stato loro.
La loro stanza da letto era immacolata e tutta la casa era piena degli effetti personali del papà e della mamma: i cappelli e le giacche del padre, i vestiti e le medicine della madre. Queste cose erano dappertutto, saturavano l'ambiente, come se appartenessero a persone che abitavano lì.
I genitori erano onnipresenti ed infatti lui li vedeva!
La sensazione che ne derivava era estremamente angosciante"
Se aiutare Marco a ritornare a vivere a casa propria era l'obbiettivo manifesto

del mio intervento, bisogna dire che c'erano molti altri traguardi intermedi da raggiungere:

- Prima di tutto stabilire una relazione abbastanza profonda che ci potesse
- permettere di attraversare, insieme, momenti difficili.
- Poi lenire e circoscrivere nel suo immaginario la presenza così schiacciante dei genitori
- Poi lavorare sulle sue capacità di autonomia

Dal punto vista della mia esperienza personale avevo anche una grande paura di dire o fare la cosa sbagliata, preoccupato dal fatto che una mancanza di setting così marcata mi desse fin troppa libertà di esprimermi, e quindi di fare passi falsi.

L'intervento domiciliare, seguendo il pensiero e le parole di Borgna, è
"Un'esperienza con la quale non ci si può confrontare se non nella consapevolezza che sbagliare nei modi di entrare in una casa, esprimere giudizi sulle cose che vediamo, non cogliere adeguatamente il contenuto affettivo di un abitare, sono cose arrischiate: Alle quali non può non conseguire lo scacco di ogni discorso terapeutico e strategia terapeutica"

(Borgna, 2001)

Entrare in rapporti così diretti con i pazienti, senza alcuna mediazione rappresentata da strutture istituzionali, ci costringe "fortunatamente ma anche dolorosamente" a mettere in gioco tutto noi stessi e ad approfondire molti aspetti di noi che i pazienti fanno risuonare attraverso il proprio modo di essere.

A tal proposito fu molto chiaro anche Benedetti:
"Nel caso clinico noi viviamo la persona nella sua tragedia e diventiamo alleati del suo Io misurandoci con le istanze psichiche che la estraniano a se stessa … Anziché preoccuparci unicamente di adattare con misure terapeutiche il paziente alla realtà sociale e a quella intellettiva, siamo noi piuttosto ad adeguarci alle stranianti immagini interiori della sua patologia, reagendovi affettivamente e cognitivamente"

(Benedetti, 1992)

Vi porto ora un esempio pratico riguardo al modo di strutturare e organizzare gli interventi territoriali di prossimità. Ci saranno anche modalità differenti però quello di cui vi parlerò è il metodo che abbiamo sperimentato con la cooperativa per cui lavoro, Amaltea.

Il progetto a cui ho accennato prima all'interno del quale lavoravo si chiamava "Piano Urbano" e il mio ruolo ufficiale era quello di "specialista della relazione": un nome che fa ridere solo a pensarci, se qualcuno ti domanda che lavora fai… ma che effettivamente poneva l'accento proprio sulla cosa più importante da cui partire, la relazione con il paziente.
La maggior difficoltà durante i primi passi di un intervento territoriale consiste proprio nel saper assumere e tollerare il ruolo di soggetto che non giudica, non chiede e non impone, ma che con la propria presenza continua permette al paziente di abbassare molto gradualmente le difese che mette in atto,
fino a poter stabilire un'alleanza che nel tempo si configura in una relazione.

Il "Piano Urbano" è stato ed è un progetto caratterizzato da interventi di riabilitazione psicosociale domiciliari rivolti a persone con disturbi psichici gravi e alle loro famiglie.
Gli utenti erano persone con problematiche psichiatriche molto severe che durante gli anni si erano perse e allontanate dai CPS (CSM) e in generale dai vari luoghi di riferimento per la cura.
Persone che erano "sparite" e di cui le istituzioni non sapevano più niente.

La missione di noi educatori semplice: citofonare e cercare di convincere queste persone, dopo anni di isolamento, ad uscire di nuovo da casa propria, per riconnettersi con il tessuto relazionale, sociale, territoriale e cittadino.

Durante gli anni in cui ho lavorato nel Piano Urbano abbiamo seguito oltre 500 persone che, una volta dimesse dal progetto, passavano ad altre situazioni di maggior autonomia, legate al CPS, piuttosto che a comunità protette, o ancora ad altre situazioni abitative di rete territoriale.

L'intervento riabilitativo si caratterizzava per una presa in carico dei pazienti che normalmente non riuscivano, o non volevano, più accedere ai servizi, attraverso visite domiciliari.
In base alla mia esperienza e a ciò che ho imparato negli anni da persone molto più esperte di me si può dire che gli interventi territoriali e di prossimità devono avere almeno queste 4 caratteristiche fondamentali:

- una presa in carico estremamente personalizzata e pensata insieme al paziente (e alla sua famigia) che tenga presente tutti i fattori in gioco e tutte le possibilità riabilitative che si possono intraprendere a partire dalla contingenza di un determinato ambiente e stile di vita;
- continuità e flessibilità. Con ciò si intende la costanza dell'intervento e la

disponibilità, da parte dell'operatore, di venire incontro a richieste che soprattutto durante le prime fasi dell'intervento, possono andare oltre i consueti orari di lavoro;

- Supporto alla famiglia, quando la famiglia è ancora presente nella vita del paziente (nel senso che essa avrà la possibilità di incontrare il supervisore quando necessario e di avere un rapporto diretto e frequente anche con l'operatore);
- Utilizzo delle risorse presenti sul territorio.

Parlando dell' l'intervento di prossimità vero e proprio.

- Di solito c'è un periodo che si potrebbe definire "dell'accoglienza", più o meno lungo, a seconda della gravità della patologia e della difficoltà del paziente nel tollerare la presenza di nuove figure.
- Una volta creatasi un'accettabile alleanza con il paziente iniziava la vera e propria fase riabilitativa: spesso dapprima si caratterizza per un lavoro legato alla cura del sé e del proprio ambiente di vita e, successivamente, attraverso la cura degli aspetti psico-sociali.
- Da questo momento è maggiormente possibile, l'esplorazione del territorio, la facilitazione o riattivazione di interessi sociali, culturali e sportivi, la bonifica delle relazioni familiari e di vicinato, mantenendo sempre l'attenzione rivolta anche alla cura del sé e dell'ambiente domestico attraverso un affiancamento, più o meno supportivo, a seconda delle necessità affettive e le capacità di autonomia del paziente.
- A questo punto la città stessa diventa il principale laboratorio del cambiamento che punta a permettere al paziente di acquisire, o ri – acquisire, quel "diritto di cittadinanza" di cui spesso si parla ma che resta sempre di difficile realizzazione.

Gli incontri avvengono, oltreché che in casa, in luoghi ancora vicini al domicilio del paziente ma che per vari motivi gli risultavano preclusi o difficili da frequentare in autonomia: spesso si tratta di luoghi pubblici come bar, librerie, biblioteche o negozi utili per ricominciare a sperimentarsi di nuovo come soggetto attivo che usufruisce dei servizi della propria zona.
Capita altrettanto spesso che i primi passi riabilitativi si svolgano sostenendo il paziente ad affrontare incombenze pratiche e burocratiche che gli risultavano eccessivamente stressanti da affrontare da solo: per esempio andare a fare la spesa oppure recarsi in uffici pubblici, luoghi spesso molto affollati e troppo stimolanti.
Come si può capire da quanto detto una caratteristica fondamentale dei nostri

interventi di prossimità consiste nello sfruttare il più possibile le risorse offerte dal territorio.
Gli interventi riabilitativi si svolgono prevalentemente nei luoghi frequentati dalle "persone comuni" utilizzando la città stessa come setting terapeutico: gli operatori condividono con gli utenti la frequentazione di tutti gli abituali luoghi di vita cittadini, dai più ludici e ricreativi fino a quelli più complessi e stressanti. Bar sotto casa ma anche cinema, teatri, centri sportivi, ristoranti, centri commerciali, uffici postali e comunali, ecc.

L'utente utilizza direttamente sul territorio, soprattutto durante i primi mesi di intervento, l'operatore come mediatore e protezione dagli agenti stressanti.
In questo modo può riprendere gradualmente confidenza con le situazioni "eccessivamente difficili" da sopportare, ed una volta terminato l'intervento (nel caso esso abbia successo) sarà in grado di viverle in maniera meno traumatica e potrà muoversi con maggior autonomia all' interno del proprio ambiente di vita.

Inoltre la possibilità di relazionarsi con persone e luoghi frequentati dalla gente comune permette di poter osservare in presa diretta le situazioni relazionali e sociali vissute come difficili, e di utilizzare ciò che osserva secondo prospettive riabilitative.

E' importante, quando si può, riuscire ad accedere anche ad attività di gruppo: non solo gruppi terapeutici o riabilitativi ma anche attività piacevoli, presenti sul territorio e scelte insieme al paziente in base ai propri interessi.
Le attività di gruppo danno all'operatore la possibilità di notare aspetti della personalità dell'utente che nella relazione duale rimarrebbero nascosti ed a quest'ultimo l'occasione di uscire dall'isolamento in cui era caduto, condividere con altri le proprie problematiche, oltreché godere di momenti costruttivi ma anche piacevoli.
Queste attività, inoltre, permettono alla coppia operatore – paziente di uscire da possibili situazioni di stallo o di solipsismo terapeutico che rischiano di verificarsi dopo mesi e mesi di relazione principalmente duale.

Anche in relazione alle varie attività gruppali, spesso svolte all'inizio con l'accompagnamento degli operatori di riferimento, si cerca di sfruttare il più possibile le risorse già esistenti sul territorio in modo da lasciare in eredità agli utenti, una volta terminato il progetto, l'abitudine a frequentare ed a poter usufruire dei servizi presenti nella propria zona.
Per tornare al progetto di cui parlavo prima, il Piano Urbano, la nostra coo-

perativa lo ha presentato in Regione e poi diretto dal 2003 al 2017, quando poi è subentrata una nuova cooperativa.

Dal punto di vista di ciò che è necessario fare in Italia per le persone psicologicamente più fragili, il problema è che un progetto come il Piano Urbano è stato una mosca bianca nel panorama dell'assistenza territoriale e di prossimità.
La possibilità di accedere ad un percorso riabilitativo, avere un proprio educatore di riferimento per un minimo di 4 ore a settimana individuali, oltre alle attività di gruppo, erano tutte cose finanziate dalla Regione e quindi gratuite per il paziente e la propria famiglia.

La realtà è che le innovazioni territoriali che avrebbe dovuto portare con sè la legge Basaglia (1978) non sono mai state avviate nella loro interezza, se non in province e territori come Trieste e in parte in regioni come l'Emilia Romagna e la Toscana.

Per fortuna sono cresciute e aumentate le piccole comunità residenziali, all'inizio i Cps avevano un discreto organico (le cui risorse però da tempo vengono tagliate di anno in anno) ma il Piano Urbano (ed eravamo ormai già nel 2003 rispetto al 1978 della legge Basaglia) è stato il primo progetto di psichiatria di prossimità sistematizzato e messo a regime dalla Regione Lombardia.

Un ritardo di circa 25 anni rispetto al post Legge Basaglia e soprattutto un caso isolato, a Milano, non certo una politica psichiatrica di prossimità diffusa in tutta Italia, come sarebbe dovuto essere.
Come sempre il peso di queste non azioni politiche ricade sui pazienti ma anche sulle loro famiglie che si ritrovano ad affrontare nella quotidianità la difficoltà di vivere e gestire più o meno da soli situazioni molto difficili.

A questo punto farei alcune osservazioni sparse riguardo difficoltà e vantaggi degli interventi terapeutici di prossimità.
Per esempio mi viene in mente il tema degli obiettivi: ci vuole moltissima attenzione e specificità riguardo l'adeguatezza degli obiettivi che ci poniamo nel momento in cui ci troviamo di fronte a pazienti complessi, soprattutto attraverso una modalità di intervento domiciliare, che entra direttamente nel loro territorio e nella loro quotidianità.

Uno dei rischi, come direbbe Correale, è dovuto al non porre abbastanza at-

tenzione alla quota tollerabile di rottura delle abitudini che si sono cristallizzate in molti pazienti: qualche volta ci si pone obiettivi che sono nella testa dei curanti ma che non fanno i conti con la reale situazione del paziente, che potrebbe non essere ancora emotivamente pronto.

A questo proposito si era espresso già Pao:
"La nostra terapia integrata è anche una lotta per mantenere un impegno, un esercizio per accogliere, guidare e sostenere la vita di un altro. E' anche un esercizio di attesa, cioè uno stare insieme al paziente mentre si aspettano i segnali di essere pronto per un livello successivo"

(Pao, 1979)

Può anche darsi che i nostri siano anche obiettivi corretti, ma bisogna sempre stare attenti alle tempistiche per raggiungerli: le tempistiche devono essere quelle dei pazienti, non quelle che vorremmo o a cui siamo abituati noi.

Da un punto di vista personale mi sono sempre chiesto come fare ad entrare nella vita dei nostri utenti senza far loro "violenza" e allo stesso tempo senza sentirmi un intruso.
Ho dovuto fare i conti con le mie aspettative e con le mie illusioni che, ingenuamente, all'inizio mi portavano a credere di poter fare qualcosa di utile subito, e attraverso percorsi relativamente veloci.
Ho notato che nei primi tempi mi ponevo obiettivi che non riuscivo a raggiungere, e avevo speranze che non riuscivo a realizzare.
E' stato molto frustrante, oltre che doloroso, e le mie sicurezze cominciavano a vacillare.
Più tardi avrei capito che queste speranze non erano illusioni e che effettivamente si verificavano molti cambiamenti significativi nelle vite delle persone che seguivo; la difficoltà stava nell' imparare a guardarli con i loro occhi.

Se ci si pone l'obbligo di raggiungere mete che nel paesaggio interiore dei pazienti, in un dato momento della loro vita, non esistono nemmeno, non si può pretendere che le raggiungano.
Possiamo fare in modo che scoprano posti nuovi, andarci insieme a loro, ma facendoci insegnare da loro stessi il percorso per arrivarci.
Ci sono curve, salite e discese che dobbiamo imparare a vedere anche quando la strada a noi sembrerebbe semplicemente diritta.

E' fondamentale avere nella nostra testa una direzione riabilitativa, ma poi è

altrettanto importante essere pronti a giungere a questa meta facendoci, in un certo senso, un po' da parte. Accompagnando i pazienti attraverso questo loro paesaggio, seguendo il personalissimo e diverso ritmo nell'incedere che ha ognuno di essi, rivisitando luoghi che ormai avvertono essere troppo delicati e pericolosi e dove magari senza un sostegno avevano deciso di non passare più. Ma questi luoghi possono conoscerli solo loro stessi e noi non li vedremmo nemmeno se non ce li indicassero.

Dobbiamo anche tenere sempre presente quanto sia significativo e fecondo ai fini della riabilitazione ma anche di quanto rappresenti un momento delicatissimo il primo, enorme salto, che permette a chi soffre di un disagio psichico di non sentirsi più così isolato: la decisione di affrontare il rischio di intraprendere un percorso insieme a un operatore, permettendogli di conoscere il proprio mondo e la propria storia.
In questa decisione, in questo primo movimento di avvicinamento, c'è il nucleo di tutto.

Ciò che rende così importante questo momento non è tanto la decisione in se stessa, ma più precisamente la sensazione e l'emozione che stanno dietro a questo primo avvicinamento.
La parola "emozione" deriva dal latino "e - movere", che significa proprio "muovere al di fuori di se stessi".
C'è la volontà, da parte di una persona che si era sentita costretta a "chiudere" con il mondo esterno, di riaprire un contatto, di rompere una parte delle proprie barriere e di concedere una volta ancora la propria fiducia a qualcuno.
Poi potranno intervenire a complicare tutto un numero imprevedibile di eventi esterni, o interni alla relazione tra paziente e operatore, ma questo primo movimento così sinceramente e intimamente "vitale" è davvero preziosissimo e potente.

La riabilitazione psichiatrica deve passare attraverso qualcuno che getti un ponte tra le case dove i pazienti vivono e i servizi territoriali; per poi comprendere la possibilità di accedere ad attività di gruppo che si svolgano in spazi cittadini, in mezzo e a stretto contatto con le persone "normali"; deve, per essere efficace, avvicinare la vita quotidiana di queste persone e dare inizio ad un percorso di cura all'interno del loro stesso ambiente di vita.

Riabilitazione territoriale: basi teoriche e prassi

Mi sono venute in mente altre riflessioni leggendo un testo scritto da Siani, Siciliani e Burti che rappresenta proprio un tentativo di sistematizzare e teorizzare l'approccio e le pratiche terapeutico - riabilitative che hanno utilizzato sul campo, all'interno del Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona sud.

I tre concetti principali alla base del loro pensiero sono quelli di
- "complessità"
- "strategia"
- "strategia integrata multi contestuale"

Complessità
Gli autori partono dal presupposto che per poter fornire un servizio davvero utile un paziente non si possa considerare come un soggetto isolato, al quale fornire una prestazione terapeutica; al contrario il soggetto viene inteso come immerso in una realtà complessa nella quale giocano un ruolo fondamentale la famiglia e l'ambiente in generale.
Allo stesso modo anche il professionista del Servizio Territoriale che verrà in contatto con l'utente non verrà considerato solo nella sua soggettività ma all' interno di un sistema più ampio formato in primo luogo dall' equipe e poi dall' Istituzione in cui lavora (sia essa un CPS, una comunità terapeutica o una cooperativa che svolge solo il servizio territoriale).

L' incontro avviene fra due gruppi: il paziente e la propria famiglia (o la propria storia famigliare) da una parte, il curante, l'equipe e l'istituzione dall'altra: non esiste nessuna tecnica psicoterapeutica o riabilitativa che sia stata elaborata tenendo conto del livello di complessità e potenziale conflittualità di questa situazione.

Tenuto conto di tale livello di complessità, si può comprendere meglio l'importanza di un altro concetto chiave considerato dagli autori.

