



**SOCIETÀ
ITALIANA
DI PSICHIATRIA**

Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

www.evidence-based-psychiatric-care.org

Dymphna's Family

**Edizione italiana della Rivista Europea
sull'Inserimento Eterofamiliare Supportato dell'Adulto (IESA)**

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

SUPPLEMENTO | 2019



DYMPHNA' S FAMILY

EDIZIONE ITALIANA DELLA RIVISTA EUROPEA SULLO IESA

Direttore Scientifico

Gianfranco Aluffi

International Board

Gianfranco Aluffi (Italia)

S.S. Psicologia Clinica - AF Salute Mentale

Responsabile Servizio IESA ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte

Groupe de Recherche Européen en Placement Familial (Vice presidente)

Formatore IESA

Jo Becker (Germania)

CEO Spix e.V. di Wesel (IESA e Psichiatria Territoriale)

Groupe de Recherche Européen en Placement Familial (tesoriere)

Wilfried Bogaerts (Belgio)

Referente Gezinsverpleging (Servizio IESA)

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (Clinica e Centro Psichiatrico pubblico di Geel)

Jean Calude Cébula (Francia)

Direttore IFREP (Istituto nazionale di Formazione, di Ricerca e di Valutazione delle Pratiche sanitarie e sociali di Parigi)

Groupe de Recherche Européen en Placement Familial (Presidente)

Formatore IESA

Alex Fox (Inghilterra)

Responsabile Shared Lives UK (Progetto IESA Regno Unito)

CEO Shared Lives Plus

Nottingham University

Ruth Franzoni (Germania)

Responsabile JuMeGa® di Ravensburg (Servizio IESA per minori)

Coordinamento Editoriale e di Redazione

Elisabetta Latragna

Comitato di Redazione

Gianfranco Aluffi

Alessandro Ferretto

Ilaria Greco

Catia Gribaudo

Elisabetta Latragna

Gladys Pace

Chiara Laura Riccardo



Sommario

Prefazione al supplemento Dymphna's Family della EBPC (Zanalda E., Di Giannantonio M.).....	5
--	---

Editoriale

Meno posti letto, più posti vita! (Aluffi G.).....	6
--	---

Articoli

Aspetti terapeutici nello IESA. L'estensione di uno studio esplorativo (Iob G., Aluffi G., Zuffranieri M., Zanalda E., Boraso F.).....	8
A Trento si è consolidato un progetto IESA particolare e multicolore: "Amici per casa" (Cortivo M., De Stefani R.)	14
L'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti (IESM). Accoglienza, integrazione, esiti (Pace G., Palazzo V., Palmieri P.).....	20
Lo IESA a confronto con altre forme di assistenza e cura. Spunti e riflessioni (Becker J.).....	26
Lo IESA oggi a Geel. Un'offerta differente e differenziata (Bogaerts W.).....	31
" <i>Fermopostarems19</i> ". Un progetto di risocializzazione per utenti psichiatrici autori di reato attraverso lo IESA part time (Lombardo G., Mennuni L., Lattanzio A., Barrasso G., Di Noia A., Decorato G., Mari M.)	37
JuMeGa®. Il trattamento di minori in stato di forte disagio psichico nello IESA (Franzoni R.).....	45
Dal Patronato Familiare all'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti. La famiglia ospitante come luogo di cure tra fine '800 e inizio '900 (Caputo. A., Latragna E., Aluffi G.).....	51
Garanzie di tutela per le parti coinvolte in segnalazioni e denunce nell'ambito delle convivenze IESA del Regno Unito (Fox. A.).....	59
La riabilitazione di pazienti psichiatrici autori di reato attraverso lo IESA (Becker J.).....	68
Il reperimento dei volontari ospitanti tramite Facebook. Considerazioni sugli esiti dei primi 3 mesi di sperimentazione (Greco I., Aluffi G.).....	79
Il diritto di continuare ad essere una famiglia. Lo IESA per genitori fragili con figli minori (Gribaudo C., Lucchini M., Aluffi G.).....	85



Contributi e Testimonianze

La “patatoterapia” (Cébula J.C.).....	91
A piccoli passi. Storia di Alessandro e Graziella (Lucchini M.).....	94
Lo IESA presso l’Île de la Réunion (Jiquel C., Cébula J.C.).....	98

Sede Redazione Dymphna’s Family: Servizio IESA ASL TO3, Via Martiti XXX Aprile 30, 10093 Collegno (TO)
email: dymphnasfamily@gmail.com Tel. 011.4017463/011.4017221

Prefazione al supplemento Dymphna's Family della EBPC

Massimo Di Giannantonio & Enrico Zanalda
Presidenti della Società Italiana di Psichiatria

Il presente supplemento della rivista Evidence Based Psychiatric Care è dedicato a Dymphna's Family ovvero l'edizione italiana della rivista europea sull'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA). Tale modello di accoglienza si è molto sviluppato negli ultimi venti anni in Italia ed in particolare nel Dipartimento di salute Mentale dell'Azienda Sanitaria territoriale di Collegno Pinerolo (ASL TO3). È una modalità di accoglienza del paziente psichiatrico in famiglie di volontari che, se ben selezionati e seguiti dagli operatori, determina una grande soddisfazione reciproca.

Il dott. Gianfranco Aluffi è il referente di questa attività sia nel dipartimento di salute mentale che a livello regionale e ha contribuito a sviluppare una rete nazionale e internazionale di operatori IESA con i quali pubblica la rivista Dymphna's Family per poter far conoscere e confrontare le diverse esperienze europee. I contenuti del presente supplemento sono quindi dedicati a individuare elementi tecnici ed umani che interagiscono nella qualità dell'intervento. È interessante valorizzare gli aspetti relazionali del vivere quotidiano nelle famiglie che nella vita del paziente acquistano un valore terapeutico. I pazienti che talvolta provengono da famiglie problematiche apprezzano la possibilità di vivere con persone accoglienti ed equilibrate. Naturalmente le difficoltà insorgono continuamente nella quotidianità ma aiutarli a superarle diviene un'esperienza positiva per tutti i partecipanti e crea quel rapporto di fiducia indispensabile per far sì che quando si va a casa ci si "senta a casa".