La "strategia"
Gli autori infatti trattano di strategie (non di tecniche) di psicoterapia e riabilitazione che hanno l'obiettivo di
1 aiutare in senso psicoterapeutico riabilitativo il paziente
2 ma anche contrastare ciò che potrebbe opporsi a tale obbiettivo

Il pensiero o la prassi strategica (al contrario del semplice pensiero progettuale o della tecnica specifica) è consapevole di poter essere avversato e di avere

di fronte una situazione potenzialmente conflittuale.
Infatti l'esperienza quotidiana del nostro lavoro ci pone con forza il fatto che non basta considerare solo le difficoltà psicologiche, psichiatriche o sociali del paziente che seguiamo: bisogna considerare anche tutto ciò che c'è intorno a lui.
Per esempio

- Quanto peso possano avere le famiglie nel determinare il percorso di cura di un paziente, quanta paura possa portare il cambiamento terapeutico e quante difficoltà possano nascere all'interno di un sistema familiare che ormai aveva trovato un equilibrio di qualsiasi tipo.
- Oppure quanti problemi possano nascere tra l'incontro di un gruppo umano con un'istituzione
- E anche quante problematiche possano nascere all'interno di un'equipe.

Bisogna considerare quanto lavoro vada fatto anche sul contesto familiare nel momento in cui si prende in carico un paziente; anche quando le famiglie collaborano, la collaborazione spesso risulta ambivalente.
D'altronde ciò è decisamente comprensibile perché si vanno a toccare equilibri familiari che, anche se patologici, sono durati a lungo e hanno garantito una sorta di equilibrio.

Se un paziente vive in famiglia quasi la metà delle nostre energie viene spesa proprio nel rapporto con quest'ultima perché è fondamentale che i parenti si possano fidare di noi e della bontà del progetto.
L'appoggio dell'ambiente è una tappa imprescindibile e coinvolgere anche i familiari nelle scelte è una scelta dispendiosa dal punto di vista delle energie dell'operatore ma assolutamente necessaria.

I problemi che possono nascere all'interno di un percorso di cura, potenzialmente, sono moltissimi ed un pensiero strategico cerca di prevenire proprio questa grande varietà di problemi e di considerare tutte le diverse strade percorribili per fare in modo che l'intervento non venga da essi neutralizzato o avversato.
Come molto ben espresso da Siani, Burti e Siciliani e come si comprende, in generale, dalle testimonianze di chi ha lavorato con persone che soffrono di problematiche gravi, si può dire che in questi casi si renda necessario un tipo di intervento terapeutico particolare, nel quale le regole che caratterizzano tradizionalmente il setting psicoterapeutico vengono superate e riformulate.

Date le peculiarità di questo genere di pazienti è necessario che i curanti optino per una relazione terapeutica che permetta allo stesso tempo di rispettare le parti più deficitarie della persona, quelle più compromesse, ma anche di essere pronti a cogliere le risorse e le qualità inattese che si nascondono dietro la facciata delle diverse patologie.

L' idea di base è che vi sia necessità di un

- Campo di cura allargato.

Gli interventi più efficaci sono proprio quelli che si realizzano attraverso un piccolo gruppo di lavoro integrato.
Un educatore non deve mai essere lasciato solo: è necessario che possa contare costantemente su un supervisore di riferimento e che si possa confrontare con gli altri curanti che sono in campo.

Questo modello prevede l'intervento di più figure professionali che operano sinergicamente per riuscire a dare una risposta differenziata ai bisogni del paziente: psicoterapeutici (in senso allargato), farmacologici e assistenziali. L'aspetto qualificante questo approccio è collegato all'idea fondamentale che il paziente abbia bisogno di risposte su piani differenti, tutti ugualmente significativi, e che la mancanza di risposte in uno di questi piani renderebbe impossibile il lavoro sugli altri piani presenti. (Correale, 1991)

"Nel fare questo, nell' incontrarsi con i pazienti nelle loro case e nelle loro famiglie, non si fa insomma una psichiatria dell'improvvisazione e della non – scientificità; ma una psichiatria integrata che si proponga di comprendere e di curare le realtà psichiche lacerate e ferite"

(Borgna, 2001)

Anche nell'elaborazione quasi trentennale di Zapparoli, attualmente molto diffusa nelle istituzioni italiane, la proposta di questo strumento non si intende come mera sommatoria di interventi giustapposti, ma come processo dinamico di integrazione emotivo - cognitiva di funzioni intrapsichiche e relazionali.

"L'atteggiamento di partenza si fa carico dell'esigenza del paziente di ricevere a più livelli stimoli in direzione integrativa, per contrastare la tendenza disgregante con cui si manifesta la resistenza al cambiamento delle patologia più severe"

(Zapparoli, 1988).

Questo tipo di organizzazione oltre tutto porta diversi vantaggi:

- come già detto fornisce una pluralità di risposte alle diverse necessità del paziente;
- diluisce l'intensità del transfert su più persone;
- ci permette di superare la concezione del terapeuta onnisciente, perché di fatto nessuno, da solo, ha la possibilità di far fronte alla complessità delle esigenze del paziente.

L'approccio integrato è efficace se viene operato e sostenuto un continuo scambio interattivo tra i componenti in grado di trasformare i singoli punti di vista sul paziente in una rappresentazione complessiva, lavorando simultaneamente su vari livelli di integrazione.

Può avvenire infatti che egli proietti in ogni operatore un pezzetto del suo mondo interno o usi il gruppo integrato per attivare frammenti di sé, per cui può depositare in uno dei curanti un aspetto corporeo, in un altro uno cognitivo, in un altro ancora uno libidico – istintuale.
Diventa così possibile leggere l'attivazione del gruppo come una sorta di rudimentale topografia, una mappa primitiva, proiettata, del mondo interno del paziente, di regioni più o meno riconoscibili e delimitate della sua area mentale.

Naturalmente tale geografia si impregna degli aspetti controtransferali dei singoli curanti che possono in varia misura offrirsi quali ricettacoli e amplificatori di tendenze, forze e aspetti della personalità del paziente (Correale 1991, 132).
Il gruppo allargato dei curanti ha quindi la possibilità di rimobilitare le parti scisse del paziente e di ripensarle creativamente attraverso le riunioni di équipe.

Lavorando in questa direzione, ciascun frammento potrà essere arricchito dal passaggio da una mente all'altra e dall'incontro di diversi punti di vista.
Questi sono aspetti dai quali non si può prescindere quando si dà vita ad un intervento riabilitativo di prossimità.

SUPERVISIONE

Prima si è detto che all'interno di un intervento domiciliare l'operatore non deve essere mai lasciato solo, non deve sentirsi solo nell'affrontare le situazioni e le emozioni che si trova a vivere con il paziente.
Personalmente, quando iniziai a lavorare, l'idea di entrare nel mondo di queste

persone in un modo così diretto, senza la protezione rappresentata da una struttura istituzionale, faceva nascere in me un numero quasi illimitato di interrogativi: circa il mio ruolo, la forza che avrei dovuto avere per affrontare situazioni così poco strutturate dal punto di vista del setting.
Anche i forti vissuti emotivi che vivono gli operatori, così esposti in prima persona, fanno sì che diventi assolutamente necessaria una supervisione costante svolta da un terapeuta con esperienza nel campo e che possa esercitare la funzione di "occhio esterno".
Il Supervisore svolge un ruolo di tutela nei confronti dell'operatore offrendogli un regolare spazio di elaborazione delle emozioni e dei vissuti che la relazione operatore/paziente suscita. In questo modo il Supervisore ricopre la funzione di garante dell'intervento, in grado di comprendere se il progetto riabilitativo e la relazione tra paziente e operatore non risentano di elementi transferali e controtransferali che potrebbero incidere negativamente.
Il supervisore riveste anche un ruolo di coordinamento e di formatore nei confronti degli operatori; la sua attività deve comprendere inoltre la gestione dei rapporti con il CPS, i servizi sociali, e la famiglia del paziente soprattutto laddove l'operatore abbia necessità di una figura terza che gestisca dinamiche particolarmente delicate con i familiari, in modo da salvaguardare se stesso come principale figura alleata.

Noi operiamo secondo una modalità nella quale ogni educatore ha un proprio supervisore di riferimento con il quale si incontra regolarmente e che, tendenzialmente, è sempre disponibile anche a scambiarsi impressioni ed eventuali elaborazioni di cose che possono succedere, dopo ogni incontro che effettua l'operatore.
Quando i pazienti vivono in famiglia, o abbiano famigliari che si interessano molto a lui, il supervisore assume la posizione di loro punto di riferimento.
Questo assetto permette:

- all'operatore di sentirsi "un po' più libero" e di potersi concentrare di più sulle necessità della persona in carico;
- al paziente di sentire che l'operatore sia prima di tutto un suo alleato quando, al contrario, potrebbe sviluppare un timore più o meno conscio, che ciò che avviene nella dinamica con l'educatore sia poi raccontato ai famigliari;
- ai famigliari di sentirsi a loro volta presi in carico e non abbandonati nella gestione delle proprie emozioni o problematiche.

Tutto ciò viene chiarito al paziente e ai famigliari durante i primi incontri di conoscenza.

Data la complessità degli elementi che entrano in gioco è inoltre molto importante che vi siano più figure e più teste per cercare di ricomporre le varie parti di sé che i pazienti ci mostrano, per cui non si può prescindere da supervisioni d'equipe o di gruppo, che sono uno strumento preziosissimo che allargano, anche rispetto alla coppia supervisore-educatore, la percezione di quanto accade nel rapporto terapeutico.

Mi è capitato, in passato, di lavorare per alcune cooperative che non davano lo stesso peso a questo aspetto e mi sono reso conto, in prima persona, di quanto sia dura e destabilizzante la sensazione di sentirsi solo quando si lavora con persone gravate da diagnosi severe e di quanto l'operatore abbia bisogno di sentire che intorno a sé c'è un gruppo di lavoro che segue una direzione precisa e lo aiuta a conferire senso a tutto ciò che succede.

FUNZIONI E FATTORI TERAPEUTICI

Anche all'interno del pensiero psicoanalitico vi è stato un lungo dibattito circa le proprie potenzialità di comprensione e di cura, mosso dalla consapevolezza che i casi gravi non sono completamente ed efficacemente affrontabili nella cornice del setting tradizionale: ci si è resi conto della necessità di ampliare i fattori trasformativi riconosciuti tradizionalmente e di riconoscerne di nuovi.

In generale, anche in psicoterapia, è sicuramente avvenuto uno spostamento d'accento:

- dalla passività ad una maggiore attività da parte dell'analista
- dal lavoro oggettivante sul materiale (comunicazioni verbali, associazioni libere, sogni) allo studio dell'interazione e della dinamica trasfert – controtransfert
- si è andati incontro ad un ampliamento del campo di cura attraverso una maggior articolazione delle funzioni del terapeuta
- diversa disposizione del setting interno dell'analista stesso, caratterizzato da un maggior duttilità e modulazione.

"Per usare i termini di Balint la necessità di passare da una psicologia unipersonale ad una psicologia bipersonale"

(Cremerius, 1985)

Se tutto ciò ormai risulta necessario anche nelle psicoterapie che si rivolgono a fenomeni principalmente nevrotici, lo è a maggior ragione nel trattamento di patologie più gravi.

Noi qui stiamo parlando di interventi di prossimità, di qualcosa di completamente diverso dalle sedute di tipo psicodinamico, e quindi a maggior ragione troviamo nuovi fattori curativi da considerare.

Si è in particolare constatato come

- atteggiamenti neutrali e tecniche quali l'interpretazione e l'insight non producano importanti cambiamenti strutturali;
- al contrario appaiono di maggior rilevanza terapeutica funzioni quali l'-holding, il contenimento, l'empatia.

Potremmo sottolineare alcuni fattori imprescindibili all'interno degli interventi di prossimità:

- l'importanza della relazione e del mettersi in gioco anche da parte del curante
- un contesto di cura allargato che entri nella quotidianità
- un contesto di cura allargato che integri diverse figure
- l'ascolto come esperienza emozionale correttiva
- il contenimento e la residenza emotiva
- l'azione come esperienza emozionale correttiva

Data la natura così soggettiva dell'argomento conviviamo da sempre con una grossa difficoltà nel teorizzare in modo sistematico quali siano i diversi fattori curativi.

Si può però affermare tranquillamente che, come in ogni relazione terapeutica, anche e soprattutto nella cura di prossimità il primo elemento e fattore curativo sia la costruzione di una relazione in cui sia possibile per il paziente raggiungere la fiducia necessaria allo sviluppo di un'alleanza terapeutica.

Dopo di che ciò che serve è un contesto di cura allargato che entri all'interno della quotidianità: direi che è d'obbligo strutturare interventi territoriali quando ci sono bisogni e problematiche severe sia del paziente che dell'ambiente da cui proviene o dove vive, quando c'è la presenza contemporanea di aree di deficit e di aree conflittuali, quando le difficoltà sociali portano ad un significativo impoverimento relazionale.
Tutti questi fattori richiedono risposte differenziate ma al contempo integrate in un unico progetto di intervento.
Un percorso tracciato grazie alla presenza e all'operare congiunto di competenze, professionalità e persone diverse.

Di conseguenza, accanto ai luoghi di cura dove vengono esercitate funzioni terapeutiche specialistiche all'interno di setting ben definiti, alcuni operatori si troveranno ad agire anche all'interno di veri e propri luoghi di vita.

Borgna, a proposito dell'allargamento dei luoghi di cura e in maniera forse anche un po' provocatoria, giunse a definire la psichiatria in senso sociale:

"La psichiatria o è psichiatria sociale o non è psichiatria: parola tematica, questa, di ogni psichiatria fenomenologica che non intenda arroccarsi nei labirinti inutilmente sofisticati della pura teoresi ma che si confronti con la realtà personale e interpersonale, individuale e sociale … Fare psichiatria sociale non significa solo riflettere sulle motivazioni sociali che trascinano con sé un' esperienza patologica, ma significa anche (almeno in alcuni casi) lasciare i luoghi istituzionali della psichiatria (Servizi ospedalieri e ambulatoriali) ed entrare nelle case, chiedere di entrare nelle case dei pazienti: sia per coglierne le forme abituali di vita sia per intravederne le modalità familiari di esistenza"

(Borgna, 2001)

Seguendo questa prospettiva ci si rende conto dell'importanza che assumono il contesto della cura e gli spazi – tempo condivisi, anche e soprattutto quelli a margine delle attività più strettamente terapeutiche.

Si tende quindi a coniugare l'insight, la conoscenza, la curiosità e l'interpretazione con un atteggiamento che privilegia lo spessore della relazione, il contatto emotivo, l'empatia, la possibilità di fare esperienza e di provare nuove emozioni, la risposta modulata ai bisogni del paziente.

In stretta connessione a questo tema è cresciuta parallelamente, come scritto in precedenza, l'importanza assegnata alla quotidianità.
La quotidianità trascorsa insieme al paziente offre agli operatori varie possibilità:

- Fare esperienza diretta di intere sequenze di vita vissuta condivisa
- Usufruire di spazi per la rielaborazione emotiva e fantasmatica di quella stessa esperienza
- Intervenire direttamente sul contesto di vita abituale del paziente

L'ascolto

Riguardo all'ascolto, quando ho iniziato la mia esperienza una delle prime consegne che mi furono impartite, fu, con tono quasi marziale:

"Meglio una parola in meno che una in più e nel frattempo, se ti riesce, ascolta."

Dare spazio, significa anche, dare uno spazio all'ascolto, come dimensione costitutiva dell'altro.

A tal proposito mi viene in mente la storia di un'altra persona conosciuta in questi anni:
un paziente, che usufruisce delle visite domiciliari nella prospettiva di poter frequentare un giorno il centro diurno, vive, ormai da anni, rinchiuso in casa in compagnia della madre, una donna anziana con problemi di memoria.
La sua situazione mi ha sempre colpito per il fatto di non avere uno spazio proprio.
Nè uno spazio fisico: la sua camera personale non ha porte, ma solo dei tendoni che lasciano ampie porzioni di visuale.
Nè uno spazio d'ascolto: la madre spesso si intromette nelle conversazioni del paziente con l'operatore, catalizzando la sua attenzione e riempiendo l'aria di discorsi sul marito defunto, sulla morte, sulle malattie, sui "vecchi tempi" andati.
E' capitato che ponesse fine alle sue intrusioni con questa frase: "Meglio un imbecille vivo (il figlio), che un dottore morto (il marito defunto)".
Il paziente ride, congelato in una maschera.

Come può Sandro tentare di essere qualcosa di diverso da una maschera se, nell'economia della simbiosi con la madre e secondo la logica del doppio legame, cambiare significa morire o far morire la madre, e vivere significa rimanere l'"imbecille"? Può un "imbecille" aspirare ad essere ascoltato?

Dare uno spazio d'ascolto è già permettere una "esperienza emozionale correttiva": alcuni eventi che il paziente si aspetta che accadano non si realizzano, ed egli impara (nel tempo, aggiungo io) che le sue fantasie non sono necessariamente vere: di conseguenza si modificano le sue idee e fantasie, così come le sue reazioni emotive.

In particolare vengono modificate le aspettative del paziente di essere rifiutato, conseguenti essenzialmente al non sentirsi capito e accettato secondo le sue necessità individuali, che possono essere diverse dai modelli stereotipati ai quali tutti devono adattarsi.
Si creano così i presupposti per nuove e diverse interpretazioni della realtà e

per nuovi modelli di comportamento, rompendo il circolo vizioso della "coazione a ripetere".
Questa dimensione di ascolto può favorire l'emergere di zone buie, di aspetti sconosciuti, ma soprattutto fornire al paziente un ambiente emotivo facilitante, che forse non ha mai potuto sperimentare.

Ancora, è attraverso l'ascolto, inteso come dare spazio, che è possibile entrare in contatto con l'intimità psichica del paziente che si trova in uno stato di bisogno e di dipendenza, messo a nudo nei confronti di chi si avvicina a loro.
L'operatore entra in contatto con quel nucleo privato del sé, con quella parte segreta che ogni individuo deve tenere protetta rispetto al contatto con gli altri per conservarne le caratteristiche peculiari.

Ritroviamo il tema del segreto (Zapparoli 1986) che ci ricorda che se da un lato dobbiamo dare spazio, spazio d'ascolto, dall'altro dobbiamo presidiare e proteggere questo spazio dosandone l'ampiezza e la permeabilità.

Il contenimento

Quindi se è vero che sia importante "dare spazio" affinchè il paziente possa esprimersi e darci delle indicazioni su come lavorare con lui, dobbiamo anche preoccuparci che egli in questo spazio si senta costantemente tenuto.
In un certo senso si tratta di creare anche un guscio: dare vita ad una protezione che permetta, soprattutto nelle fasi iniziali, di far nascere una relazione ed una evoluzione che hanno bisogno di essere protette.
Il paziente in questo caso ha bisogno di qualcosa che può esistere solo se sufficientemente separato da un esterno (vissuto ancora come troppo minaccioso) e che deve poter condividere con qualcuno meno in difficoltà ma in grado di capirlo.
Ciò non significa accettare supinamente che il paziente faccia prevalere i caratteri del suo mondo su quelli della realtà esterna; significa, invece, riconoscere che il terreno su cui avviene la contrattazione della relazione non è il confronto con la realtà esterna, ma con la realtà dei vissuti soggettivi.
Tali vissuti soggettivi sono il risultato di strategie che lo hanno difeso e vanno quindi considerate fallimentari in un certo senso, ma anche come parziali successi.
E' quindi necessario che l'operatore e l'equipe curante svolgano la funzione di residenza emotiva (Zapparoli, 1987): il luogo psicologico di una relazione che diviene per il paziente uno spazio, un contenitore nel quale poter esprimere i propri bisogni e potervi trovare una risposta.

In termini psicologici si può dire che la funzione del contenimento sia principalmente quella di fornire sostegno, in particolare durante la fase di dipendenza assoluta, prima che si costituisca una maggior integrazione dell'Io.

Il contenimento, inteso come funzione mentale di accoglimento e trasformazione delle sensazioni, non è quindi qualcosa di passivo che il paziente subisce, ma il frutto di una vitale interazione che ha lo scopo finale di favorire l'assunzione della funzione di contenimento stessa.
Si tratta di una funzione trasformativa che permette di ospitare in sé nuove esperienze senza perdere la propria sicurezza e identità; il suo valore consiste nella capacità di allargare gli elementi della personalità, senza impoverirla a causa del bisogno di sbarazzarsi di elementi intollerabili, ma insieme alla capacità di stabilizzare le varie esperienze per poi farle diventare parte del Sé.
Riguardo all'ascolto e al contenimento si espresse anche T. H. Ogden, riprendendo concetti che Binswanger aveva espresso più di mezzo secolo prima, concetti probabilmente motivati dall'esperienza clinica personale :

"Il terapeuta sostanzialmente non deve interpretare ma vivere con il paziente, essere con lui e vibrare delle sue emozioni, stare con i sentimenti che egli evoca"
(Ogden, 1979)

L'operatore quindi si pone come figura concreta che fornisce un ancoraggio alla realtà e come Io ausiliario del paziente per colmare, nella misura in cui è necessario, il deficit di funzionamento rispetto la realtà.

L'azione

L'educatore inoltre interviene, frapponendosi tra il paziente e la realtà, collegando, filtrando e proteggendo, percependo, sentendo e pensando:
- con il paziente fino a dove egli riesce a farlo
- per poi svolgere queste attività per il paziente laddove egli non si dimostra più in grado di farlo.

Durante la mia esperienza con Marco ho svolto questa funzione vicariante in modo molto forte, soprattutto durante i primi mesi del nostro rapporto, quando egli non riusciva a tollerare la possibilità di riappropriarsi della propria casa perché solo mettendoci piede veniva colto da allucinazioni nelle quali vedeva i genitori.
Con il tempo questi fenomeni si sono sempre più attenuati, fino a scomparire

e a lasciare Marco libero di poter abitare la propria casa.
Attraverso la relazione che Marco ha saputo creare con me, e tutto ciò che abbiamo fatto insieme, egli è divenuto gradualmente più capace di tollerare e poi rielaborare i propri vissuti.
Ho scritto volutamente "tutto ciò che abbiamo fatto insieme" perché nella prima fase dell'intervento i contenuti più importanti e difficili non sono stati "maneggiati" verbalmente, ma attraverso azioni dense di significato.
Possiamo chiamare in molti modi questo tipo di azioni: io facevo riferimento soprattutto alla teoria degli "atti parlanti" di Racamier.

Differentemente da una psicoterapia tradizionale, l'interpretazione verbalmente espressa è solo uno dei tanti mezzi di chi opera in un contesto territoriale: è anche e soprattutto con gli atti oltre che con le parole, che è possibile veicolare al paziente messaggi importanti, così come lui tende a fare con noi.
In queste relazioni educatore-utente, in cui c'è un rapporto terapeutico che però si gioca al di fuori di uno studio di psicoterapia, capitano momenti davvero decisivi: azioni molto dense di significato e gesti svolti insieme (di cui solo più tardi magari si parla a lungo, per fissarli nella memoria e dar loro un senso accessibile).
Racamier ha sintetizzato questo concetto con l'espressione "atti parlanti", sottolineando l'importanza dei messaggi che passano tra curante e paziente attraverso gesti e fatti capaci di sintonizzarsi sulla lunghezza d'onda del paziente, per chiarire il significato di avvenimenti e consentire il recupero di modalità espressive diverse da quelle comportamentali e sintomatiche a lui abituali.
Gli atti parlanti sono gesti che vengono agiti nella realtà del rapporto terapeuta - paziente; veicolano messaggi secondo una modalità che il paziente, anche durante un momento in cui sia in piena angoscia o panico, può comprendere emotivamente, mentre non sarebbe in grado di utilizzarli a livello verbale, razionale o logico.
In un certo senso equivale ad un intervento interpretativo che non viene detto ma agito e che viene vissuto e letto dal paziente attraverso il codice simbolico che in quel preciso momento della sua vita egli è in grado di utilizzare.
E' come se fosse un ponte teso tra il concreto e il simbolico in modo che il paziente possa accedervi e camminarci sopra.
Sono veri e propri "atti parlanti" quelli che spesso ci fanno fare un passo in avanti nella cura dei pazienti più problematici: la cosa più importante di queste azioni è che siano agite in modo da sintonizzarsi sulla lunghezza d'onda di chi abbiamo di fronte.

Solo in questo modo esse possono servirgli per chiarire certi avvenimenti o per accedere a significati verbalmente inaccessibili.

De Martis, all'interno del proprio libro "Fare e pensare", spiega quali siano secondo la propria esperienza i due poli imprescindibili di ogni operatività psichiatrica: un "fare" capace di allargare l'ambito del comprendere e un "agire" che sia consapevolmente caricato di significato comunicativo.
Gli atti parlanti spesso sono "esperienze emozionali correttive", un concetto introdotto da Franz Alexander, ungherese e continuatore della tradizione di Ferenczi.

In generale, quindi, l'azione diviene importantissima con quei pazienti che non potendo contare su un solido confine di sé, su un marcato sentimento della propria identità o su un adeguato patrimonio di simboli, non riescono ad utilizzare in modo proficuo e costante gli scambi verbali per relazionarsi con l'ambiente e con gli Altri.
L'azione diviene quindi un tramite necessario nello svolgimento di comuni eventi quotidiani diventando, a volte, l'unico scambio possibile tra gli operatori e i pazienti maggiormente in difficoltà.
Una grande parte del lavoro degli operatori consiste infatti nel fare cose che hanno molto in comune con i gesti della vita quotidiana; spesso questo fare viene svalutato, anche dagli operatori stessi, sia perché appartiene al terreno concreto, rispetto a quello della comunicazione verbale degli psicoterapeuti, sia perché riguarda cose che sanno fare tutti.
Tuttavia proprio questo fare è profondamente diverso da quello quotidiano perché si offre come raccordo tra due quotidianità differenti, tra due modi di fare esperienza fra loro distanti, all'interno di una relazione asimmetrica.
Le varie attività svolte con i pazienti non sono finalizzate solo alla riacquisizione di funzioni perdute ma soprattutto alla creazione di forti investimenti affettivi e cognitivi, in grado di riaprire finestre comunicative laddove prima c'era soprattutto chiusura in se stessi.
Le esperienze di quotidianità raggiungono il loro scopo quando vengono reinvestite di senso, attraverso la presenza attenta, partecipe e viva di curanti non vissuti come assenti, minacciosi o intrusivi.
Ma in che modo questo fare quotidiano può essere orientato terapeuticamente?
Vi sono alcuni aspetti che può essere interessante sottolineare.
Per prima cosa l'area del fare quotidiano è particolarmente vicina ai bisogni primari, la cui soddisfazione permette al paziente di vivere rapporti significativi a un livello primario e, per così dire, di base.

"Questa dimensione umanizza il paziente e il suo operatore, crea cioè tra loro un legame particolarmente carico di valenze dirette, interiori e personali"

(Correale, 1994)

Mi ricordo come fosse ieri una serata in cui andai con Marco a prendere una pizza da asporto per poi mangiarla a casa sua, come facevamo molto spesso. In quell'occasione per mia disattenzione restammo senza benzina, con la macchina completamente a secco, dalle parti dello stadio di San Siro. In un primo momento mi preoccupai e andai in agitazione, poi però, con molta tranquillità ed un certo entusiasmo, gli dissi che mi dispiaceva ma che non era un gran problema e che avremmo potuto mangiarci la pizza in macchina e poi fare una passeggiata. La reazione di Marco fu sorprendente: fu entusiasta della mia proposta e per alcuni giorni continuò a dirmi: "Eh Michele, quante avventure che ci succedono!!".
Credo che anche quello fu uno dei momenti vissuti insieme che contribuì a rafforzare il nostro legame affettivo e a fargli sentire che eravamo "insieme", così da poter in seguito lavorare su contenuti e temi difficili e minacciosi.

Inoltre è attraverso queste esperienze condivise che si crea una relazione di reciprocità e partecipazione.

Anche Minkowski parla di reciprocità, usando termini differenti.
Data l'importanza di stabilire quel legame intimo e primitivo che ci permette di comprendere l'altro, si capisce che nel suo metodo non c'è spazio per una contrapposizione soggetto - oggetto, ma c'è piuttosto un'equivalenza:

"Questo contatto vitale con la realtà si può stabilire grazie alla sim - patia, intesa come un sentimento mai istantaneo, ed al contrario sempre caratterizzato dalla durata, nella quale sembrano esserci due divenire che, in perfetta armonia, si svolgono uno a fianco dell'altro. In questo modo non si sviluppa un sentimento che per risonanza evoca un altro sentimento simile al primo (come comunemente ed erroneamente molti intendono l'empatia), ma piuttosto un solo sentimento che si integra in due vite individuali. Questa è la vera partecipazione"

(Minkowski, tr. it. 2004)

La sim - patia è vista dall' Autore come un sentimento primitivo ed essenziale, irriducibile e indispensabile affinchè vi sia vera partecipazione, come un'ossatura alla nostra vita, molto più primitiva e profonda delle varie patie.

Rispetto al discorso dell'offrire occasioni nuove, potremmo dire un po' scherzosamente, che il ruolo dell'operatore scivola dalla copertina di Linus al personaggio di Eta Beta: ciò che conta in questo momento è saper fornire l'oggetto giusto e lo strumento giusto quando gli altri personaggi ne sentono il bisogno.

"L'aggiungere riguarda specificatamente una qualità del vissuto: quello che va aggiunto è un senso di pienezza e intensità reale delle cose che deriva non solo dal condividerle, ma dall' indicarle con un senso di curiosità e di piacere" (Correale, 2000)

L'operatore infatti deve rifornire ma è importantissimo come lo fa: in questo senso ciò che vuol dire Correale è che il rifornire, l'aggiungere e il presentare la realtà riguardano soprattutto le qualità fondamentali, basali, di apertura verso il mondo, quali la naturalezza, l'autenticità, la curiosità.

Si può ipotizzare che interazioni paziente – operatore sufficientemente buone e ripetute permettano di costruire, nel tempo, buone relazioni; queste, a loro volta, possono favorire buone interazioni intorno ad altri eventi quotidiani, finchè il ripetersi delle esperienze potrà attenuare nei pazienti la fragilità interna e la chiusura verso tutto ciò che è altro da sé.
Tuttavia bisogna fare in modo che queste abitudini non perdano mai vitalità: ripetizione non deve significare ripetitività.
La ripetizione possiamo definirla come un sottofondo che dà il ritmo dell'agire, un gesto magari proposto infinite volte, ma che abbia l'intenzionalità come strumento relazionale; la ripetitività finisce per essere esattamente l'opposto e si verifica quando si perde il senso di ciò che si sta facendo, pur continuando a farlo.

Ovviamente anche all'interno di una struttura istituzionale, come detto in precedenza, vi è la possibilità di fare tante delle cose dio cui abbiamo parlato, però vivere la quotidianità con i pazienti, partendo dalle loro case e utilizzando anche il territorio come laboratorio e strumento terapeutico, porta con sé interazioni continue con luoghi e persone comuni e ci permette di non rischiare di cadere in quella ripetitività di cui parlavamo in precedenza.
Anche solo bevendo un caffè al bar con un paziente capita spesso di interagire con altri clienti del bar o con i camerieri. Oppure sull' autobus, al ristorante, al cinema: tutti questi luoghi danno a priori la possibilità di introdurre quelle variazioni alla routine che il paziente può sperimentare avendo accanto l'ope-

ratore, per poi digerirli e rielaborarli insieme, magari parlando per un'ora del perché quella tal persona abbia detto così, che cosa intendeva dire o perché si è rivolta proprio al paziente.

In questo senso la quotidianità si pone come fonte inesauribile di piccoli eventi scintilla utili per la comprensione ed il cambiamento.

Tornando a me e Marco posso dire che il nostro sia stato un percorso appassionante, difficile e duro in certi periodi, ma anche entusiasmante in altri momenti.
Per esempio ricorderò a lungo la gioia che riusciva a comunicarmi in certe mattine. Quando iniziò a trascorrere le prime notti a casa, infatti, Marco era molto preoccupato e spaventato così trovammo una strategia per permettergli di non sentirsi eccessivamente solo. L' idea era molto semplice ma altrettanto densa di significato: consisteva nel fatto che dopo aver cenato insieme da lui io sarei andato a casa mia, ma al mattino lo avrei chiamato al telefono per svegliarlo. In questo modo ci salutavamo verso le undici di sera, lui andava a letto e poi al mattino lo chiamavo per dargli la sveglia.
Quest' idea gli permise di sperimentare se stesso in una situazione di effettiva autonomia, di fronteggiare le sue paure e tutti i fantasmi relativi alla morte dei genitori ma sapendo che io non ero troppo lontano, da un punto di vista pratico ma soprattutto sotto l'aspetto emotivo.
Durante queste telefonate del mattino, nel caso in cui la notte fosse andata bene, Marco era entusiasta e riusciva a trasmettermi tutta la felicità e la soddisfazione provata grazie a questa nuova conquista, che era in realtà una ri–conquista di una parte del Sé che aveva paura fosse andata persa per sempre.

Per giungere a questa reciprocità io e Marco abbiamo trascorso un lungo periodo, durato parecchi mesi, per lo più a "stare insieme": uno stare insieme che si è avverato andando al cinema, pranzando, cenando e cucinando, mangiando una pizza al ristorante oppure seduti in macchina senza benzina, andando in montagna a sciare.
Questo stare insieme significava, però, che ci stavamo "reciprocamente" avvicinando, provando a mettere da parte le nostre rispettive paure e cercando un punto di contatto tra due quotidianità differenti, tra due mondi e due modi di fare esperienza fra loro inizialmente distanti.

Da questo punto in poi, una volta che Marco accettò l'idea di non essere più solo, e di non doverlo essere per forza, diventò possibile utilizzare i fattori te-

rapeutici citati in precedenza: la presenza, la costanza, l'ascolto, il dare spazio, le funzioni di guscio e di contenimento, l'azione, la reciprocità, la ripetizione.

Infine la strategia del rifornire attivamente nuove esperienze una volta che Marco avesse acquisito una trama ed uno sfondo stabili.

Tutte queste funzioni terapeutiche sono servite per arrivare a poter introdurre nella quotidianità di Marco piccoli elementi di discontinuità:

Come già detto la quota di rottura delle abitudini e la creazione di elementi di novità, deve realizzarsi in un clima controllato in cui divenga possibile per il paziente la possibilità di rivivere un trauma in un certo senso attenuato, che all'interno della nuova situazione possa essere affrontato senza gli esiti catastrofici del precedente.

Infatti tutte le conquiste di Marco sono avvenute per piccoli passi, tenendo sempre presente che il nostro obiettivo principale era quello di allentare il delirio e le allucinazioni circa la presenza invasiva dei propri genitori (defunti) e permettergli, di conseguenza, di poter ricominciare a vivere in casa propria senza aver paura di rivederli, accettando il fatto che se ne fossero andati per sempre.
Il percorso di riavvicinamento a casa infatti è stato molto graduale: visite di un quarto d'ora per vedere se la casa era a posto, visite un pochino più prolungate per pulirla e rimetterla in ordine, pranzi in cucina senza mettere mai piede in salotto, cene con sigaretta finale utilizzando anche il salotto, fino ad arrivare a regalare alla parocchia i vecchi vestiti dei genitori, a poter togliere dai bagni i loro effetti personali ed infine alla possibilità di dormire di nuovo in casa: conquiste difficili, compiute in un lungo lasso di tempo.

Magari piccole se viste da fuori, e attraverso occhi che non fossero i nostri, ma per dirla con Racamier veri e propri atti parlanti, enormi per il loro valore evolutivo e simbolico.