Meno posti letto, più posti vita!

Gianfranco Aluffi

Anche quest'anno, nel periodo delle caldarroste e del vin brûlé, esce il nuovo numero di Dymphna's Family. Un numero particolarmente ricco e vario che sottolinea quanto nell'intervento di cura sia utile fare riferimento ad ambienti che privilegino la dimensione della quotidianità e della vita, a discapito di soluzioni neo-totalizzanti, ancora fortemente ancorate al criterio del posto letto e da questo influenzate in termini processuali. Il concetto di "posto letto" dovrebbe esclusivamente richiamare l'idea di assistenza e cura del malato che non può essere in grado di provvedere a sé stesso e avviare un processo di guarigione senza il supporto continuativo di un team ospedaliero specializzato. Ciò nonostante questa immagine ha, via via nel tempo, assunto un significato più ampio, rappresentando la garanzia di tutela nei confronti del cittadino in differenti ambiti di intervento sanitario. Non possiamo biasimare questa interpretazione, ma è necessario porre delle riflessioni in merito, in particolare per ciò che riguarda l'ambito della Salute Mentale. La riforma psichiatrica in Italia, che solo un anno fa ha compiuto 40 anni di vita, attuata con la legge 13 maggio 1978 n. 180 e più precisamente definita con la legge di riforma sanitaria n. 833 (1978), ha determinato un cambiamento radicale nell'ambito della cura della persona sofferente di disagio psichico, guidando il sistema alla costruzione di nuovi servizi di comunità, alla regolazione dei trattamenti obbligatori non consensuali e all'integrazione degli interventi rivolti alle persone affette da disturbi psichici nel contesto sanitario generale. Malgrado i grandi passi avanti effettuati in questi quarant'anni, siamo ancora abituati a utilizzare termini poco puntuali per definire contenuti complessi quali cura, assistenza, cambiamento, qualità della vita ecc. In psichiatria, nell'immaginario collettivo, il "posto letto" richiama fortemente il tema dell'istituzionalizzazione, del manicomio, della malattia intesa come inabilità e impedimento. È pertanto improprio ed obsoleto associare questo termine ai percorsi di cura residenziale riguardanti la salute mentale. La residenzialità, come sistema di risposta alle necessità dell'utenza, non può e non dovrebbe essere più associata ai termini di ricovero o degenza in struttura, ma ad un più ampio spettro di azioni che collochino l'opportunità abitativa come strumento attraverso il quale la persona possa raggiungere una condizione di benessere e un miglioramento del proprio stile di vita. La vera scommessa, al giorno d'oggi, è poter operare azioni trasformatrici volte al raggiungimento di standard di vita adeguati ai bisogni e alle potenzialità personali. Non ci si può più accontentare della garanzia di accesso ai luoghi di cura e assistenza; è indispensabile pensare al paziente come persona che deve essere messa nella condizione di potersi muovere nel mondo, attingendo alle proprie risorse e a quelle messe in campo dai professionisti incaricati di accompagnarlo durante il processo di cura.

Nell'ambito delle convivenze IESA, elemento imprescindibile è garantire all'ospite un luogo di vita in grado di rispondere in modo personalizzato e specifico ai propri bisogni. Talvolta lo IESA viene erroneamente associato al termine "affido". Affidare è, per definizione, l'atto di consegnare, attribuire o rimettere nell'altrui capacità, cura o discrezione, qualcosa o qualcuno, conferendo all'affidato, nel caso in cui questo sia persona fisica, un implicito carattere di dipendenza e subordinazione. Il modello IESA si declina invece come un'esperienza di con-vivenza e con-divisione all'interno della quale ospite e ospitante mettono in campo strumenti, risorse, talvolta fragilità e limiti, in un'ottica di crescita e reciproco scambio, sempre nel rispetto dell'individualità. Ecco perché il sintagma "affido eterofamiliare" non può essere rappresentativo di un dispositivo che va ben oltre l'offrire al paziente un luogo dove stare. Il linguaggio è il mezzo capace di donare pensabilità e comunicabilità alla realtà, anche quella delle istituzioni. Per essere compresi al meglio è pertanto fondamentale dare il giusto peso alle parole, soprattutto quando stiamo descrivendo una realtà complessa e articolata, quale ad esempio è lo IESA.

Le convivenze IESA possono essere considerate dei veri e propri “posti vita”, luoghi sicuri all’interno dei quali l’ospite possa sentire di ricevere e, al contempo, offrire qualcosa. Le famiglie ospitanti diventano per molti ospiti riferimento, supporto, casa. La stabilità relazionale e affettiva che va instaurandosi in un progetto IESA è tale da garantire, in molte occasioni, la costruzione di un’identità più solida e strutturata e incentivare il *self empowerment* di tutti i soggetti che partecipano al processo. In famiglia spesso si impara a saper fare e a saper essere, ed è questo il grande insegnamento che ospiti, ospitanti e operatori sperimentano durante il percorso. La questione dell’abitare/appartenere/esistere è di fondamentale importanza e va affrontata ancor più con attenzione quando è riferita a persone fragili o in difficoltà.

Questo numero di Dymphna’s Family è particolarmente attento al tema dell’appartenenza e all’importanza che questo aspetto ricopre nella vita di ciascun individuo, qualsiasi sia la sua storia, origine, etnia, età. Il numero 02 della rivista raccoglie testimonianze dall’Italia e da altri paesi europei sui diversi ambiti applicativi dello IESA, anche in contesti quali l’accoglienza migranti, la psichiatria forense e l’accoglienza madre-bambino, poi testimonianze storiche, ricerche sugli attuali sviluppi del modello e approfondimenti sull’area dei minori in situazioni di difficoltà. Proprio per l’area minori con problematiche neuropsichiatriche, quest’anno siamo lieti di accogliere nell’International Board la collega Ruth Franzoni, responsabile del servizio *JuMeGa* in Germania. Ringrazio tutte le persone e le organizzazioni che ci hanno aiutato a realizzare questo terzo numero. Un particolare saluto e ringraziamento alla rivista Solidea per averci accompagnato e sostenuto nell’uscita dei due primi numeri e alla Società Italiana di Psichiatria che quest’anno ci ospita come supplemento al periodico *Evidence based – Psychiatric Care* della Pacini Editore Medicina.