SESSIONE III
CASO CLINICO: "Carlo e le contaminazioni tra il dentro e il fuori: setting in dialogo»

Laura Pedrazzoli
Psicologa/psicoterapeuta, direttrice del servizio territoriale «Al Riparo» della cooperativa Cosmo

Al Riparo è un servizio territoriale che fonda le sue basi sul sostegno all'autonomia, attraverso:
- interventi psico-educativi
- supporto nella gestione economica
- supporto nella strutturazione del tempo libero
- inserimenti lavorativi protetti
- sostegno nella gestione della terapia farmacologica
- accompagnamenti presso servizi del territorio

Gli obiettivi del progetto sono:
- riduzione del rischio sanitario
- riduzione dell'emarginazione sociale
- reinserimento nel tessuto sociale
- riduzione della microcriminalità, associata alla dipendenza patologica

Tutto ciò avviene attraverso un approccio terapeutico che prevede l'attivazione di ambienti di cura che creano spazi di scoperta e sperimentazione attraverso le risorse che i pazienti hanno.
L'equipe multidisciplinare consente di seguire la persona da una prospettiva integrata e virtuosamente circolare, che raccoglie aspetti psicologici, sociali, educativi e medico-sanitari.

Carlo è un paziente che approda al servizio Al Riparo dalla Comunità, e accede direttamente alla casa popolare, in cui si inserisce bene, e che rappresenta per lui un luogo sicuro, sebbene contornato da sentimenti di solitudine che contribuiscono ad aumentare uno stato ansioso di fondo che gli appartiene. L'ansia è un elemento centrale della personalità e del funzionamento di Carlo, e la sostanza ha sempre avuto una funzione regolatoria, che altrimenti non poteva avvenire.
A questo punto premessa importante da fare è proprio il concetto di regola-

zione emotiva (RE), cioè quell'insieme di comportamenti, capacità e strategie che possono essere consapevoli o meno, automatiche o che richiedono uno sforzo attivo, che servono a modulare, inibire o aumentare l'esperienza e l'espressione emotiva. Si tratta di una capacità fondamentale per la vita di una persona, perché è una competenza che consente di prendere decisioni consapevoli e di modulare l'intensità, la forma e la durata emotiva, e questo facilita un adattamento alla vita quotidiana.
Va da sé che un individuo con le caratteristiche di Carlo, attinenti alla dipendenza patologica da sostanze, non abbia sviluppato tale capacità, motivo per cui è sempre stato travolto da un'ansia molto elevata. In questo caso si parla quindi di disregolazione emotiva, che si manifesta come una persistente e significativa difficoltà nel gestire e regolare le proprie emozioni; è caratterizzata da risposte emotive intense, prolungate e spesso sproporzionate rispetto alla situazione, che possono culminare in reazioni comportamentali estreme e problematiche.
I sintomi che appaiono sono:
- sbalzi di umore
- marcata difficoltà a calmarsi
- comportamenti impulsivi
- sentimenti cronici di vuoto e dissociazione
- relazioni interpersonali instabili
- autocritica severa
- difficoltà dell'espressione emotiva

Quando c'è un fallimento o una compromissione nello sviluppo di queste capacità di RE si presenta un alto fattore di rischio per l'insorgenza di diverse patologie, tra cui appunto il disturbo da uso di sostanze.

Addentrandoci ora nel vivo di questo intervento, facciamo una distinzione tra setting interno e setting esterno. Per setting esterno intendiamo l'insieme delle condizioni concrete, materiali e formali che strutturano la relazione terapeutica, è ciò che definisce il contenitore fisico del lavoro terapeutico. Il setting esterno serve a creare sicurezza, prevedibilità e contenimento, condizioni essenziali affinché il paziente possa esplorare vissuti profondi e vulnerabili.
Il setting interno invece riguarda la disposizione mentale e psichica dell'operatore, cioè la sua capacità di mantenere dentro di sé un assetto interno coerente con la funzione terapeutica.
L'interazione tra setting interno e setting esterno rende possibile e contenibile il processo terapeutico.

Nel caso specifico di Carlo, abbiamo osservato come lui abbia sempre cercato una sorta di auto medicazione attraverso la sostanza, che però è una strategia disfunzionale per far fronte a stati emotivi dolorosi e poco sostenibili. Il lavoro dell'operatore è quello quindi di inserirsi discretamente e delicatamente tra l'utente e la sostanza, rompendo la simbiosi tra i due, per ingaggiare una relazione terapeutica che porta alla scoperta di strategie funzionali per imparare a regolarsi.
Tutto ciò porta l'operatore a fare un enorme lavoro su di sé per regolarsi a sua volta ed evitare potenziali collusioni con lo stato emotivo del paziente. Questo lavoro consiste nel timing (scelta di stesso giorno e stessa ora per visitare Carlo), aumentando la strutturazione dell'intervento, creando prevedibilità che contiene e regola l'ansia del pz; strategie di contenimento, quindi focalizzazione su specifici momenti in cui il paziente può mettersi in contatto con gli operatori, accordo dichiarato e condiviso che aiuta a mettere confini; importante anche una tendenza affettiva e non giudicante; gestione degli aspetti controtransferali. Questo avviene a più livelli: scambio tra operatori, confronto 1to1 con la coordinatrice, momenti di scambio in equipe, supervisioni.

Conclusione: nel caso di Carlo, e degli altri utenti del progetto Al Riparo, ci rendiamo conto di come il setting interno dell'operatore cambi di casa in casa, di paziente in paziente, e perciò debba essere molto flessibile e aperto verso le possibilità. È necessario e fondamentale un'attenzione al proprio assetto interiore, dove si deve creare uno spazio, perché è proprio questo spazio interiore che crea uno spazio accogliente per l'utente.

Riferimenti bibliografici:
Gross J.J. (2015). *Emotion regulation: current status and future prospects*. Psychological Inquiry, 26 (1), 1-14.
Linean M.M. (2015). *DBT skills training manual.* Guilford Press.
Gabbard, G. O. (2004). *Psicoterapia psicodinamica. Teoria e tecnica*. Raffaello Cortina Editore.

SESSIONE IV
MONTAGNATERAPIA E PERCORSO TERAPEUTICO

Roberta Sabbion
Psichiatra, psicoterapeuta, direttrice Dipartimento Dipendenze AULSS 8 Berica

Io mi pongo due obiettivi in questa relazione.
Per primo vorrei provare a portarvi dentro a due mie passioni: il mio lavoro da una parte, le persone di cui provo a occuparmi, con le quali faccio assieme un pezzo di percorso di vita, mia e loro, e poi dall'altra l'ambiente naturale, le montagne.
Montagnaterapia è un termine non correttissimo visto tutte le diverse esperienze che ci sono. È stato il primo nome, è stato coniato così, un po' ci sono dei nostalgici che fanno fatica ad abbandonarlo. Non solo i nostri pazienti fan fatica a mollare le abitudini, anche noi operatori a volte ci fissiamo su nomi e termini che ci rassicurano. Ma non appena riusciremo a convincere i colleghi che al posto del termine "montagna" si può usare "ambiente", e quindi una riabilitazione in ambiente, probabilmente riusciremo a coinvolgere e a tener dentro a tale termine tutte le esperienze che ci sono.
Come vedremo, andare in montagna non è semplicemente bello, stare in ambiente non è bello e sano di suo, ma dietro all'attività di montagnaterapia c'è un lavoro molto profondo e molto lungo che cercherò in qualche modo di aiutarvi a comprendere. Anche perché se lo comprendiamo e capiamo tutte le cose che oggi abbiamo sentito, non potremo più lavorare come abbiamo lavorato fino adesso. Se noi comprenderemo pertanto che dobbiamo uscire dall'idea di "patologia" per entrare nell'idea di "persona", ed è questa che ci deve appartenere, da domani noi dobbiamo lavorare in quest'altro modo. Altrimenti vuol dire che parliamo bene, ma, tutto sommato, è molto più comodo rimanere dietro la scrivania con un camice, dentro quattro mura chiuse, perché è sicuramente più rassicurante e lo è anche per i nostri direttori.

"Io vorrei,
non vorrei,
ma se vuoi.
Come può uno scoglio, arginare il mare..."

Questa canzone mi ha accompagnato per gran parte del mio lavoro professionale. Ho provato queste sensazioni con i miei pazienti dal primo giorno,

40 anni fa, fino a tuttora. Perché ogni volta che io vedo le persone di cui provo a occuparmi, continuo sanamente a trovarmi disorientata, e questo lo ritengo un punto di vantaggio perché nel momento in cui iniziassi osservarle con mille certezze avrei smesso di guardarle e di ascoltarle. Nella mia vita quel "io vorrei" mi ha accompagnato perché veramente quello che io ho desiderato è stato di avvicinarmi il più possibile a ciò che loro mi portavano.
"Non vorrei" però essere troppo confusa e fusa con coloro che ho davanti, per cui ho avuto bisogno di fare una marea di supervisioni, una marea di confronti, una marea di équipe, perché nel momento in cui mi confondo ho smesso di aiutarli. Dopo di che c'era sempre quella forza che diceva "ma se vuoi" camminiamo insieme.
Quella sensazione, quell'interrogativo chiaro: "come può UNO scoglio arginare il mare", era qualcosa che mi apparteneva in modo molto forte, e mi sono resa conto fin dal primo giorno che da sola non avrei potuto fare mezzo passo verso nessuna direzione in quello che stavo facendo. Per cui ciò che mi ha sempre accompagnato e che continuerò a proporre al mondo è proprio la formazione, la condivisione, ma soprattutto l'innovazione. Perché se noi non cavalchiamo l'onda di ciò che succede, non stiamo a vedere, siamo più inutili della sostanza. Almeno la sostanza risponde a un bisogno. Noi rischiamo di non rispondere manco a quello.
Chi è una persona che ha una dipendenza?
Innanzitutto è una persona che abita un corpo che non riconosce più. È una persona che attraversa o, meglio ancora, transita, un tempo che non le appartiene e, soprattutto, tutto ciò che succede non dipende mai da lei. Sono queste le tre aree fondamentali nelle quali io devo intervenire e vedrete come l'attività in ambiente ci aiuta. Corpo, tempo e responsabilità sono tre valori persi nel momento in cui una persona comincia a entrare nel vortice di una risposta chimica o comportamentale (il gioco d'azzardo non si esime da questa perdita di valori). Nel momento in cui io entro in quel vortice questi tre componenti vengono completamente alterati.
Il corpo o è fatto o è vuoto, o è fatto o è astinente, non ha più un polmone, non ha più cuore, non ha più sensibilità.
Il tempo è strettamente legato al "cerco e uso", al "cerco e faccio". Quindi non ha più i secondi e le ore, ma solo "cerco e trovo".
E soprattutto non ho responsabilità su niente di quello che mi succede. Io avevo un paziente che abitava ad Abano quando lavoravo a Padova. Partiva con quelle moto rumorosissime e subito arrivava la polizia e lo fermava:
«Buongiorno.»
«Buongiorno.»

«Documenti.»
«Io non ho i documenti, me li avete ritirati voi.»
«Ma lei non può girare senza.»
«Appunto, ridatemeli.»
E da questa logica non se ne viene fuori, è proprio la logica del "io non c'entro proprio niente con quello che mi succede".
Partiamo dall'idea di "paradigma". Paradigma altro non è che un riferimento, un metodo all'interno del quale noi ci costruiamo una mentalità, una percezione, e soprattutto poi di conseguenza facciamo delle azioni coerenti con quel paradigma.
Io credo che questa foto l'abbiate vista in moltissimi, quindi dobbiamo solo decidere cosa vediamo, no?

Perché se io fossi il sindaco e volessi fare delle azioni coerenti con ciò che vedo, è diverso farle per la donna giovane o per la vecchia. Sono azioni completamente diverse, eppure l'immagine è una sola ed è quella. Con i nostri "pazienti" (ma sono pazienti solo perché hanno pazienza con noi), con le persone di cui ci occupiamo, noi dobbiamo avere in mente che c'è un'immagine intera che ha dentro delle contraddizioni. E noi possiamo scegliere se lavorare nell'ottica della malattia, o nell'ottica di una parte sana che di sicuro tutti hanno, e attraverso la quale loro potranno funzionare perfettamente. Quindi il salto di paradigma che noi facciamo con l'attività in ambiente è proprio quella di cercare e valorizzare al massimo tutte le parti sane che i nostri pazienti hanno e le loro risorse, ricordandoci che, se arrivano vivi al nostro servizio, di risorse ne hanno tantissime. Io non sopravvivrei due giorni se dovessi vivere come loro.

Quindi recuperare le risorse, recuperare le loro parti funzionanti e permettere a loro di agire, è quello che la montagnaterapia cerca di fare. La montagnaterapia altro non è che utilizzare tutti gli strumenti offerti dall'ambiente, dall'arrampicata all'escursione, dalla vela alla bicicletta (io per esempio ho utilizzato il tandem in una progettualità che ci ha fatto arrivare con i pazienti da Trapani a Trieste dopo cinque anni di attività congiunta), con in mente degli obiettivi terapeutico-riabilitativi da raggiungere. Tali obiettivi li ho condivisi con l'equipe a cui è in carico la persona e, attraverso particolari strumenti, cerco di fare delle attività concrete che mi permettano di raggiungerli.

Per parlare di montagnaterapia ci sono delle condizioni ben precise. Per questo, sottolineo, non è una bella gita in montagna: quella ha un aspetto ludico-ricreativo meraviglioso, ma si chiama gita in montagna.

L'attività di montagnaterapia richiede alcune condizioni.

La prima è che ci occupiamo di persone che presentano situazioni di stress intenso e prolungato, condizioni che determinano la morte dei neuroni. Al di là della chimica, come nell'esempio dell'alcol, che li uccide proprio in modo diretto, fisicamente, ci sono delle condizioni di stress alto e prolungato che fanno perfettamente lo stesso effetto di diminuire il numero dei neuroni. Quindi i soggetti di cui ci occupiamo in montagna terapia sono questi.

Dobbiamo avere un obiettivo terapeutico riabilitativo molto chiaro che devo avere in mente prima dell'uscita, non dopo, perché l'uscita va costruita in funzione di quell'obiettivo.

Devo avere un'esperienza in ambiente. Perché? Perché l'ambiente mi permette di non essere lì "per" loro ma "con" loro. Non a casa mia, in ambulatorio, o a casa sua (per quanto bella comunque sia l'esperienza della domiciliarietà). Ma sono in uno spazio che mette tutti e due i soggetti alla pari, e a fare una

stessa esperienza: camminare. Questo ambiente, diverso da quello conosciuto, mio o suo, mette in gioco entrambe le persone per lavorare su ciò che voglio ottenere e su cui voglio crescere, entrambi. Parlo di crescere perché devo ancora trovare un operatore che lavora in ambiente e che non abbia detto:
«Sono cresciuto anch'io da un punto di vista professionale.»

Quindi la reciprocità, altro termine usato nelle relazioni precedenti, ci appartiene.

Ma se io faccio l'esperienza senza rielaborarla da un punto di vista mnemonico, emotivo e di recupero dell'obiettivo, rischio che sia l'ennesima esperienza che mi è transitata sopra e non ha inciso minimamente nella possibilità di un cambiamento. Questo è un altro punto chiave dell'attività di montagna terapia.

E poi la montagnaterapia è fatta di un accompagnamento. L'equipe di accompagnamento è formata sicuramente dall'equipe terapeutica, i professionisti delle relazioni d'aiuto, i medici, gli psicologi, gli educatori, gli operatori di comunità. Ma ci vogliono assolutamente all'interno anche i tecnici dell'attività specifica prevista dall'uscita. Andando in montagna utilizziamo le guide del CAI, il Club Alpino Italiano. Per il tandem abbiamo il supporto delle guide esperte dei tandem e della bicicletta, per esempio Giorgio Zebele, eccolo là in fondo alla sala. In questo modo chi si deve preoccupare della relazione d'aiuto non deve anche occuparsi del percorso ma fare la sua parte nel migliore dei modi, mettendo in campo tutti gli strumenti professionali che porta in uscita. Io poi inserisco sempre anche i volontari puri, che adoro. Io li chiamo spugne emotive perché sono lì esclusivamente per la voglia e il piacere di essere lì. Non sono tecnici, non sono operatori, ma sono lì a diluire una emotività in ambiente che avvicina molto alla vita normale delle persone. Previa formazione specifica, naturalmente, perché basta poco per dire la parola sbagliata, per creare un clima che non è più di aiuto durante l'uscita e che dopo noi operatori dobbiamo recuperare.

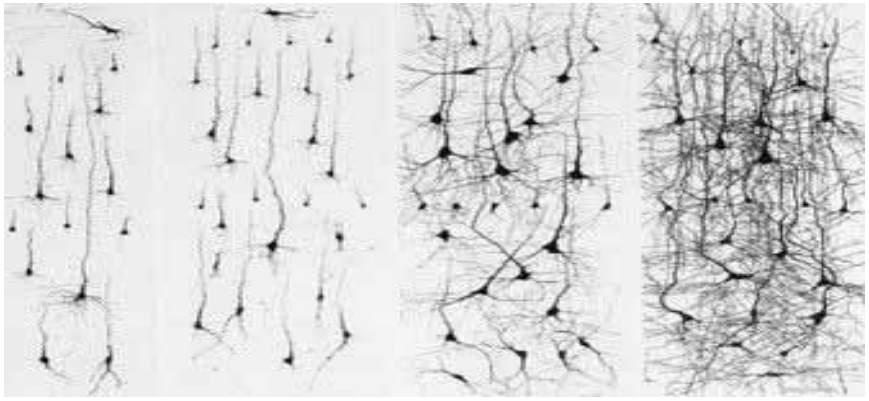
Io mi avvalgo dell'aiuto sia del dottor Borile, che l'anno scorso ci ha accompagnato nell'ambiente naturale, sia di Stefano Canali che mi ha aiutato per la parte di neuroscienze, e mi hanno permesso di capire che quello che stavamo facendo aveva anche un senso. Può sembrar banale, ma non è sempre così. E poi al prossimo convegno di montagnaterapia, che si tiene proprio a Vicenza, avremo anche il dottor Benini, un altro supporto scientifico sulle attività in natura.

Quali sono gli strumenti della montagna terapia?

Il gruppo, l'attività fisica, la natura. Sul gruppo non mi soffermo perché siamo tutti professionisti, dovremmo conoscere cos'è il gruppo e come si conduce.

Mi fermo un po' di più sull'attività fisica e la natura perché meritano un approfondimento, per quanto minimo.
Le neuroscienze ci dicono che l'attività fisica produce effetti benefici attraverso due meccanismi: la neuroplasticità e il circuito del piacere. Cos'è la neuroplasticità? È semplicemente quel meccanismo biologico per cui le cose che io faccio modificano il mio cervello. E questa scoperta è stata una grossa rivoluzione, perché fino a pochi anni fa si pensava che ciò che è perso è perso. Noi notavamo però alcuni alcolisti essere perfettamente funzionanti, pur con un'atrofia cerebrale marcatissima, quindi con un sacco di neuroni morti, e per contro, come narrava questa mattina un relatore, alcuni cervelli perfettamente integri di persone divanate, cioè che vivono perfettamente stabili. Allora, secondo le neuroscienze e la neuroplasticità, non è il numero di neuroni che ci dice se una persona funziona o meno, ma è la loro connessione, il fatto che possano parlarsi tra di loro. E cos'è che facilita il parlarsi tra di loro? L'attività motoria. Quindi ogni volta che noi facciamo un'attività motoria aerobica, mantenuta e continua nel tempo, possiamo favorire la neuroplasticità, che per capirci è questa cosa qua.

CRESCITA DELLE CONNESSIONI SINAPTICHE NEL CERVELLO DI UN BAMBINO



Come vedete, dalla nascita ai due anni il numero di neuroni è lo stesso. Cos'è che cambia? Le connessioni. Facendo attività motoria favoriamo lo sviluppo delle connessioni. Quello è il compito che noi dobbiamo svolgere sempre

quando ci rapportiamo a persone che per motivi chimici o di stress prolungato hanno un numero di neuroni diminuiti.
Ma vi dirò di più.
Io ho scoperto che a dicembre diventerò anziana, il Piano di Zona mi ha insegnato che in area anziani si entra a sessantacinque anni. Son mezza svenuta, ma va bene così. Di fatto io, che diventerò anziana a dicembre, ho già un numero ridotto di neuroni, fisiologicamente è già così. E questo mi ha fatto pensare ai nostri nonni, alle loro badanti, alle persone che affianchiamo ai nostri nonni per dare loro una mano. Tutta questa premessa per arrivare a dire che se facciamo le cose al posto di un'altra persona gli togliamo neuroplasticità. Quindi alle persone che portiamo in un'attività in ambiente noi dobbiamo far fare fino all'ultimo tutto quello che possono e riescono a fare da sole: farsi lo zaino, allacciarsi le scarpe, mettere i calzini. Può sembrare banale, ma è così. Per questo le nuove generazioni sono messe male se trovano tutto pronto. Dobbiamo sempre puntare e insistere su questa evoluzione di connessioni.
Sul circuito del piacere dico poche cose perché a me interessa solo sottolineare il fatto che noi desideriamo qualcosa. Se io desidero qualcosa accendo l'interruttore di questo circuito e attivo quella che si chiama dopamina. Non occorre neppure che io veda qualcosa per attivarlo, basta solo pensarla per accendere l'interruttore. Se io desidero fare qualcosa poi la faccio. Quindi ho delle azioni coerenti. Azioni che diventano adrenaliniche se la cosa mi ha dato soddisfazione, se mi è piaciuta, e quindi avrò voglia di ripeterla. Ecco perché sono collegate le cose. Io non posso pensare di andare ad attivare un'attività noiosa, nella quale una persona non abbia voglia di ritornare.
Ma l'altro punto fondamentale è che io devo avere sempre la possibilità di fermarmi. Se quel circuito è integro, io resto in un'area di piacere per tutta la mia vita, in tutto quello che faccio. Ecco allora che un'attività di montagnaterapia non può mai essere fatta tutti i giorni, perché quel circuito del piacere non avrebbe il tempo di ricostituirsi, ma andrebbe a esaurirsi, che, guarda caso, è ciò che succede nella dipendenza. Nella dipendenza quel circuito è completamente alterato. Quindi il compito di inserire un'attesa, un tempo tra un'uscita e un'altra. è parte fondamentale della programmazione di un'attività di montagnaterapia.
La natura.
Il primo punto è che bellezza chiama bellezza. Io non ho mai visto uno dei nostri pazienti buttare una cicca in montagna. Davanti al SerD tutto è tappezzato di cicche, ma quando andiamo in montagna non ne ho vista una. È come se la bellezza esterna in qualche modo suscitasse il desiderio di mantenere una maggior bellezza anche interna. Del resto, per rendersi conto che l'esterno

influisce sull'interno e viceversa, basta guardare la camera da letto dei nostri figli adolescenti. Voi riuscite a entrarci? Quand'è che la camera dei nostri figli comincia a mettersi a posto? Quando la loro testa comincia a riorganizzarsi. Allora la roba sporca va a lavare, la roba pulita la si toglie di mezzo e hai un percorso lineare dalla porta al letto. Chiunque di noi quando non sta bene comincia a mettere ordine sulla propria scrivania di lavoro. Quando i miei colleghi mi vedono buttar via cose dalla scrivania sanno che in quel modo sto riorganizzando la mia parte interna attraverso quella esterna. Quindi avere la natura come specchio è qualcosa che sicuramente aiuta anche l'ordine mentale.

Se io lavoro in natura poi, devo usarla la natura, per cui in ogni uscita in ambiente io devo attribuire alle persone che la attraversano un ruolo: può essere quello far fotografie, quello di dare il tempo, eccetera, perché chi ha un ruolo e lo esegue ha l'opportunità di un cambiamento maggiore.

Ancora: io chiedo sempre ai miei collaboratori del CAI di raccontare la storia del luogo dove camminiamo, perché la storia di ciascuno non è nata qui e ora. Noi attraversiamo territori che hanno avuto un'altra storia e se per i loro abitanti è cambiato qualcosa, anche per noi che ci camminiamo sopra potrà cambiare qualcosa.

Mi sono soffermata a studiarmi le dipendenze e la montagnaterapia e mi sono accorta che alcuni strumenti sono più utili in alcune fasi del percorso piuttosto di altri. Quando una persona inizia un percorso terapeutico e non ha una motivazione ancora fortissima, ma è in grado di reggermi un giorno senza sostanze, io gli propongo l'arrampicata. Perché? Perché l'arrampicata obbliga a un cambio di pensiero. Perché se il mio paradigma di vita è camminare orizzontalmente, lì sono obbligato ad andare verticalmente. Per cui, volenti o nolenti, devo inserire un pensiero. Non posso usare gli automatismi. Infatti, uno dei compiti della montagnaterapia è inserire un pensiero tra gli automatismi che stanno conducendo la nostra vita. All'inizio di un percorso terapeutico io non chiedo ai miei pazienti di fare un pensiero prima dell'azione, ma gli chiedo di fare un pensiero dopo. Per cui quando li porto in parete arrampicano, in sicurezza chiaramente, ma come meglio viene a loro. Una volta finita, chiedo loro:

«Che c'è? Cosa gira nella vostra testa?»

Senza aspettarmi, niente, ma cogliendo ciò che arriva.

L'escursionismo, invece, che è sensato in una fase un po' più avanzata, richiede un pensiero prima: pensare che percorso faccio, che difficoltà trovo. E, dopo l'azione, un pensiero successivo. Quindi l'escursionismo va bene in una fase centrale di un percorso terapeutico.

Altre attività infine che richiedono impegno e allenamento, le propongo nel momento di sgancio dal servizio. Ecco per esempio il tandem: l'evento è programmato in una certa data e per poterci partecipare è necessario allenarsi, maturare la capacità di tollerare la fatica, di attendere l'evento. Capite bene che in una dipendenza questa è proprio la fase terminale.

Detto ciò, qual è il problema di fare queste belle cose nei nostri servizi? Ecco, come dice Darwin, non è la specie più forte a sopravvivere, neanche quella più intelligente, è quella più predisposta al cambiamento. Le comunità terapeutiche sono state le prime a rendersi conto che, se non cambiavano qualcosa rispetto alla modalità di affrontare gli eroinomani degli anni '80 e '90, sarebbero morte perché le persone entravano e, come entravano, anche uscivano. Colpa delle persone? No, mi dispiace. Colpa nostra. Lo stesso discorso vale per le persone che arrivano al SerD e non riescono a fermarsi: in qualche modo non stiamo riuscendo a intercettare quello che è il loro bisogno. Ciò che non ci fa cambiare è proprio la resistenza al cambiamento.

Vi do altre due immagini.

Questo è il mio mantra.

Dobbiamo smetterla di pensare di sapere perfettamente cosa pensa l'altro e cominciare a confrontarci. Riuscite a leggere, se no ve lo leggo io. Snoopy e Linus. Ah, Linus che dice: tocca a lui chissà che mossa farà. Scommetto che sta escogitando qualche strategia bizzarra. So come lavora la sua mente, è insidioso. Chissà cosa sta architettando. E Snoopy: ma io non mi ricordo mai se ho i bianchi o i neri.(risate)
La realtà è sempre molto più semplice della complessità nella quale noi pensiamo di entrare. Ma soprattutto smettiamola di sapere cosa sanno gli altri e cosa pensano gli altri. Cominciamo a dirci le cose: come dicevamo nelle relazioni di questa mattina, noi abbiamo una formazione professionale che a volte è così lontana dalla mente delle persone con cui camminiamo al fianco, che camminare in montagna è uno dei pochi modi per avvicinarci.
Inoltre noi non dobbiamo avere l'idea che cambieremo tutto subito e che saremo risolutivi ora.

Com'è un uomo?Un uomo è chi ama incondizionatamente, si prende cura di te e ti protegge sempre. Da grande voglio essere un uomo come la mamma.
A me non interessa che le persone che escono con me imitino il mio modo di essere, non voglio. Io vorrei che prima o poi, in qualche momento della loro vita, la mia passione, ciò in cui credo veramente, ciò che ho voluto trasmettere, l'abbiano sentito così forte nella propria pelle da avere voglia, più avanti, di poterlo applicare.
Per concludere, torno al mio scoglio che non può arginare il mare, sicuramente non da solo. Però se ci mettiamo insieme lo possiamo deviare un po' e magari più avanti riusciremo a fermare le onde più brutte.

SESSIONE IV - Montagnaterapia
"ESCURSIONI INTERIORI TRA CONNESSIONI E DISCONNESSIONI"

Stefania Garzotto
Psicologa/psicoterapeuta, comunità MOSAICO della cooperativa Cosmo

Il progetto di Montagnaterapia è attivo all'interno di Cà Mosaico dal 2009, generato da uno scambio frequente di "emozioni", pensieri e riflessioni che due colleghi (Luigino ed io) condividono in alcuni momenti di pausa. Ci accomuna soprattutto la passione per la montagna e ci raccontiamo le nostre rispettive uscite, parliamo di quanto camminare in montagna durante il tempo libero ci fa bene, ci suscita emozioni importanti e quanto ci rigenera, ci ricarica e rivitalizza, permettendoci poi di affrontare bene la settimana di lavoro. Rispetto a quest'ultimo condividiamo invece una certa frustrazione rispetto alla percezione di efficacia del nostro lavoro di psicoterapeuti, vivendo una sorta di impotenza nei colloqui con i pazienti con i quali sentiamo di non incidere in modo soddisfacente nell'ascolto della loro sofferenza, non riuscendo a contattarli nell'intimo e a farli parlare dei loro vissuti, bloccati in una sorta di aridità emotiva. Da questi momenti emerge un pomeriggio invernale un'intuizione: se andare in montagna ci fa così bene, se ci fa provare emozioni e ci rivitalizza, potrebbe fare bene anche ai nostri pazienti? Perché non portarli fuori dalla struttura e andare insieme a camminare in montagna? Lì abbiamo iniziato a pensarci, a documentarci e dare forma al progetto, che poi verrà attivato nei primi mesi del 2009 e tutt'ora prosegue.
Al di là della narrazione, l'ipotesi clinica che sta sotto la nostra intuizione è che le patologie presenti nella maggior parte dei nostri pazienti nascano da traumi (o fallimenti) subiti nella costruzione di una relazione primaria sufficientemente "buona" (o per dirla con Bowlby non abbiano potuto maturare un attaccamento adeguato, ma spesso insicuro o frammentato) e l'utilizzo di sostanze spesso rappresenti un tentativo di riparare a questa carenza, affidandosi ad una "relazione" totalizzante e simbiotica altrettanto patologica che di fatto nullifica la persona, la sua emotività, la capacità di contattare se stesso e l'altro. La psicoterapia cerca di lenire la sofferenza determinata da relazioni patologiche mediante esperienze relazionali correttive, in primis la relazione terapeutica. Si cura dunque la relazione con la relazione, ma il problema si pone quando lo strumento relazionale è pressoché fuori uso: si rende necessario cambiare linguaggio e mettere in campo un nuovo tipo di relazionalità

giocata sull'immediatezza dell'agire.
Il progetto di Montagnaterapia nasce quindi dalla nostra passione e dall'esperienza personale dei benefici dell'ambiente Montagna insieme all'esigenza di spostarci, nella relazione con i pz, da un piano rappresentativo ed astratto ad un altro connotato da concretezza, pregnante e personale, co-sperimentando durante le escursioni in montagna con i pz sensazioni, percezioni e vissuti per aiutarli a ri-trovare e ri-attivare, quanto più possibile, i percorsi interrotti della mente: dal corpo alla mente e poi di nuovo al corpo, quale strumento da abitare (non più da abusare). Ci proponiamo di aiutare i pazienti a ricostruire connessioni intra-individuali ed inter-personali che si presuppone siano state interrotte o comunque siano difficoltose.
Ci siamo appoggiati, nell'elaborazione del progetto, a dei riferimenti teorici che ci sono sembrati molto illuminanti nel confortare il nostro pensiero. Innanzitutto la Psicoterapia in Ambiente di Roberto Benini: l'ambiente esterno viene visto come "protesi psichica" utile per consentire a psiche deficitarie di poter utilizzare al meglio tutte le capacità psichiche residue. I luoghi e le situazioni possono fungere da "ambiente psichico esterno" dove recuperare e riattivare emozioni attuali, sia quando si tratti di luoghi e situazioni specifici della vita del singolo pz, sia luoghi o situazioni universalmente significative, ovvero con caratteristiche simboliche. Nel nostro caso, lavorando con un gruppo di persone, abbiamo necessariamente scelto questo tipo di situazioni e la montagna, fortunatamente, è luogo privilegiato per le sue caratteristiche simboliche: non esiste infatti "la" montagna, ma tante diverse tipologie di montagna che possiamo utilizzare per il nostro obiettivo. Pensiamo ad esempio quali differenti sensazioni e vissuti ci può muovere il salire alla vetta di una montagna rispetto all'attraversare un bosco…oppure fare un percorso in galleria… quanto sia diversa la sensazione nel percorrere lo stesso sentiero in estate o in inverno con la neve, oppure in una bella giornata di sole o nella magia della nebbia… vi si possono associare immagini, emozioni e ricordi e stimolare riflessioni, quali per esempio salendo in vetta "qual è il mio atteggiamento a fronte di un obiettivo da conquistare?" o in galleria "come vivo i miei lati oscuri e sconosciuti?" che verranno poi condivise nelle riunioni post uscita con il gruppo ed in seguito elaborate e significate nel corso del proprio percorso terapeutico individuale.
Un altro importante riscontro teorico, che sottolinea bene il ruolo del terapeuta quale portatore di un consapevole setting clinico interno (ed è ciò che rende la MT una Terapia, non una gita per quanto piacevole e benefica) lo abbiamo trovato nel concetto di "azione parlante" di Racamier, dove l'azione parlante è un gesto, un atto concreto, intenzionale e pensato, che veicola un messaggio

indiretto e simbolico in un contesto terapeutico, fungendo da ponte di comunicazione non verbale e permettendo al paziente di esprimere e dare forma a contenuti psichici difficilmente esprimibili a parole.
Concretamente: nella MT l'azione parlante è l'esperienza, cioè il camminare insieme in montagna, ed ha valenza pragmatica, ma anche psichica, ha una funzione transizionale tra concreto e psichico e tra pz e tp perché appartiene ad entrambi i soggetti, agisce quale co-produzione di cura: nel camminare insieme, nel vivere insieme situazioni ed emozioni (faticare, orientarsi, osservare, superare ostacoli, adattarsi agli imprevisti, aver paura, provare gioia, soddisfazione o anche frustrazione) si realizza la concretizzazione di processi psichici e cognitivi fondamentali e nello stesso tempo, all'opposto, si elicitano dall'esperienza concreta condivisa nuovi processi emotivi e cognitivi: si realizzano insieme il "mettere in atto" il pensiero e il "pensare" le azioni in un processo di intra e inter-connessione corpo-mente.
La relazione terapeutica, quindi, da dialogica si trasforma in relazione immediata, agita e consapevole, all'interno della quale poi sarà possibile contenere e rivedere quanto nella psiche dei pz viene generato.
In questi 15 anni di MT abbiamo nel tempo approfondito e validato l'esperienza, divenuta parte integrante del programma terapeutico di CM; da tre anni ci siamo inseriti anche nel progetto di MT guidato dal SerT di VI insieme ad altre comunità del territorio, compresa da quest'anno la nostra PA Il Cedro.

MONTAGNATERAPIA IN PRONTA ACCOGLIENZA

Giulia Bressan

Psicologa/psicoterapeuta, pronta accoglienza Il Ce.D.R.O. della cooperativa Cosmo

Abbiamo introdotto la questa attività in questa fase molto recentemente, ad inizio 2025 sia con il progetto del Ser.D. di Vicenza assieme alle comunità e sia con alcune uscite della Pronta Accoglienza insieme al Mosaico.
Come anticipato questa mattina dalla collega Kelana, che dirige la struttura, questa prima fase è caratterizzata da una durata breve del percorso (tre-quattro mesi circa), di cui almeno tutto il primo mese serve per la disintossicazione, la stabilizzazione, il ripristino delle routine di base e ad una conoscenza reciproca. Pertanto calcolando che viene effettuata all'incirca una uscita al mese, la criticità maggiore per il paziente consiste nella mancanza di continuità nella partecipazione alle uscite.
Tuttavia in Pronta Accoglienza si semina, si prova ad introdurre le persone in una attività che può avere un seguito, pertanto quello che ci auguriamo è che

gettando una buona base e un po' di curiosità e passione, la persona sia desiderosa di proseguire con la Montagnaterapia anche quando sarà altrove.
Come abbiamo impostato il progetto di Montagnaterapia in Pronta Accoglienza affinché possa essere potenzialmente terapeutico anche a singola uscita e mantenga una valenza clinica nella funzione valutativa, che è anche uno degli obiettivi di questa fase?
Una volta individuate le persone, viene loro proposta l'attività inizialmente tramite un colloquio individuale per condividere gli obiettivi specifici e successivamente viene svolto un piccolo gruppo di preparazione all'uscita.