Auguro a tutti una buona, serena e proficua lettura, magari di fronte al camino, affinché si rafforzi la consapevolezza che per la salute mentale occorrono: ...meno posti letto, più posti vita!

Aspetti terapeutici nello IESA. L'estensione di uno studio esplorativo

Iob G.* , Aluffi G**., Zuffranieri M***, Zanalda E.****, Boraso F.*****

Abstract

Il Servizio IESA si caratterizza per l'offerta di un percorso riabilitativo per i pazienti con disagio psichico all'interno di un contesto ecologico: una famiglia abilitata per accogliere nella propria casa un paziente psichiatrico. Si tratta di un inserimento residenziale che si discosta dai consueti interventi che, in linea con il paradigma del *linear continuum*, si collocano a diversi livelli di intensità assistenziale. Non vi sono criteri relativi al funzionamento o all'autonomia del paziente che limitino l'accesso a questo tipo di proposta. Con questo studio viene estesa una precedente ricerca che esplorava l'efficacia dell'inserimento IESA confrontando la condizione clinica dei pazienti, intesa come frequenza e durata dei ricoveri ospedalieri dovuti a cause psichiatriche in Casa di Cura Neuropsichiatrica o presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), prima e dopo l'avvio dell'inserimento eterofamiliare. Dai risultati emersi si osserva che sia il numero di ricoveri sia la loro durata diminuiscono in seguito all'inserimento presso una famiglia IESA e tale riduzione è statisticamente significativa. Vengono discussi i risultati e i limiti della ricerca.

Parole chiave: IESA, Inserimento Eterofamiliare, ricoveri, studio retrospettivo, disagio psichico, fattore terapeutico ambientale, psichiatria, terapia ambientale.

Il Servizio IESA rappresenta un modello di intervento che si discosta dagli inserimenti residenziali classici, quali comunità terapeutiche oppure gruppi appartamento: si tratta di un intervento che privilegia la creazione di un percorso riabilitativo e di reintegrazione sociale che ha luogo all'interno di contesti ecologici (Rössler, 2006).

Questo tipo di proposta prevede l'inserimento di una persona affetta da disagio psichico all'interno di un nucleo familiare diverso da quello di origine entro il quale, grazie anche al supporto degli operatori del Servizio e al contesto sociale, può accrescere la propria autonomia e migliorare la propria qualità di vita. Il primo incontro e il successivo ingresso presso un nuovo nucleo familiare disposto e preparato ad accogliere principalmente pazienti con disturbo psichico può rappresentare per il paziente un'occasione per trovare un nuovo spazio, soprattutto interpersonale, entro il quale sperimentarsi, dare avvio a un processo di cambiamento, costruire una nuova e/o più solida rappresentazione di sé, sviluppare o potenziare le risorse personali. L'unico vincolo all'inserimento eterofamiliare consiste nel creare la "giusta combinazione" paziente-famiglia: in altri termini è necessario far incontrare i bisogni del paziente con le aspettative e le risorse offerte dalla famiglia (Iob, Ceccarini, Zuffranieri & Aluffi, 2017).

Altre peculiarità del Servizio IESA sono:

1. Il paziente è al centro del suo progetto, in quanto per progettare e dare avvio all'inserimento sono necessari il suo consenso e la sua partecipazione;
2. Il paziente rimborsa le spese alla famiglia ospitante;

* Psicologa, Operatrice Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, Cooperativa Il Margine.

** Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Servizio IESA dell'ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte e Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, Vice Presidente Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

*** Psicologo Psicoterapeuta, Coordinatore Scientifico Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, S.C. Psicologia, S.S. Psicologia Clinica AF Salute Mentale, Università degli Studi di Torino.

**** Medico specializzato in Psichiatria, Direttore DISM dell'ASL TO3, Presidente Società Italiana di Psichiatria.

***** Medico specializzato in Igiene e Medicina Preventiva Organizzazione dei Servizi Sanitari, Direttore Generale dell'ASL TO3.

3. La famiglia collabora in termini di volontariato, a differenza di altre realtà europee come in Belgio dove le famiglie abilitate vengono assunte dalla clinica presso cui il servizio opera¹;
4. Gli operatori del Servizio (psicologi, educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica) sono formati per ricoprire tale ruolo e sono impegnati esclusivamente in tale attività.

In seguito alla deistituzionalizzazione, il paradigma del *linear continuum* (Drachman, 1981) ha caratterizzato l'organizzazione della residenzialità psichiatrica (Payne, 2014). Secondo questo paradigma, sostenuto, seppur in modo implicito, dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000² (Ministero della Salute, 1999), il paziente può transitare da una struttura residenziale all'altra, a seconda dei suoi bisogni, con lo scopo di uscire dal circuito residenziale e accedere alla vita indipendente, o eventualmente retrocedere in caso di peggioramento del suo stato di salute psicofisico (Maone, 2012). Idealmente, in linea con questo paradigma, il paziente dovrebbe passare da strutture a maggior intensità assistenziale a strutture con una minore intensità assistenziale, così da accompagnarlo gradualmente verso l'avvio di una vita più autonoma (Ridgway & Zipple, 1990). In riferimento al modello del *continuum* graduale di programmi di trattamento residenziale secondo cui il paziente "progredisce" verso un migliore funzionamento sociale e quindi verso setting meno restrittivi e assistenziali, non è possibile collocare lo IESA ad alcun livello specifico, trattandosi di un inserimento che non richiede che il paziente abbia raggiunto un livello adeguato di funzionamento e autonomia. In quest'ottica, l'inserimento eterofamiliare si estende a tutti i livelli di intensità assistenziale e supera diversi limiti dell'approccio del *linear continuum* emersi in letteratura nel corso degli anni, quali per esempio la relativa integrazione dell'individuo all'interno della comunità, la permanenza del paziente all'interno di strutture con alto livello di assistenza che rende il paziente resistente alla prosecuzione del progetto in strutture a minor livello assistenziale, oppure gli operatori riluttanti alla dimissione, il rischio di riprodurre luoghi di istituzionalizzazione, il cambiamento del setting in caso di stabilizzazione oppure di miglioramento del quadro clinico (Geller & Fisher, 1993).