Questa fase di PREPARAZIONE ha la funzione di MUOVERE L'IMMAGINAZIONE!

Ci si prende uno spazio di riflessione individuale e di confronto gruppale per provare ad immaginare come sarà il percorso, l'ambiente, come reagirà il corpo e come potrebbe stare la mente, quali potrebbero essere le emozioni coinvolte, ci si interroga su come questa proposta possa favorire il percorso terapeutico, quali sono i ricordi associati alla montagna: è utile infatti raccogliere le esperienze individuali dal momento che: c'è chi non l'ha mai fatto e non è mai salito in quota, chi ha ricordi di uscite con la famiglia, o con i nonni, con amici. In questa fase l'escursione è quindi interna-interiore ed è un po' come se l'esperienza esterna fosse già iniziata!

1) Parallelamente si esplora la scissione mente-corpo, una dimensione che è molto distante dal pensiero: si osserva inizialmente una ampia dispercezione tra la descrizione e la narrazione del proprio corpo e la capacità di percepirlo e viverlo per quello che è allo stato attuale dopo periodi molto lunghi in cui è stato bersaglio di gesti autolesivi, distruttivi, diretti e indiretti, dimenticato e privato delle sue funzioni ma utilizzato solo come mezzo al raggiungimento del proprio scopo.

2) A questo si unisce la dimensione del legame con la dipendenza che si osserva prevalentemente nel consumo di nicotina e nell'utilizzo delle sigarette, al timore di trovarsene sprovvisti o non averne a sufficienza. Per la fase di comunità la si osserva poi anche nell'utilizzo compulsivo dello smartphone.

3) per i ragazzi con ADHD si lavora sulle componenti della pianificazione e dell'organizzazione.
Durante l'uscita vera e propria questi tre nuclei vengono esaminati attraverso il dato di realtà, unitamente anche alla dimensione sociale, interpersonale che

precede e che talvolta si trasforma e si plasma, si consolida con l'uscita stessa. Al termine dell'escursione infatti ci si ritrova a discutere in gruppo e condividere l'esperienza appena fatta, oltre che ai momenti successivi in comunità sia di tipo individuale che gruppale dal momento che emergono molti elementi clinici significativi.
Ho preparato due esempi che racchiudono quanto esaminato finora.

Esempio 1
Recentemente ad esempio un ragazzo molto giovane, Marco, utilizzatore di eroina, introverso, con ADHD, che proviene da una zona di campagna e mare, ha immediatamente associato la sua esperienza in montagna agli anni in cui frequentava il gruppo scout e al ricordo della sensazione di correre in libertà nei boschi oltre che ad un buon sviluppo fisico e propriocettivo. Seppur felice della proposta di venire inserito nel progetto, era convinto di non riuscire a sostenere le escursioni sia dal punto di vista fisico che relazionale, oltre che aver sviluppato un'ansia anticipatoria all'idea di non poter fumare per il primo tratto di sentiero. E invece com'è andata l'uscita? Si è dimostrato molto forte ed energico, in grado di sopportare la fatica, dimenticando per un po' le sigarette e risultando un gran chiacchierone. Successivamente ha scelto il canale della scrittura come parte rielaborativa e riporterò a fine dell'intervento una frase chiave che ha scritto, pensando a una similitudine con la quotidianità e la fatica che porta.

Esempio 2
Un altro utente, Luca, con problemi di alcol e cocaina e con adhd, al contrario si sovrastimava banalizzando l'impegno dell'uscita ma durante la salita insieme è emerso che l'ultima volta che aveva camminato in montagna fosse stato vent'anni prima e allo stato attuale ha dovuto fare i conti con il sovrappeso, la mancanza di fiato e di muscoli. Rimanendo in fondo per tutta la prima parte del tragitto, equivalente alla salita, è stato interessante osservare l'avvicinamento al sé reale, fragile e con i propri limiti e il poter accogliere l'aiuto concreto (chi gli ha portato lo zaino, chi gli ha prestato i bastoncini, chi ha tenuto la felpa) ed il supporto emotivo finalizzati al raggiungimento della meta. La settimana successiva, durante l'attività di gruppo in cui vengono utilizzate le carte dixit, si è identificato con una lumachina che tiene in mano la bandiera del traguardo come ad indicare che lentamente, con il proprio tempo, può raggiungere l'obiettivo e superare gli ostacoli.
In conclusione: cosa abbiamo osservato?
Grazie all'utilizzo di questo peculiare setting esterno, aperto, che fa da collante,

sembra possibile:
- Iniziare a lavorare ad una integrazione di queste isole e provare e riempire gli spazi scissi: corpo, pensiero ed emozione.
- Entrare in modo più specifico nel nucleo della dipendenza, partendo proprio dal dato di realtà.
- Favorire la PROGETTUALITA' attraverso la stimolazione della CREATIVITA'.

Ripensando al passato, esplorando il presente ed immaginando il futuro, si spinge il paziente a guardare avanti, a ripensarsi in un progetto di vita e di speranze.

Concludo con la frase di Marco:
"LI' IN ALTO ERA COME SE NON ESISTESSE ALTRO, NE' IL PASSATO, NE' IL FUTURO. ESISTEVA SOLO IL PRESENTE. LA QUIETE, LA CURIOSITA', QUESTA GRANDE ED UNICA EMOZIONE DI FERMARSI NEL PUNTO PIU' ALTO AD OSSERVARE".

L'EVOLUZIONE E LE OSSERVAZIONI CONCLUSIVE
Stefania Garzotto e Giulia Bressan

Per quanto riguarda la MT attuale mi collego a quanto Giulia ha esaurientemente riportato e non ripeto, per l'omogeneità dei contenuti.
Vorrei in questa parte finale invece condividere un aspetto critico con cui ci stiamo confrontando da un po' di tempo in Cà Mosaico nella realizzazione del pgt di MT, ma anche più in generale all'interno del percorso.
Premessa: negli ultimi 10 anni abbiamo vissuto nella nostra Comunità cambiamenti fondamentali di struttura: Cà Mosaico da piccola Comunità "classica" si è trasformata in una Comunità aperta, complessa, con un graduale maggior investimento dei nostri pz verso l'esterno che abbiamo favorito per accompagnarli in un percorso di reinserimento nella società e nel territorio. La Comunità è un microcosmo quindi non avulso dalla società esterna, a sua volta in rapida trasformazione: vediamo sempre più vincolate alla tecnologia le nostre scelte e sempre meno valutati l'impegno e la responsabilizzazione, dove la dimensione umana sembra ridotta alla prestazione e alla competizione; viviamo più individualismo, più solitudine, più isolamento, più violenza e più paura: anche l'esperienza tragica del Covid ha segnato molto le relazioni umane e i nostri equilibri psichici. Assistiamo a strategie politiche che istigano contro il "nemico", il diverso e molti diritti di base vengono rimessi in discussione; viviamo in clima di guerra minacciata e reale, prevale una visione

schizoparanoide del mondo, diviso fra "buoni e cattivi".
In questo contesto generale, così impoverito di aspetti relazionali ed emotivi, in comunità riscontriamo in questi ultimi anni la forte difficoltà nel coinvolgere i pz nelle attività, non solo quelle interne (dai compiti della quotidianità alla MT, la MTbiketerapia, le gite al mare) ma anche quelle individuali, esterne (calcetto, palestra). Partiamo da un'osservazione in particolare: a Cà Mosaico i cellulari sono quasi da subito in uso personale e vediamo molti nostri pz, nei momenti liberi dal lavoro (che spesso è vissuto come strumento di guadagno e "normalizzazione" e rappresenta l'unico ambiente di socializzazione) rimanere sempre attaccati ai loro dispositivi, chiusi in una bolla quasi autistica. E' qualcosa che non riguarda solo la Comunità e i nostri pz, possiamo osservare ovunque, nei bar, al ristorante o in treno che tutti tendiamo a concentrarci sul nostro smart per riempire spazi vuoti….ed i nostri pz sono persone e cittadini come tutti noi…ma particolarmente fragili e soggetti, per la loro storia e nella loro storia, al rischio di compulsività, dipendenza ed isolamento. Ciò che preoccupa non è solo la "connessione" compulsiva con i social ed il mondo virtuale in internet, ma soprattutto la (conseguente?) "disconnessione" dalla realtà, in termini di disinteresse per l'esterno da sé, passività, isolamento, noia, solitudine, frustrazione, saturazione di desideri e di emozioni, accelerazione del pensiero: in breve, li rivediamo in preda a meccanismi simili a quelli correlati all'uso di sostanze, forse ancora più potenti perché non riconosciuti come patologici e "legittimati" in quanto condivisi e comuni in tutta la nostra società.
Cogliamo nei nostri pz una condizione di stress continuo e (quindi) di assenza di piacere che tende a ripetersi in un circuito vano di ricerca di soluzione. Ci troviamo quindi disarmati nel proporre "attività", "relazione", contatto con la "natura" o "impegno fisico" a chi sembra non avere interessi, desideri, curiosità oppure ha ristretto i suoi orizzonti in uno schermo dove trova "tutto", risposte comode, standardizzate e superficiali.
Dalla letteratura e dagli studi recenti di carattere ecologico arriva invece forte l'appello ad una necessaria ri-connessione con l'Ambiente (sociale, relazionale e naturale), in compensazione della sovraesposizione alle tecnologie, di per sé utili ed efficaci, ma disumanizzanti se abusate. E' necessario rinnovare la consapevolezza che siamo parte di un ecosistema generale e la salute mentale è strettamente vincolata a questa appartenenza: è nostro compito terapeutico ed educativo aiutare i nostri pazienti ad essere consapevoli e protagonisti di questa appartenenza.
Quindi, attività come la Montagnaterapia, nella finalità di base di ricostruire connessioni intra-individuali ed inter-personali, tanto più sono necessarie e direi imprescindibili nel nostro lavoro nel recuperare l'Ambiente nel suo valore di

"ambiente psichico esterno" o "protesi psichica" in aiuto e sostegno alle fragilità della psiche.

Riferimenti bibliografici:

Benini, R. (2001). *La Psicoterapia in ambiente*. Alberti Editore.
Racamier, P.C. (1997). *Una comunità di cura psicoterapeutica. Riflessioni a partire da un'esperienza di vent'anni.* Articolo apparso, in lingua originale, sul numero 1 di Psychiatrie Française, pp 137-152.
Garzotto, S., e Pellizzaro L. (2011) *La psicoterapia in ambiente: un'esperienza di Montagnaterapia*. Psyche nuova, CISSPAT.
Di Benedetto, P., e Scoppola, G. *Riabilitazione psichiatrica e Montagna, in Medicina e Montagna,* CAI ed., Vol. 1, pp. 231-239
Ferron, G. (2009) *La Mia Montagna,* Biblioteca dell'Immagine Pordenone.
Saglio, G. e Zola, C. (2007) *In su e in sé, Alpinismo e psicologia,* Priuli & Verlucca Torino.
Celani, B. (a cura di) *La Montagnaterapia. Psicologia in movimento,* in www.benessere.com
Venturi, C - Comunità Silesia e Associazione ADAO (2014) *Un passo dopo l'altro. Montagnaterapia e disturbi dell'alimentazione*.
Progetto psico-riabilitativo «ambientementecorpo» (1993) *Un approccio psicosomatico alla cura delle "Psicosi Schizofreniche",* Giulio Scoppola Roma.
Provincia Autonoma di Trento - Documenti per la salute n. 25, *Montagnaterapia e psichiatria - Contributi teorici al Corso di formazione "Sopraimille",* Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici
Carpineta, S. (a cura di) (2006) *9-11 settembre 2005,* edizioni provincia autonoma di trento assessorato alle politiche per la salute Trento

Modera: A. Vegliach
Discussants: M. Benaglia, R. Benini, C. M. Carugati, M. Di Sipio, L. Pellizzaro, R. Sabbion

Alessandro Vegliach
Le tavole rotonde rischiano sempre di dilungarsi, quindi l'ho organizzata in maniera un po' eccentrica, voi mi perdonerete, su due sole domande. Ma per non lasciar soli i relatori, visto che abbiamo parlato dell'importanza della relazione, io stesso sarò il primo a dare la mia risposta a queste domande. Proviamo a fare insieme questo esperimento.

Prima domanda: quali caratteristiche personali e professionali deve coltivare e attenzionare un operatore territoriale?

Aggiungo, in questo caso, un operatore territoriale che lavora con le dipendenze, ma possiamo anche pensare a un operatore territoriale che lavora con casi ad alto carico, come è stato detto prima dal dottor Benaglia, con soggetti psichiatrici, affetti da psicosi gravi, schizofreniche e quant'altro.
Mentre ascoltavo le relazioni e pensavo a queste due domande, mi chiedevo come avrei risposto io. Mi sono venuti in mente due grandi maestri, conosciuti grazie ai loro scritti. Il primo, che risponde a questa domanda in modo mirabile è Masud Khan, uno psicanalista di scuola inglese, allievo di Winnicott, ma di origine pakistana (ricordo che al tempo il Pakistan era una colonia dell'impero inglese). Masud Khan scrisse, in un suo bellissimo libro del 1974, "Lo spazio privato del Sé": "Non possiamo diventare la madre e il padre dei nostri pazienti. Al meglio, possiamo svolgere per loro alcune funzioni genitoriali". Ho pensato a questa frase perché tutti i relatori precedenti hanno sottolineato l'importanza dell'autenticità nella relazione terapeutica. Non dobbiamo trincerarci dietro alle nostre poltrone, dentro ai nostri studi, dentro i nostri setting, dentro i nostri servizi. Dobbiamo essere proattivi e andare incontro ai bisogni dei pazienti. Però, lo sapete meglio di me, questi bisogni sono molto forti, spesso sono divoranti e quindi la parte emotiva dei nostri pazienti è una parte che ha un bisogno incredibile dell'altro, è fagocitante, e si struttura in quello che viene definito come transfert psicotico. In questo caso come facciamo a essere autentici e stare vicini, per quanto sia il bisogno, ai nostri pazienti senza

farci divorare e senza usurpare un ruolo che non è il nostro? E' giusto che la madre e il padre mantengano il ruolo che hanno avuto nella vita del paziente ed è giusto che non ci sia qualcuno che usurpa quel ruolo diventando la madre o il padre adottivi perché poi non abbiamo il minimo di distanza che ci permette di rimanere fermi nei momenti di difficoltà. Quindi, questa frase di Masud Khan mi aiutato con i pazienti ad alto carico perché mi ha sempre ricordato che possiamo anche essere potenti nelle nostre intenzioni, ma non saremo mai onnipotenti, e quindi dobbiamo stare vicino ai nostri pazienti, sapendo che non possiamo far altro che condividere con loro i loro dolori, i loro bisogni, ma non sostituirci a loro.

Luigino Pellizzaro
Non so se ci sia una risposta, è difficile darne una che non sia ovviamente personale.
Il primo approccio che ho avuto con la comunità è stato: "Mio Dio, per il resto della mia vita farò questo lavoro? Spero di sopravvivere!"
Pertanto si attivano delle strategie di sopravvivenza esattamente come con i tossicodipendenti: in qualche modo cerchi di aggrapparti alle parti vitali, quelle che trovi. Io ho iniziato nel 2001 a lavorare in comunità e poco dopo è arrivata Stefania Garzotto e in quella camminata che descriveva bene nell'intervento di poco fa la domanda fra noi era:
«Ma tu come sopravvivi alle frustrazioni continue che ti pervadono? Non solo a quella che vivi ma anche alla frustrazione che vedi, quando osservi i pazienti spegnersi, che stanno lì ad aspettare che il tempo passi. Li senti morti però sei lì che provi a rianimarli come se tu fossi un operatore dell'ambulanza. E allora ti chiedi cosa fai tu?»
Io cerco di trovare spazi miei: da bambino, nei momenti in cui potevo, dormivo in giardino, facevo la capanna, ci dormivo sotto. I miei genitori per fortuna non erano troppo ansiosi e mi lasciavano fare.
L'operatore quindi cerca le risorse dentro di sé per far fronte alle scommesse terapeutiche, segue le proprie visioni creative di ciò che può e non può fare.
Ricordo poi che la dottoressa Donini, la nostra ex direttrice, quando presentammo il progetto della montagnaterapia ci disse:
«Bellissimo, fatelo.»
Rimasi sorpreso perché di solito si è abituati a prendersi più no che sì, perché le istituzioni tendono un po' alla rigidità e all'autoconservazione e tutto ciò che è cambiamento è vissuto come inquietante.
Io credo quindi che la prima caratteristica dell'operatore territoriale sia quella di dare spazio alla creatività e alla fantasia in cui tu hai una visione di te, ma

hai anche una visione dell'altro con te. Quello che immaginavamo con Stefania non era solo di uscire dallo studio per non morirci dentro, perché senti il senso di inefficacia e vorresti vedere subito le cose, ma di sperimentare su un territorio libero, il terreno libero della montagna, e provare a vedere cosa ne esce. "Se mollo i freni io vediamo se li molla anche il paziente". Non sapevamo cosa ci aspettasse, però il fatto di rischiare l'autenticità in qualche modo fu quello che entusiasmò anche i pazienti: poter essere quello che possono essere, in un ambiente che anche loro non conoscono.

Roberto Benini

Io credo che cadere nella banalità sia la cosa più rischiosa, ma la domanda è molto profonda. Io partirei da quello che diceva la collega durante il dibattito: credo che senza passione, diventi difficile stare nel nostro mondo. Non mi ricordo quale sociologo ha scritto "L'epoca delle passioni tristi" a proposito dei giovani che non riescono più a investire, a provare il desiderio di vivere certe situazioni. Quindi credo che senza questa spinta interna fare il nostro lavoro, soprattutto quello dell'educatore, sia durissimo, anche perché l'educatore in questo momento non ha identità.