Il Servizio IESA e le famiglie ospitanti offrono infatti al paziente la possibilità di intraprendere un percorso terapeutico e riabilitativo flessibile, che permette un'esperienza relazionale correttiva all'interno del nuovo nucleo familiare e il reinserimento sociale dell'individuo (Aluffi, 2014). Non vi sono limiti in termini di tempo di permanenza in famiglia. Si parla di tempo per costruire e tempo per restare: nel primo caso lo stare ed essere in famiglia è orientato allo sviluppo di una crescente autonomia e a una migliore qualità di vita, nel secondo alla creazione e mantenimento di una stabilità soprattutto affettiva per il paziente. L'eventuale cambiamento del progetto non è dettato unicamente da indicatori sanitari che segnalano un miglioramento o un peggioramento della condizione clinica dell'ospite, ma anche dalle sue esigenze esistenziali, in particolare quelle relazionali e affettive.

L'obiettivo che si propone questo lavoro è di estendere un precedente studio realizzato con un disegno pre-post che esplorava l'efficacia dell'inserimento IESA confrontando la condizione clinica dei pazienti, intesa come frequenza e durata dei ricoveri ospedalieri in Casa di Cura Neuropsichiatrica o presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), prima e dopo l'inserimento eterofamiliare. L'ipotesi è che il cambiamento ambientale, conseguente all'inserimento presso una famiglia IESA, possa produrre effetti benefici sullo stato di salute dell'ospite e tradursi in un minor ricorso ai ricoveri ospedalieri.

¹ L'esperienza IESA più antica al mondo (più di 700 anni di storia documentata) vede le famiglie abilitate assunte dall'*Openbaar Psychiatrisch Zorg- en Kenniscentrum* (OPZ) di Geel, clinica psichiatrica che fornisce anche personale del Servizio IESA locale. Questo modello presenta due limiti: il primo risiede nel fatto che gli operatori sono colleghi dei caregiver in quanto dipendenti della stessa Azienda, il secondo nel fatto che il posto letto della famiglia è considerato un posto letto sul territorio della Clinica Psichiatrica.

² PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000".

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf. Consultato il 16/07/2019.

Metodo

È stato condotto uno studio retrospettivo che ha coinvolto i pazienti con disagio psichico o disabilità afferenti al Servizio IESA dell'ASL TO3, Azienda Sanitaria che si estende per un territorio pari al 12% della Regione Piemonte³ contando 581.687 abitanti nel 2018. I dati oggetto di analisi sono stati raccolti mediante la consultazione di registri elettronici dedicati agli inserimenti residenziali e delle cartelle cliniche dei pazienti.

Sono stati inclusi nello studio tutti i progetti full-time, a medio e lungo termine, realizzati presso il Servizio IESA tra il 1998 e il 2017 della durata di almeno un anno.

L'analisi dei dati confronta la frequenza e la durata dei ricoveri dovuti a problematiche di carattere psichico un anno prima e un anno dopo l'inserimento presso il Servizio IESA; sono stati esclusi i ricoveri dovuti a problemi fisici, come per esempio la frattura di un arto, oppure i ricoveri per motivi ambientali, come l'insorgere di problemi di salute nel caregiver che impediscono la prosecuzione delle attività di cura e supporto al paziente e richiedono una sua tempestiva ricollocazione.

Il trattamento farmacologico pregresso all'inserimento IESA è proseguito per i pazienti che ne avevano necessità.

Per procedere al confronto tra il numero e la durata dei ricoveri un anno prima e un anno dopo l'inserimento presso il Servizio IESA è stata applicata la statistica t-test per dati appaiati attraverso l'utilizzo del software statistico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versione 23.0 inglese). Il livello di significatività (α) era fissato allo 0,05 per tutti i confronti effettuati.

Risultati

Dal 1998 al 2017 sono stati inseriti presso il Servizio IESA 60 pazienti con progetto full-time. Sono stati raccolti ed esaminati i dati relativi a 61 progetti (per un utente si sono registrati 2 inserimenti presso il Servizio IESA a distanza di più di un anno l'uno dall'altro) della durata di almeno un anno. Nella tabella 1 sono riportate frequenze e percentuali relative ai dati anagrafici, alla diagnosi, al tipo di progetto e collocazione precedente.

Tabella 1. Caratteristiche del campione.

	Frequenze (N)	Percentuali (%)
Età		
18-35	11	18,0
36-45	13	21,3
46-55	15	24,6
56-65	14	23,0
66 e oltre	8	13,1
Genere		
Uomini	33	54,1
Donne	28	45,9
Diagnosi principale		
Disturbi di personalità	8	13,1
Schizofrenie	34	55,7
Disturbi dell'umore	11	18,0
Ritardo mentale e disturbi a eziologia organica	5	8,2
Altro*	3	4,9
Tipo di progetto		
A medio termine	38	62,3
A lungo termine	23	37,7
Collocazione precedente		
Casa propria	24	39,3
Comunità terapeutiche	23	37,7
Altro**	14	23,0

* La voce Altro riferita alla categoria Diagnosi principale si riferisce a disturbo dell'adattamento, disturbo o reazione dissociativa e disturbo dell'alimentazione.

³ ASLTO3 – CARTA DEI SERVIZI (Vademecum) – 2018/2019.

www.aslto3.piemonte.it/azienda/dwd/carta_servizi_2018-2019.pdf. Consultato il 31/07/2019.

** La voce Altro riferita alla categoria Collocazione precedente si riferisce a dormitorio (n. 1), gruppi appartamento (n. 9), pensione assistita (n. 3) e residenza assistenziale (n. 1).

L'età media del campione all'avvio del progetto IESA è di 50,7 anni (DS=14,4), in particolare l'età media delle donne è pari a 49,8 anni (DS=14,5) e quella degli uomini pari a 51,5 anni (DS=14,5).

La durata media dei progetti esaminati, comprensivi di quelli ancora in corso al 31/12/2018, è di 2.254 giorni (DS=1.737; min=373; max=7.050) corrispondenti a 6 anni, 2 mesi e 3 giorni.

Per 21 progetti (34,4%) è stato registrato almeno un ricovero per motivi psichici in Casa di Cura oppure in SPDC un anno prima dell'inserimento IESA. La maggior parte dei ricoveri ospedalieri si registrano per gli uomini (13 su 21). Tredici dei partecipanti che sono stati ricoverati si trovavano a casa propria, cinque in comunità, due in gruppo appartamento e uno in pensione assistita. Per 11 progetti (n.11) si tratta di pazienti affetti da disturbi dell'area delle schizofrenie, sei progetti riguardano pazienti con disturbi dell'umore, tre progetti pazienti con disturbo di personalità e un progetto un paziente con ritardo mentale.

In seguito all'inserimento IESA, cinque pazienti (8,2 %) sono stati ricoverati in Casa di Cura o in SPDC per motivi psichici. Si tratta di tre uomini e due donne. Due pazienti provenivano da una comunità terapeutica, due dal domicilio e un paziente da una pensione assistita. Tre pazienti risultano affetti da disturbi dell'umore, un paziente da un disturbo di personalità e un altro da schizofrenia di tipo paranoide.

Il grafico 1 e grafico 2 confrontano rispettivamente il numero dei ricoveri e il numero delle giornate di ricovero registrate prima e dopo l'inserimento eterofamiliare.

Grafico 1. Confronto tra il numero dei ricoveri prima e dopo l'inserimento IESA.

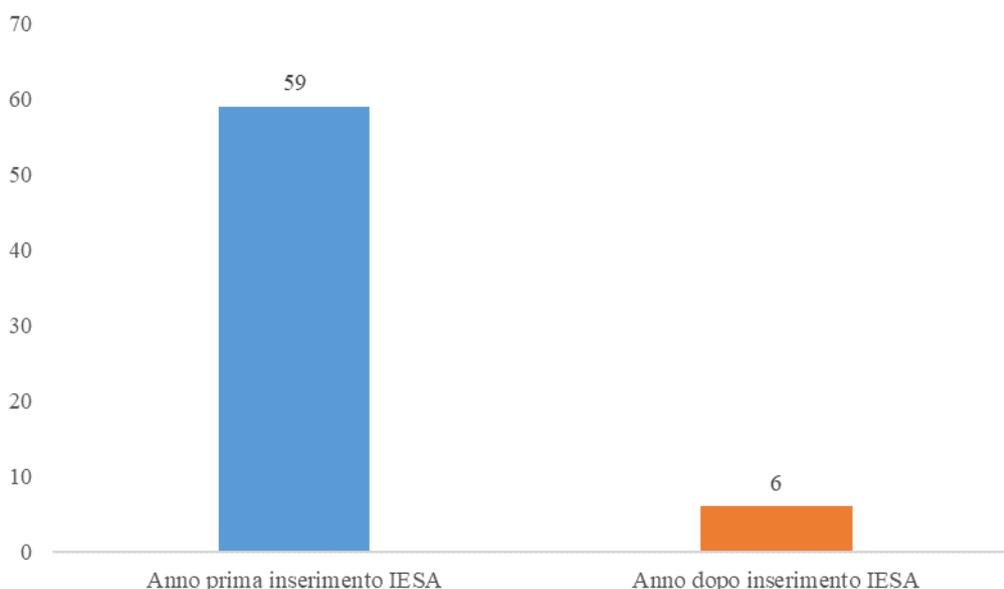
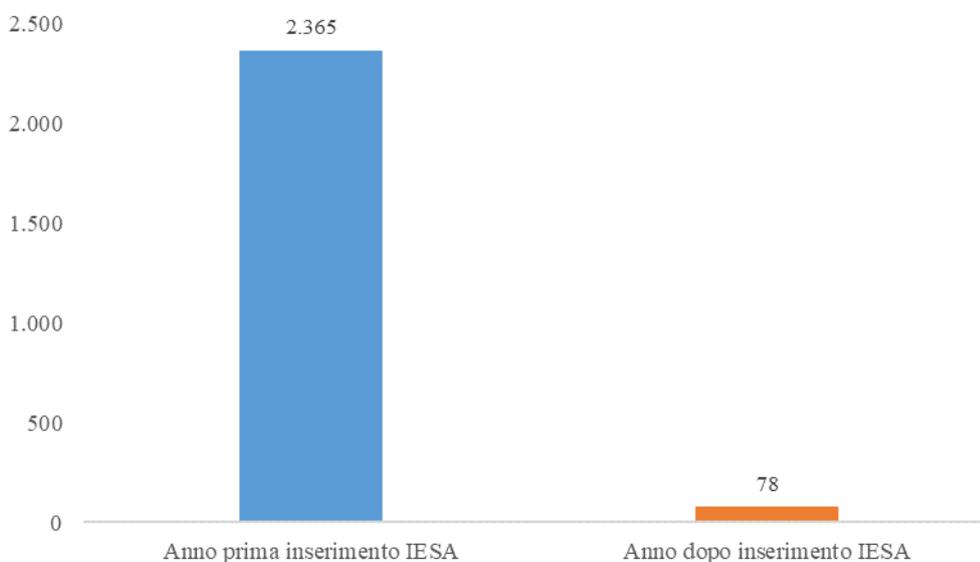


Grafico 2. Confronto delle giornate erogate prima e dopo l’inserimento IESA.