Un altro elemento credo sia avere una forte identità interna, perché l'ambiente esterno non glielo riconosce. E' stata la dottoressa Sabbion a farci vedere quanto stanno diminuendo gli accessi a questa professione. Questo è il secondo elemento: una grande struttura interna, avere una chiara rappresentazione di ciò che desidero fare, che forse si lega all'autenticità che diceva il dottor Pellizzaro.

Un ulteriore elemento è l'elasticità, quello di cui parlavamo prima, la capacità di potersi modulare a seconda di quelle che sono le caratteristiche del nostro paziente. Io credo che tutti i relatori abbiano in qualche modo espresso questo contenuto fondamentale nella relazione di cura umana.

E poi dico l'ultima cosa che è stata per me significativa e senza la quale io non ce l'avrei mai fatta. E' chiaro che è tutto molto soggettivo. Io ho iniziato a lavorare nell'88, quindi tra un po' faccio i quarant'anni. Credo che avere una situazione esterna di grande affetto, di grandissimo affetto, avere una persona al fianco, delle persone al fianco, che ti accolgono alla fine del lunedì, sia fondamentale per tutti gli esseri umani, ma per chi lavora come noi con l'angoscia, con la sofferenza, con la morte, ancor di più. A me purtroppo è capitato più di una volta di dovere fare esperienza di un paziente che si è fatta l'ultima dose o che è morto per conseguenze organiche. Quindi io credo che l'altra variabile sia questa: avere un contesto che dia tanto affetto e riempia il tuo vuoto, il vuoto che spesso nasce dall'incontrare queste persone e sentirti impotente.

Alessandro Vegliach

Grazie Roberto, grazie per quella che tecnicamente viene chiamata self disclosure, cioè lo svelamento della tua meravigliosa famiglia e il riconoscimento della loro vicinanza e grazie per aver citato quel bellissimo libro di Benasayag "L'epoca delle passioni tristi" che riprende un po' quanto ha detto prima Flavia dal pubblico, cioè che è difficile stare in un futuro che da futuro-promessa come è stato fino a una manciata di anni fa, è diventato un futuro-minaccia. In questo momento così difficile, le angosce collettive appesantiscono ulteriormente chi ha angosce personali molto forti.

Marianna Di Sipio

Come avete capito questo è un tema che mi sta molto a cuore, quello del ruolo dell'educatore, dell'operatore all'interno delle strutture, anche perché le strutture le coordino e quindi cerco di trasmettere dei messaggi, o almeno ci provo! E questa giornata è anche per gli operatori. Si sono dette tante cose e rischierei di essere ripetitiva, rispetto alla flessibilità, l'accoglienza, l'empatia.

L'immagine che mi viene in mente pensando a questa domanda è quella del funambolo. L'operatore si muove costantemente su una fune che delimita gli opposti: pieno e vuoto, empatia e distanza, autorità e autorevolezza. C'è però un aspetto che mi preme sottolineare e che io chiedo ai miei operatori (a volte con insistenza e mi perdonino per questo) ed è la capacità di affidarsi. Sulla scia di quello che si diceva prima e di una certa autenticità, chiediamo ai nostri pazienti di affidarsi a degli sconosciuti, che siamo noi, ed è altrettanto importante che anche l'operatore abbia la capacità di affidarsi al gruppo di lavoro, al responsabile, al supervisore, alla rete. Cioè a chi è in grado di raccoglierci quando siamo calati nelle "fauci del drago", di cui parlava prima Chiara Carugati. Non esiste l'operatore perfetto, esiste un'equipe in grado di integrare le diversità e le caratteristiche di ciascuno, comprese le parti frammentate che i pazienti mettono in ciascuno di noi.

Roberta Sabbion

Le due cose che ritengo necessarie sia per l'operatore sia verso me stessa, perchè quando faccio le cose mi ci tuffo dentro, sono "protezione" e "paracadute". All'inizio del mio lavoro ho rischiato professionalmente molto, nell'idea di fare molto, di fare tutto e di fare subito, che non è altro ciò che i miei pazienti chiedono. Per fortuna non è successo nulla. Quindi mettersi in protezione e volerlo per i miei collaboratori è stato un primo importante passaggio: una analisi mia, una supervisione continua, un mettere me in una sensazione di sicurezza rispetto a quello che stavo facendo. Poi faccio sempre una distinzione

fra rischio e pericolo. Il rischio è qualcosa per cui se lo fai, puoi avere un ritorno, non ci rimetti la vita. Il pericolo sì.
L'esempio che mi viene in mente parlando di rischio è quando sei in parete: hai l'imbrago, hai una corda, una persona sotto che ti fa sicura, per cui puoi fare un passaggio anche difficile, con la consapevolezza che se lo sbagli qualcuno ti tiene e puoi ripartire. Questo è il rischio che corriamo sempre. Il pericolo è la stessa identica cosa, ma senza corda. Quello che ho sempre cercato di fare è di avere una corda, di averla per me e per i miei collaboratori. Per me la triade era: benessere degli operatori, benessere dell'organizzazione e poi benessere dei pazienti, non perché i pazienti fossero meno importanti, anzi. Ma, proprio perché sono molto importanti, o l'operatore sta bene o si fanno danni. Quindi ho cercato sempre di favorire il benessere.
Poi l'organizzazione: ho sempre cercato che l'organizzazione proteggesse proprio nei casi più difficili l'andamento di una situazione.
Infine Lucio Battisti: "Come può uno scoglio…" Ecco quella frase veramente l' ho messa lì perché mi torturava. Mi sono resa conto subito che da soli non si andava lontano, e pertanto do alta valorizzazione all'equipe e alla protezione sotto questi punti di vista. Se noi siamo coesi anche la complessità si può affrontare, chiaramente nei termini dello "starci", non di "risolverla". Il passaggio da "risolvo" a "sto" mi ha fatto dormire meglio in più occasioni.

Michele Benaglia
Abbiamo parlato a lungo di queste cose prima, però una cosa importante che l'operatore impara nel tempo è il fatto di non schermarsi. Riuscire cioè ad abbassare le proprie difese rispetto alle sensazioni che il paziente gli porta senza farsi fagocitare. Magari all'inizio non ci si scherma anche per entusiasmo e poi si viene fagocitati; a un certo punto si impara a usare quelle sensazioni in modo utile. Non possiamo semplicemente inserire delle difese perchè non ci farebebro sentire cosa prova la persona che abbiamo davanti, e stare tranquilli. Anche di fronte a un gruppo di psicoterapia, non si può essere tranquilli, mi dispiace, è una carta che non ci possiamo giocare. Però possiamo imparare a sentire queste sensazioni, anche perturbanti, e tollerale fino alla condivisione con il proprio supervisore, con l'equipe, dove si finisce di dare senso a quello che si era cominciato per conto proprio. Tutte le persone ci passano delle sensazioni: a volte stai parlando con un paziente e ti gira la testa, a volte senti la rabbia, a volte la vergogna, ti verrebbe da murarle queste sensazioni, e invece no, tutte queste sensazioni non van temute, vanno prese e dotate di senso attraverso il lavoro di gruppo.

Alessandro Vegliach
Bion diceva che fare gli analisti, in questo caso fare gli operatori, è estremamente pericoloso e faticoso, e se non si è attrezzati è meglio lascia perdere. Questa citazione non è un invito a lasciar perdere, ma un invito a capire che le pratiche che svolgiamo quotidianamente sono molto più faticose di quanto pensiamo.

Chiara Mariasole Carugati
Condivido le cose che sono state dette prima. C'è un passaggio molto importante che ho cercato di mettere in evidenza anche durante il mio intervento, rispetto alle caratteristiche dell'operatore: lavorare sulla consapevolezza di sé. Riuscire cioè a essere consapevoli dei propri movimenti emotivi, controtransferali e corporei, delle proprie intuizioni e di usare questi aspetti nella relazione. Credo che questo sia uno degli strumenti più importanti che un operatore può avere a propria disposizione. Tra gli altri aspetti, sicuramente l'avete già detto, è la tendenza all'apertura, alla possibilità di cambiamento, alle contaminazioni, alle perturbazioni, perché sono generatori di qualcosa di nuovo. Ma anche dal mio punto di vista bisogna essere estremamente consapevoli dei propri limiti. Non vanno percepiti nel momento in cui li incontriamo come un difetto: siamo spesso spinti a una relazione prestazionale, per cui nel momento in cui incontriamo un limite ci sembra di non essere abbastanza bravi e non sfruttiamo in realtà quell'informazione, l'essere arrivati a quel punto. Per me su quel punto si può lavorare, però si può lavorare soltanto se lo accogliamo come una parte consistente, insieme alle risorse certo, ma importante e inevitabile, perché ciascuno di noi ha un limite di contenimento, di capacità sul quale si può lavorare attrezzandosi. Quindi è importante tollerare questa cosa, è una condizione fondamentale, come mi ha insegnato lo psicanalista Massimo Hassan che è stato lo psichiatra della comunità psichiatrica dove ho lavorato all'inizio della mia carriera. Lui sostiene che siamo costantemente mancanti di un pezzo, e bisogna tollerare questa incompletezza, nessuno di noi è completo. Se noi partiamo da questa incompletezza e la accogliamo allora su questa possiamo lavorare per accrescere, come si diceva prima, la nostra complessità.
Le ultime due cose. Mentre parlavate mi è venuta in mente una frase di una mia paziente di 17 anni che a un certo punto, dopo un po' di sedute, mi dice: «Io non so che cosa sta succedendo qui dentro, ma "I trust the process!"»
"Credo nel processo", che è fondamentale, è quello che diceva Marianna dell'affidarsi. Lei non sapeva esattamente cosa stesse accadendo nella terapia

in termini molto concreti, ma si fida del processo perché sente che qualcosa si sta muovendo anche se non lo sa definire e nominare, ma si fida del processo. Credo che sia anche questa una caratteristica che ci può appartenere, fidarci del processo terapeutico, di quello che stiamo facendo.
Giorgio Maria Ferlini infine diceva sempre che noi siamo strumenti nella relazione terapeutica ma come strumenti andiamo costantemente accordati: dobbiamo prenderci cura dello strumento che siamo perché altrimenti non possiamo stare all'interno della relazione, non possiamo "funzionare al meglio".

Alessandro Vegliach
Scusate se usiamo molte citazioni, ma i maestri sono tanti. Su questo argomento Shakespeare è stato un grande maestro perché ha scritto che "Il meglio è il miglior amico del male", quindi noi non possiamo pensare di diventare migliori per poi chiedere ai pazienti di curare il loro male, noi possiamo solo mostrare la nostra umanità e la nostra fallacia, perché loro possano tollerare la loro umanità, i loro sbagli e la voglia anche di migliorare per quanto possibile. Da questo punto di vista, cercare la perfezione nell'operatore è forse il più grande ostacolo a umanizzare la relazione con il paziente.

Interventi dal pubblico

Alessia Seganfreddo
Faccio l'educatrice territoriale da dieci anni. Nella relazione stretta a volte capita di vivere la parte materna o paterna, è importante che accada, non per ambizione, ma in quel momento è necessario avere una equipe alle spalle che ti protegge, che riesce a trovare elementi nuovi. E' necessario viverlo attrezzati.

Alessandro Vegliach
È la stessa cosa che intendeva Masud Khan: svolgere la funzione materna accudente e svolgere la funzione paterna esortativa ma in maniera condivisa e distribuita con il resto dell'equipe.

Marianna Di Sipio
Ferlini ci diceva sempre che non ci può essere indipendenza senza dipendenza, per cui tutte le volte che permettiamo ai pazienti che non l'hanno sperimentata dalla madre di provare a costruirla attraverso di noi, diamo loro la possibilità di diventare successivamente indipendenti.

Per l'operatore questo è pesantissimo, specie se deve gestire il seguito a casa e magari non ha nessuno che lo sostenga. Il burnout è dietro l'angolo.

Alessandro Vegliach

Seconda domanda: quali sono i nodi della rete ambientale, e quindi territoriale, che ritenete più utile attivare per la cura delle dipendenze o delle patologie psichiatriche gravi?

Ci ho pensato un po' e poi mi sono dato una risposta che anticipa la creazione della reta ambientale ma che vi propongo ugualmente perchè credo sia importante. Donald Winnicott diceva che "Senza l'occasione del gioco madre e bambino rimangono estranei l'una all'altro". Forse questa è una cosa che non dobbiamo mai dimenticare: la necessità di giocare con i nostri pazienti, pazienti che hanno un corpo adulto, che hanno avuto esperienze terribili che ci fanno rabbrividire, ma che probabilmente, se non nella parte cognitiva, nella parte emotiva sono molto piccoli, tollerano molto poco la frustrazione, si annoiano subito e necessitano, non di un trattamento riabilitativo, ma abilitativo, cioè di qualcuno che sappia introdurre il gioco simbolico nel rapporto a due, qualcuno che sappia giocare con la possibilità di un futuro diverso, qualcuno che proponga loro l'immaginazione come strumento di crescita. Forse questa è la cosa più importante e direi che è un nodo prodromico per poi attivare la rete perché il futuro deriva dal presente e dal qui e ora e deve nutrire la vita: la speranza dei nostri pazienti, che molto spesso hanno un passato da dimenticare, hanno un presente non piacevole, fatto di difficoltà anche nella cura, è di concedersi, come tutti noi, uno spiraglio futuro. Quindi propongo di non sottovalutare la possibilità di giocare in modo alto con il paziente, cioè di mettersi a disposizione del pensiero del paziente per trovare insieme giochi in ambiente, giochi simbolici e tutti quei giochi che John Lennon ha cantato in quella sua bellissima canzone "Mind Games" dove in qualche modo il futuro non era ancora visto come una minaccia.

Roberta Sabbion
Quali nodi sento difficili nel lavoro territoriale? Io li sento purtroppo ancora nei pregiudizi, ma non quelli voluti. Porto un esempio molto semplice: siamo usciti con il CAI, il Club Alpino Italiano, il quale conosce perfettamente il progetto, i suoi componenti sanno tutto, ma a un certo punto se ne escono con alcune frasi su un ragazzino di colore, e capisci che hanno dentro il pregiudizio, qualcosa di automatico, nemmeno pensato. Questo io lo sento perché sulle di-

pendenze viaggia un pregiudizio tra la popolazione, che è molto forte, anche se apparentemente chiunque lo nega.
Cito un'altra fonte ufficiale a proposito di pregiudizio, mia madre, che quando mi sono laureata in psichiatria mi ha detto:
«Ma perché non hai fatto il medico, quello vero?»
Ecco, a volte ci sono degli aspetti culturali a cui non pensiamo, ma che ci hanno talmente pervaso da rischiare di essere noi stessi il limite della crescita del paziente.
E prendendo il gioco come valore meraviglioso, nel senso più nobile del termine, appena arrivata al Servizio, durante una formazione, ho chiesto ai miei collaboratori di smettere di lavorare e di cominciare a giocare, perché il gioco ha un inizio e una fine, ha regole intrinseche, io conosco le regole del mio gioco e se voglio giocare ci sto (è solo nella competizione che serve l'arbitro esterno). Ci entro e gioco, non posso non giocare, non ho bisogno di cartellino, vengo e mi piace. E' vero che noi timbriamo il cartellino, ma invece di pensare di andare a lavorare in realtà dovremmo riuscire a pensare che siamo dentro a un gioco, all'interno delle regole del gioco, che ha un inizio, una fase piacevole e una fine.

Alessandro Vegliach
Converrai che il pregiudizio lo vediamo molto spesso anche solo nell'ubicazione sul territorio dei servizi di dipendenza, che vengono nascosti nelle periferie, nei sottoscala e sono i più brutti.

Michele Benaglia
Io dico una cosa un po' strana. Si è parlato di pazienti complessi, di pazienti gravi, di schizofrenie, di allucinazioni, di sensazioni pesanti. Però il discorso sul gioco, mi han fatto venire in mente un'altra parte importante del nostro lavoro: al di là dei momenti estremamente difficili, c'è anche una quota di divertimento. Io a volte mi diverto assieme ai pazienti ed è necessario togliersi il camice, togliersi di dosso tutte le cose che abbiamo imparato e che contribuiscono a fare il "buon terapeuta". A volte in situazioni paradossali in cui si piangerebbe può capitare anche di ridere e divertirsi con il paziente. Se io andassi al lavoro tutti i giorni con l'idea che è solo una cosa pesante non riuscirei ad andarci e i pazienti non riuscirebbero a stare con me, sarei un terapeuta devitalizzato. Quindi forse un nodo, un pezzettino del rapporto di cura, sta anche nella possibilità di acchiappare quei piccoli momenti di divertimento.

Alessandro Vegliach
Che sono in realtà grandi momenti di vitalità sia per i pazienti, sia per gli operatori.

Chiara Mariasole Carugati
Per rispondere alla tua domanda, quali sono i nodi da attivare, la prima cosa che mi viene in mente è "dipende": dipende da paziente a paziente. Mi sono tornati in mente proprio i ricordi del lavoro di un po' di anni fa in comunità dove io ho imparato a lavorare nella rete, perché comunque era un lavoro non soltanto nella rete delle relazioni intra-comunitarie, ma anche di tutte le relazioni sul territorio, quindi anche con i servizi di appartenenza e le altre istituzioni coinvolte. Una cosa che ho imparato in comunità e che ho cercato poi di esportare nell'attività clinica privata, che porto avanti nelle situazioni complesse e che richiede un lavoro di rete, è che c'è bisogno di un pensiero a monte condiviso, ma poi il "come si agisce" è una declinazione di questo pensiero, dove ogni intervento può essere importante. Nella comunità dove ho lavorato c'era l'approccio della terapia integrata di Zapparoli, che sosteneva che ci vuole una condivisione a monte di un pensiero, e poi ci vogliono degli interventi dove ciascun operatore coinvolto ha la propria funzione, ognuna è importante, e questi interventi possono essere svolti contemporaneamente o in maniera consequenziale in base ai movimenti del paziente in quel momento, i bisogni che sta portando in essere, che possono essere bisogni di autonomia, di miglioramento, o bisogni regressivi. Per cui credo che, anche qui, se ci chiediamo quale dimensione, quali interventi possibili o quale figura terapeutica in quel momento è più funzionale con un paziente, dipende proprio dal contesto del paziente, dal momento di vita che sta attraversando e da tutte quelle che sono le altre risorse compresenti nel territorio, nel contesto.