Il confronto del numero di ricoveri dovuti a problemi psichici un anno prima e un anno dopo l’inserimento eterofamiliare ha evidenziato una significativa riduzione passando da un totale di 59 ricoveri e una media di 1 a un totale di 6 ricoveri e una media di 0,1 ($t(60)=3,71$; $p=0,0005$). Si osserva una differenza statisticamente significativa anche dal confronto delle giornate di ricovero rilevate prima (Totale = 2.365; Media = 38,8) e dopo (Totale = 78; Media = 1,3) l’avvio di un progetto IESA ($t(60)=4,05$; $p=0,0002$).

Dai risultati emersi si evince che il numero e la durata dei ricoveri sono diminuiti nel periodo successivo all’inserimento IESA e tali riduzioni sono statisticamente significative.

Conclusioni

Lo scopo di questa ricerca era testare l’ipotesi secondo cui il numero di ricoveri e le giornate di ricovero di pazienti presi in carico dal Servizio IESA variasse prima e dopo l’inserimento eterofamiliare. Dai risultati è emerso che sia il numero di ricoveri che il numero delle giornate di ricovero diminuisce in seguito all’inserimento presso una famiglia IESA e tale riduzione è statisticamente significativa. Queste evidenze supportano i risultati emersi nella precedente ricerca (Aluffi, Iob & Zuffranieri, 2017).

Il disturbo mentale non è solo determinato da fattori biologici: a influenzarne lo sviluppo e l’evoluzione vi contribuisce in modo importante il contesto bio-psico-sociale e culturale entro il quale l’individuo cresce (Engel, 1977). Pertanto l’ambiente al pari della componente biologica spiega il disagio psichico: come afferma Liotti “il 100% del comportamento umano è innato, e il 100% del comportamento umano è appreso” (Liotti, 2001, p. 49). L’inserimento IESA mira a costruire un contesto relazionale, spontaneo e autentico, accogliente e attento ai bisogni dell’ospite, volto a “correggere” i suoi vissuti emotivi, le sue credenze, i suoi atteggiamenti e il suo comportamento. Il bisogno di condividere momenti difficili, gioie e speranze, di essere visti, rassicurati e sostenuti rappresenta una componente sana di una vita psichica e relazionale appagante (Gazzillo, 2016). In quest’ottica il Servizio IESA si propone di offrire al paziente, insieme alla famiglia, “esperienze emozionali correttive” (Alexander, 2007) al fine di promuovere il benessere psicofisico e migliorare il suo funzionamento psichico e interpersonale. I risultati di questo lavoro sembrano sostenere l’ipotesi che l’ambiente “famiglia” possa assolvere una funzione terapeutica in linea con quanto evidenziato dagli studi sul fattore terapeutico ambientale (Aluffi, 2014).

In merito ai limiti dello studio, il disegno di ricerca non consente di isolare la relazione tra inserimento eterofamiliare e riduzione dei ricoveri in quanto altri fattori possono influenzare i risultati emersi; pertanto non è possibile stabilire una relazione causale tra i due eventi.

Visti i risultati emersi nello studio, si ritiene utile estendere questa tipologia di ricerca ad altre sedi in diversi Paesi Europei nei quali è diffusa la pratica dell'inserimento eterofamiliare realizzando uno studio osservazionale multicentrico.

Riferimenti bibliografici

- Alexander, F. (2007). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. 1950. *The Psychoanalytic Quarterly*, 76(4), 1065-1083.
- Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono: Oltre la psichiatria*. Gruppo Abele: Torino.
- Aluffi, G. (2014). Il fattore terapeutico ambientale nell'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici (IESA). *Psichiatria/Informazione*, 3.
- Aluffi, G., Iob G., & Zuffranieri, M. (2017). Uno studio retrospettivo sullo IESA. Nuove evidenze a supporto del Fattore Terapeutico Ambientale attraverso un'analisi dei ricoveri in pazienti psichiatrici. *Dymphna's Family*, 00, 13-19.
- Drachman, D. (1981). A residential continuum for the chronically mentally ill: A Markov probability model. *Evaluation and the Health Professions*, 4, 93-104.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti: Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Cortina: Milano.
- Geller, J.L., & Fisher, W.H. (1993). The Linear Continuum of Transitional Residences: Debunking the myth. *The American journal of psychiatry*, 150(7), 1070-1076.
- Iob, G., Ceccarini, L., Zuffranieri, M., Aluffi, G. (2017). Famiglie terapeutiche. Uno studio esplorativo sui candidati ospitanti IESA. *Dymphna's Family*, 00, 53-60.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Cortina: Milano.
- Maone, A. (2012). *Dimissione e inserimento sociale. Oltre il mito del continuum residenziale*. In A. Ferruta, G. Foresti & M. Vigorelli (a cura di), *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti e minori*. Raffaello Cortina: Milano.
- Payne, J.H. (2014). Residential Services and Independent Living. In Pratt, C.W., Gill, K.J., Barrett, N.M., Roberts, M.M. (A cura di), *Psychiatric Rehabilitation* (pp. 341-372). Academic Press: San Diego.
- Ridgway, P., Zipple, A.M. (1990). The Paradigm Shift in Residential Services: From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11-31.
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*, 5(3), 151-157.

A Trento si è consolidato un progetto IESA particolare e multicolore: “Amici per casa”