Alessandro Vegliach
La dottoressa Carugati ci propone un salto nella complessità. Ieri parlavamo di quanto sia importante che le nostre tecniche e la nostra capacità di relazione si adattino ai bisogni del paziente cioè dobbiamo prima guardare il paziente per poi decidere quali sono le azioni terapeutiche che a lui possano giovare. Non possiamo anticipare il paziente con la nostra cassetta degli attrezzi tecnici, qualunque essi siano. Oggi la Carugati propone di fare un salto di complessità e, se ho ben capito, di attivare una rete mobile. Pertanto, se avete trenta pazienti in comunità avrete trenta reti diverse da attivare, o quanto meno tranta reti con prevalenze di nodi diversi. Questa proposta è sempre una pro-

posta che mette in primo piano i bisogni del paziente e la necessità di un progetto di cyra personalizzato. Se la vediamo con uno sguardo brutalmente tecnico, i pazienti o stanno alle nostre tecniche, oppure vengono passati ad altri. Ma siccome facciamo un lavoro ad alto carico con pazienti difficili, dobbiamo guardare i pazienti e adattare loro un vestito su misura, un programma terapeutico personalizzato che eviti la frustrazione e che permetta di fornire loro rinforzi possibili, raggiungibili. Infatti, se mi pongo obiettivi irraggiungibili frustro il paziente, ma se non stimolo il paziente non lo stimolo. Quindi voi capite che la costruzione del progetto terapeutico, soprattutto quando lavori dentro a una rete dove tu non controlli i nodi ma li devi attivare, deve essere fatta a regola d'arte, sia con il timing giusto che con il dispiegamento di persone giuste, perché una rete con troppi operatori, o con troppi servizi coinvolti, può essere confusiva e controproducente.

Luigino Pellizzaro

Io ho due desiderata che mi vengono da un confronto avuto prima con Stefano con cui abbiamo condiviso un anno di montagnaterapia assieme al SerD. Snocciolo prima questa: Roberta Sabbion si era fatta promotrice di una esperienza di montagnaterapia tra pazienti di comunità diverse in modo che si incontrassero a gruppi di trenta persone, anche con gestioni difficili. E' stata un'esperienza di partenza molto bella, ma la difficoltà di fare lavorare i pazienti con questi grandi numeri ci ha fatto tornare di nuovo a esperienze di singole comunità. Quello che credo si sia perso è l'incontro tra gli operatori di montagnaterapia, o comunque degli operatori in ambiente visto che si parla di territorialità. Sarebbe bello in qualche modo scambiarsi queste esperienze, anche a livello di convegni, e creare in qualche modo un collegamento.
Poi rispetto alle criticità riflettevo prima su quello che diceva la dottoressa Sabbion sui pregiudizi e sulle agevolazioni: con il CAI si è lavorato tantissimo, visto che abbiamo fatto spesso con i pazienti esperienze di due-tre giorni di uscita. Ma sarebbe stato importante avere delle convenzioni con il CAI, e quindi agevolarci in qualche modo, visto che i nostri pazienti fanno fatica a volte anche economicamente, per inserire questa attività in una esperienza di cura.

Alessandro Vegliach

Volevo sottolineare un aspetto non secondario, che non riguarda la fascia più fragile della nostra utenza. Quando lavoravo al SerD di Trieste abbiamo vinto un premio per l'attività del centro antifumo e con quel premio abbiamo comperato un farmaco, un agonista parziale, la vareniclina, che aiuta moltissimo a smettere di fumare. Se il paziente accettava, il medico del servizio lo valutava e prescriveva l'intera cura gratuita che veniva data direttamente dal centro antifumo. Stiamo parlando di una cura che al tempo costava 300-350 euro, parliamo di 7-8 anni fa. La davamo con una procedura molto semplice, facevamo la valutazione di chi voleva smettere di fumare e gli chiedevamo se voleva il farmaco e l'aiuto psicologico o voleva farlo solo con l'aiuto psicologico. Dopodiché, se non c'erano controindicazioni, il medico prescriveva il farmaco e noi lo consegnavamo gratuitamente. Non si doveva andare nemmeno in farmacia. Cosi siamo passarti da circa 100 utenti all'anno a quasi 400 assistiti. Quindi, non è inconferente la cura farmacologica gratuita come non è inconferente l'iscrizione al CAI gratuita. Soprattutto per utenti di fasce così deboli, ma anche per gli operatori che vogliono partecipare a progetti di montagnaterapia, che verrebbero favoriti da una grande associazione che ha come mission sviluppare l'amore e il rispetto per la montagna. Sarebbe un atto veramente importante perché il fattore economico è importante, e questo ci permetterebbe di essere più persuasivi con i nostri pazienti.

Roberto Benini

Io credo che una parte delle risposte, come la tua, siano state fondamentali nel modificare alcune modalità relazionali, nel come rapportarsi. Quando hai fatto la domanda io ho visto una serie di nodi. Come una corda che te ne presenta una serie ma tu devi iniziare da uno. Qual è il nodo da cui iniziare se avessi la possibilità?
Mi vorrei collegare a quello che ha detto al dottoressa Sabbion: io credo che la base sia crescere dei bambini, i futuri uomini e donne insegnandogli queste cose. Noi le diciamo a persone che sono già adulte, che sono nel nostro ambiente e sono demotivate perché hanno avuto percorsi come figli loro stessi e non hanno avuto la possibilità di essere accolti in un certo modo. Io credo che dobbiamo partire da quelle che sono le agenzie principali che ci fanno crescere: la scuola e lo sport. Ho visto che tanti ragazzi tossicodipendenti andavano recuperati con la calcioterapia o con la campoterapia, quindi credo che ci siano molte possibilità. Perché questo? Perché un professore che avevo diceva:
«Sai, se tu nasci in una società di cacciatori, ti cresceranno come un cacciatore; se nasci in una di contadini, come contadino; se in una società di persone mature, consapevoli, avvicinate a questa parte della vita fin da bambine, probabilmente crescerai come un essere maturo, solidale.»
Io vorrei sciogliere questo primo nodo.

Marianna Di Sipio
A me veniva in mente che un nodo da sciogliere è proprio quello che si diceva prima: l'assenza di spazi che siano capaci di integrare il bello. Il SerD è un ambiente tremendo e noi ci sentiamo (io almeno mi ci sento) gli operatori "sfigati", che lavorano con le dipendenze, per cui negli anni abbiamo cercato di dare valore agli ambienti e quindi alle strutture. Oppure mancano le case, il problema dell'abitare.
Partire con una azione alla Racamier, quindi il dare struttura a una realtà che includa il bello, forse aiuta di più a prendersi cura anche di sé e dell'ambiente in cui si vive. Questo vale anche per i giovani: in cooperativa si sta ragionando dei giovani a più livelli ma non ci sono spazi belli per i giovani. Dobbiamo creare spazi di bellezza, questa giornata voleva essere un po' anche questo, volevamo passare questo messaggio, è importante anche per chi cura avere spazi di bellezza, e siccome si tratta di noi, sarà bene prenderci cura anche di noi.

Alessandro Vegliach
Argomento molto interessante, si potrebbe dedicare il prossimo congresso alla bellezza, perché la bellezza dell'ambiente è qualcosa di contagioso. Quando lavoravo al servizio di Alcologia, facevo il giro dei gruppi di mutuo auto-aiuto territoriali tenuti da associazioni di volontariato che notoriamente hanno pochi denari e quindi chiedono ospitalità a ricreatori, alle sagrestie. Andavo a trovare questi gruppi che si riunivano alla sera, magari in una giornata piovosa e ventosa, nei sottoscala dove si ammassavano mobili che non si sapeva dove mettere, sedie e sgabelli riposti in stanze non riscaldate. Si faceva gruppo in cappotto. Ammiravo la stoicità di questi pazienti che venivano a fare gruppo di auto-mutuo aiuto alle sette di sera, al freddo, in un sottoscala e mi dicevo: «Ma…hanno vissuto tutta la vita navigando contro vento… possibile che debbano stare al freddo anche nell'ora e mezza in cui si curano su nostra indicazione?»
Credo che l'argomento che ha toccato Marianna non sia un vezzo, ma abbia una valenza etica: tutti noi abbiamo diritto di vivere in un ambiente ordinato, pulito, accogliente, almeno fino a quando le condizioni della società rimarranno quelle di adesso.

Interventi dal pubblico

Emanuele Perrelli, educatore SerD di Dolo
Lavorare sulle parti sane degli utenti ha portato alla nascita del "Gruppo

Oltre", un gruppo di advocacy misto tra operatori e utenti nato in seno al SerD su spinta degli stessi utenti. Durante il Covid il gruppo ha aiutato gli utenti a farsi lo SPID. Venute a conoscenza della cosa, le assistenti sociali del comune hanno chiesto al gruppo di aiutare gli utenti del comune a farsi lo SPID, dandogli una sede, un computer, una stampante. Nel volantino di divulgazione dell'attività si riportava che oltre allo SPID si sarebbe aiutato anche a usare lo smartphone e così un circolo di anziani ha chiesto questo servizio al gruppo. Gli utenti sono andati per tre settimane in questo circolo e si è creato un rapporto per cui da tre anni gli utenti vanno una volta alla settimana a far da mangiare a quaranta anziani, senza più il bisogno di essere accompagnati dall'educatore.
Tutto questo per dire che i progetti in ambiente, più che per le comunità che accolgono gente di tutta Italia, sono fondamentali per i SerD. L'ambiente e la realtà sono i luoghi per costruire i rapporti con il territorio, non i tavoli.
Per la stessa ammissione degli utenti, se il gruppo era nato per fare un'azione di riduzione dello stigma, è diventato poi anche un'occasione per accrescere l'autostima e conoscere gente del territorio fuori dal giro.

Alessandro Vegliach
Questa esperienza ci racconta che si ottiene di più partendo dal basso, con processi botton-up piuttosto che con processi top-down, calati dall'alto, perché bisogna attivare la rete a partire da quello che offre quel territorio perchè i territori si nutrono delle loro diversità.

Roberta, volontaria dell'Unità di Strada
I miei migliori psicologi e i miei maestri sono in strada.
Io per prima sto lavorando sul pregiudizio, quanti pregiudizi ho che bloccano la relazione.
E' fondamentale lavorare su di me. Grazie per la giornata di oggi.

Renato Banino
La droga per il tossicodipendente è come il burnout per l'operatore, qualcosa che ci tiene distante dalla frustrazione, ci impedisce di sentire. Io come operatore avrei la speranza di riuscire a passare a te il concetto che la frustrazione si può affrontare, almeno "stare" nella frustrazione se non è possibile risolverla.

Marianna Di Sipio
Ringrazio tutti i partecipanti.

Il convegno che è uscito oggi, organizzato tutti assieme, è quello che desideravo: c'è condivisione, relazione, affettività, calore, umanità. Me ne torno a casa contenta. Spero che ci siano altre occasioni di confronto e che insieme possiamo produrre il cambiamento.

APPENDICE

I. PROGRAMMA DEL CONVEGNO

COSMO cooperativa sociale

promuove il convegno

DIPENDENZE PATOLOGICHE E TERRITORIO

La prossimità che cura

La trasformazione a cui sono sottoposte le problematiche legate alle dipendenze patologiche avviene in un contesto sociale sempre più complesso. Questo convegno vuole sottolineare l'importanza di sviluppare sinergie tra le strutture di cura e il loro territorio, in accordo con la Regione Veneto che ha recentemente definito le caratteristiche dei Servizi Territoriali come una estensione dei servizi accreditati delle comunità terapeutiche per pazienti affetti da dipendenze patologiche.

Sala congressi Hotel Alfa
Via dell'Oreficeria, 50 - Vicenza

9 ottobre 2025
dalle 9 alle 17

L'iniziativa vuole essere un momento per valorizzare l'esperienza di Cosmo e degli operatori della rete territoriale, composta dai soggetti istituzionali e non con cui collabora quotidianamente. Infatti, le dipendenze patologiche sono una problematica che può essere contrastata efficacemente solo con approcci di rete e multidisciplinari che coinvolgano l'interezza della collettività e le risorse che essa promuove sul territorio. Un'azione condivisa può favorire uno sguardo diverso a problematiche spesso relegate in zone d'ombra e migliorare lo sviluppo di relazioni che promuovano integrazione e riabilitazione.

I lavori del convegno si struttureranno in quattro sessioni nell'arco di una giornata. L'argomento verrà trattato da professionisti del pubblico e privato che operano all'interno della cornice delle dipendenze.

COMITATO SCIENTIFICO

Marianna Di Sipio	Cooperativa sociale Cosmo
Alessandro Vegliach	Università di Trieste/CISSPAT
Giovanna Ravazzolo	Cooperativa sociale Cosmo
Keleana De Marzi	Cooperativa sociale Cosmo
Laura Pedrazzoli	Cooperativa sociale Cosmo
Stefania Garzotto	Cooperativa sociale Cosmo
Giulia Bressan	Cooperativa sociale Cosmo

RESPONSABILE SCIENTIFICO CONVEGNO

Marianna Di Sipio	Cooperativa sociale Cosmo

RELATORI

Michele Benaglia	*Psicologo, psicoterapeuta, presidente Amaltea, società coop sociale onlus*
Roberto Benini	*Psicologo, psicoterapeuta, docente CISSPAT Padova*
Gianni Bettini	*Presidente cooperativa Cosmo*
Nicola Bevilacqua	*Operatore di comunità, addetto alla comunicazione cooperativa Cosmo*
Giulia Bressan	*Psicologa, psicoterapeuta, pronta accoglienza Il Ce.d.ro.*
Chiara Mariasole Carugati	*Psicologa, psicoterapeuta, Analista Ordinario SIP e P-SF*
Keleana De Marzi	*Psicologa, psicoterapeuta, direttrice della pronta accoglienza Il Ce.d.ro.*
Marianna Di Sipio	*Psicologa, psicoterapeuta, responsabile del settore socio-sanitario cooperativa Cosmo*
Stefania Garzotto	*Psicologa, psicoterapeuta, comunità Cà Mosaico*
Laura Pedrazzoli	*Psicologa, psicoterapeuta, servizio territoriale Al Riparo*
Luigino Pellizzaro	*Psicologo, psicoterapeuta, comunità Cà Mosaico*
Giovanna Ravazzolo	*Psicologa, psicoterapeuta, direttrice della comunità Cà Mosaico*
Roberta Sabbion	*Psichiatra, psicoterapeuta, direttrice Dipartimento Dipendenze AULSS 8*
Alessandro Vegliach	*Psicologo, psicoterapeuta, docente presso l'Università di Trieste e presso CISSPAT Padova*

GIOVEDÌ 9 OTTOBRE 2025

8.30 - Registrazioni

9.00 - Saluti delle Autorità

9.30 - Introduzione ai lavori
G. Bettini - M. Di Sipio

I SESSIONE
Modera: N. Bevilacqua
9.40 - "Abitare la complessità: relazione, contesto e intervento nei percorsi di cura"
C.M. Carugati

10.10 - Caso clinico: "Ettore: nodi nella rete"
K. De Marzi

10.40 - Discussione

10.50 - Pausa

II SESSIONE
Modera: N. Bevilacqua
11.20 - "L'ambiente che cura"
R. Benini

11.50 - Caso clinico: "Nicola: vicini ma non troppo"
G. Ravazzolo

12.20 Discussione

12.30 Pausa Pranzo

III SESSIONE
Modera: N. Bevilacqua
13.30 - "Il setting in assenza di setting: l'assetto interno dell'operatore nei contesti territoriali"
M. Benaglia

14.00 - Caso clinico: "Carlo e le contaminazioni tra il dentro e il fuori: setting in dialogo"
L. Pedrazzoli

14.30 - Discussione

14.40 - "Montagnaterapia e percorso terapeutico"
R. Sabbion

15.10 - "Escursioni interiori tra connessioni e disconnessioni"
G. Bressan - S. Garzotto

15.40 - Discussione

15.50 - Tavola Rotonda
Modera: A. Vegliach
Discussants: M. Benaglia, R. Benini, C. M. Carugati, M. Di Sipio, L. Pellizzaro, R. Sabbion

16.30 - Analisi conclusive
M. Di Sipio

16.45 - Take home messages
N. Bevilacqua

17.00 - Chiusura dei lavori

Con il patrocinio di

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

con il patrocinio
Città di **Vicenza**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM
Via Cappuccina 17/A
30172 Venezia Mestre
041 0993580
info@depratocongressi.it
DE PRATO CONGRESSI

La trasformazione a cui sono sottoposte le problematiche legate alle dipendenze patologiche avviene in un contesto sociale sempre più complesso.

Questo convegno vuole sottolineare l'importanza di sviluppare sinergie tra le strutture di cura e il loro territorio, in accordo con la Regione Veneto che ha recentemente definito le caratteristiche dei Servizi Territoriali come una estensione dei servizi accreditati delle comunità terapeutiche per pazienti affetti da dipendenze patologiche.

L'iniziativa vuole essere un momento per valorizzare l'esperienza di Cosmo e degli operatori della rete territoriale, composta dai soggetti istituzionali e non con cui collabora quotidianamente. Infatti, le dipendenze patologiche sono una problematica che può essere contrastata efficacemente solo con approcci di rete e multidisciplinari che coinvolgano l'interezza della collettività e le risorse che essa promuove sul territorio.

Un'azione condivisa può favorire uno sguardo diverso a problematiche spesso relegate in zone d'ombra e migliorare lo sviluppo di relazioni che promuovano integrazione e riabilitazione.

Cooperativa Sociale Cosmo
Viale dell'Oreficeria 30/P
36100 Vicenza
0444 1788017
cosmosociale.it

COSMO
cooperativa sociale