Cortivo M. *, De Stefani R. **

Abstract

Il Servizio di salute mentale di Trento investe da più di 10 anni in forme di abitare ‘leggero’, coerenti con l’approccio del ‘fareassieme’ che lo caratterizza. Lo strumento che ci ha supportato in questa direzione è la ‘Mappa dell’Abitare’ che riporta le varie opportunità abitative in cui l’utente è chiamato a svolgere un ruolo di protagonista assumendosi la responsabilità della scelta. A partire dal 2005 si sono rapidamente moltiplicate le convivenze tra utenti, facilitate e accompagnate da operatori dell’Area Abitare, ma centrate sull’autonomia e sui percorsi di recovery. Nel 2014 è nato, in stretta collaborazione col Comune di Trento, il Progetto “Amici per Casa”, oggetto di questo contributo. Ispirato al modello IESA, si avvale di richiedenti asilo che accolgono in convivenza utenti del Servizio di salute mentale in difficoltà. I richiedenti asilo fanno un breve corso teorico-pratico di informazione/sensibilizzazione sulla salute mentale e se ritenuti motivati e idonei si attiva l’accoglienza, in alloggi solitamente messi a disposizione da associazioni disponibili, dall’Ente di edilizia agevolata o da utenti che ne hanno disponibilità. La chiave di volta e di successo del progetto è il clima, improntato alla qualità relazionale ed affettiva, tra accoglienti e accolti. Accoglienti che si sentono i ‘fratelli maggiori’ degli utenti, e utenti che vivono questo tipo di rapporto con particolare soddisfazione una volta che ne colgono il valore aggiunto che li rende inevitabilmente più autonomi e responsabili. Tutto questo con un miglioramento radicale della qualità della vita, sia di accoglienti che di accolti, e con importanti risparmi rispetto a forme di residenzialità a varia protezione. Il dato di più di 50 accoglienze attive al 31.12.2018 ne certifica il gradimento e il successo.

Parole chiave: “fareassieme”, Mappa dell’Abitare, protagonismo e responsabilità nell’abitare, convivenze tra utenti, accoglienze da parte di richiedenti asilo, qualità delle relazioni.

A partire dal 2000 il Servizio di salute mentale di Trento ha cominciato a investire in un approccio e in pratiche di lavoro che da subito hanno preso il nome di ‘fareassieme’.

‘Fareassieme’ significa mettere in campo molteplici iniziative che vedono utenti, familiari, operatori e cittadini attivi impegnati a ‘lavorare assieme’, in contesti, gruppi e percorsi di cura al cui interno si dà pari valore al sapere dei professionisti e al sapere esperienziale di utenti e familiari.

Nel corso degli anni questo approccio ha messo radici in tutte le aree di lavoro del Servizio promuovendo e valorizzando la responsabilità personale di tutti i protagonisti della salute mentale, allineandosi sempre più verso un Servizio *recovery-oriented*. Biglietto da visita più noto del ‘fareassieme’ sono gli UFE (Utenti Familiari Esperti), ‘nati’ nel 2004 e poi progressivamente inseriti in tutte le aree di lavoro del Servizio, affiancando gli operatori, per offrire il proprio sapere esperienziale ai loro pari che ancora vivono situazioni di disagio.

Naturalmente il ‘fareassieme’ ha contaminato anche l’area dell’abitare. Anzitutto, sono state azzerate le strutture ad alta protezione (quelle che vedono la presenza di operatori su tutto l’arco delle 24 ore), liberando risorse e reinvestendo, d’intesa con l’Azienda sanitaria, quei risparmi in attività del ‘fareassieme’.

Nell’area della residenzialità sono sorte due iniziative particolarmente innovative: una di cornice, la Mappa dell’abitare, e una di merito, che costituisce il cuore di questo contributo, cioè l’accoglienza di utenti del Servizio di Salute Mentale da parte di richiedenti asilo.

* Psicologa psicoterapeuta, referente Area Abitare Servizio di Salute Mentale di Trento.

** Medico Psichiatra, ex Direttore Dipartimento di Salute Mentale di Trento.

La Mappa dell'abitare

Si tratta di un pieghevole a colori, con simpatiche vignette che raffigurano le varie soluzioni abitative, strumento forte del 'fareassieme' mirato alla co-costruzione dei progetti abitativi e riabilitativi. Si mettono in cerchio tutti gli interessati: l'utente, i familiari (se ci sono e lo vogliono), altre persone importanti per l'utente, i suoi operatori di riferimento e la responsabile dell'area abitare. Rispetto al passato, quando la decisione veniva presa dagli operatori, l'uso della Mappa e del cerchio sovvertono le regole del gioco. Tutti sono alla pari e insieme si vanno "fisicamente" a vedere le possibilità abitative ritenute più interessanti dal gruppo, lasciando l'ultima parola all'utente. Questo perché è lui che andrà a vivere quel luogo e avere l'ultima parola lo rende responsabile e protagonista del suo percorso di *recovery*, un concetto che è sempre più nel DNA del Servizio, con l'istituzione che è sempre meno "padrone di casa" e l'utente sempre meno in una situazione di dipendenza.

Progetto "Amici per casa": le accoglienze da parte di richiedenti asilo di utenti del Servizio.

Negli ultimi anni quanto maturato e appreso nelle convivenze tra utenti ha prodotto una forte sinergia fra amministrazioni, servizi sociali e sanitari, privato sociale e territori, promuovendo un circuito dell'abitare fortemente orientato all'inclusione sociale, coniugando innovazione, appropriatezza e sostenibilità.

In questo contesto nasce a fine 2012 il Progetto "Amici per Casa", sempre nell'ottica e nello spirito del 'fareassieme', che oggi è stato fortemente strutturato ed è in continua crescita, come si vedrà dai numeri riportati nelle tabelle.

Quando alcune situazioni critiche di utenti non trovano risposte con le soluzioni esistenti, è opportuno usare due ingredienti: coraggio e fantasia. Così, insieme al Comune di Trento, si è provato a costruire delle convivenze tra utenti del Servizio e richiedenti asilo. Una soluzione che all'inizio è apparsa bizzarra, ma che oggi rappresenta un fiore all'occhiello della salute mentale trentina.

Molti passaggi della costruzione dei progetti sono simili a quelli delle convivenze tra utenti: dall'utilizzo della Mappa alla scelta del convivente, alla ricerca dell'appartamento più adatto alle esigenze. Ma c'è un forte valore aggiunto in questa esperienza, che è stato immediatamente evidente: l'apporto dei richiedenti asilo, che è assimilabile a quello delle famiglie ospitanti dei progetti IESA.

Queste persone, in gran parte arrivate con la prima ondata libica del 2011, dopo un breve corso, mettono nella convivenza con gli utenti non tanto competenze professionali (che non hanno), ma la disponibilità umana e relazionale che quasi sempre li caratterizza, figlia di una cultura africana nella quale vige il principio della famiglia allargata, in cui il membro "debole" viene accompagnato affettivamente e concretamente nelle sue difficoltà. Una perfetta sintonia con i principi del "fareassieme" e con il modello IESA.

Gli utenti hanno colto nei richiedenti asilo dei veri "fratelli maggiori" e ne hanno tratto qualità di vita e di relazione. I richiedenti asilo parallelamente hanno svolto questo compito di "fratelli maggiori", guadagnandosi uno status sociale, un ruolo e una famiglia. Anche in questo particolarissimo connubio la filosofia del "fareassieme" ha giocato un ruolo fondamentale e si è rapidamente allargata in altri ambiti di disagio, con risparmi economici importanti, come avviene nelle convivenze tra utenti e in altri progetti di accoglienza eterofamiliare. L'ospitante percepisce un rimborso, secondo le normative che regolamentano gli affidi dei minori e analogamente a quanto accade nei progetti IESA. Si tratta di un passaggio essenziale che legittima l'accogliente nell'aiuto che fornisce all'italiano in difficoltà, sovvertendo tutti gli stereotipi che accompagnano la delicata questione dei migranti.

La partenza fu in sordina, con il determinante appoggio del Comune di Trento che mise risorse proprie per offrire quel sostegno economico appena citato al richiedente asilo, vincendo le resistenze iniziali dell'amministrazione provinciale. In un paio d'anni i principali ostacoli si sciolsero, a partire dal più pesante, cioè quello di sancire che l'accogliente potesse esercitare la sua funzione pur non essendo titolare di una casa e quindi andando a vivere nella casa dell'accolto, al contrario dei classici modelli di accoglienza eterofamiliare supportata. E senza dimenticare i dubbi dai professionisti, a fronte dei successi che il Progetto andava raccogliendo, elemento essenziale per convincere i San Tommaso di turno. "Amici per casa" era decisamente nato e cresceva in buona salute.

Riportiamo brevemente gli aspetti fondamentali del Progetto per renderlo più chiaro al lettore interessato.

Il nome del Progetto: “Amici per Casa”

La scelta del nome non è casuale, rimarca che la variabile fondamentale che attraversa il Progetto, e perciò l'accoglienza e quindi la convivenza, è la dimensione amicale, affettiva, relazionale. Una dimensione non sempre valorizzata nella salute mentale tradizionale che fa fatica a coglierne il valore.

Il contesto normativo

Legge Provinciale 13/2007 “Interventi integrativi o sostitutivi di funzioni proprie del nucleo familiare” Art. 34, comma f) “*servizio di accoglienza di minori e adulti presso famiglie e/o singoli volti a fornire una misura alternativa ai Servizi residenziali se essi non possono essere assistiti nel proprio ambito familiare*”.

Il Progetto “Amici per casa” è sostenuto da questa norma di legge con alcune peculiarità particolari:

- prevede che il soggetto “accogliente” possa non essere intestatario di un alloggio dove “accogliere” l’utente, ma svolga le sue funzioni di “accoglienza” anche presso il domicilio dell’“accolto”;
- il richiedente asilo viene, come “accogliente”, equiparato alla famiglia affidataria o al single di cui parla la normativa;
- l’accogliente riceve un contributo economico come da norma, definito nella misura da una Commissione ad hoc.

Macro-obiettivi di “Amici per casa”

- valorizzare in chiave fortemente innovativa le risorse potenziali di “accolti” e “accoglienti”, riconoscendone i diritti di cittadinanza e di inclusione sociale;
- migliorare il benessere di accoglienti ed accolti, attraverso l’incrocio di bisogni e risorse e promuovendone la crescita in un contesto relazionale accogliente e amicale ed il più possibile “normale”;
- per l’accolto consolidarne la presenza nel contesto della comunità in cui risiede ed evitare l’istituzionalizzazione; essere sostenuto nelle sue autonomie e negli aspetti problematici del quotidiano;
- per l’accogliente avere una opportunità abitativa e un’entrata economica; beneficiare di un percorso formativo funzionale alle sue scelte di vita; valorizzarne lo status sociale;
- monitorare e verificare l’efficacia del progetto rispetto alle problematiche affrontate;
- essere competitivi sotto il profilo economico liberando risorse per altri progetti a centralità territoriale.

Destinatari del Progetto

Gli Accolti

- utenti del Servizio di salute mentale fortemente motivati al Progetto di accoglienza, anche attraverso il percorso fatto con la Mappa dell’abitare e acquisito il parere della Commissione accoglienze (cfr. oltre);
- la tipologia dell’utente va intesa a 360°. Non vi sono, anche in base alle esperienze fatte, psicopatologie o dati anamnestici o storie personali che più si prestano a rientrare nel Progetto.

È bene ricordare che le nuove frontiere sulla qualità dei servizi, in questo caso l’abitare, identificano come più efficaci quei percorsi dove è presente una forte dimensione “affettiva” della relazione.

Gli Accoglienti

- richiedenti asilo che hanno rielaborato le proprie difficoltà e sono disponibili a metterle in gioco nelle relazioni di vicinanza in un contesto affettivamente ricco e segnato da rapporti relazionali amicali;
- i richiedenti asilo sono segnalati dai Servizi che li hanno in carico e che ne garantiscono

l'assenza di problemi di dipendenza in corso, di problematiche giudiziarie pendenti, del possesso del permesso di soggiorno e di capacità relazionali ed affettive di base adeguate.

Quasi subito si sono aggiunti altre tipologie di potenziali accoglienti quali disoccupati, senza fissa dimora, cittadini stranieri anche se non richiedenti asilo, a condizioni che siano caratterizzati, come i richiedenti asilo, in tema di disponibilità, interesse e capacità relazionali e affettive.

La formazione degli accoglienti

- colloquio di filtro/preselezione da parte della Commissione accoglienze per accertare motivazione e requisiti;
- un corso articolato in 40 ore di aula sull'organizzazione dei Servizi e sulle conoscenze elementari in tema di salute mentale e 60 ore di tirocinio svolte in servizi di salute mentale/sociali. A fine corso viene effettuato un colloquio di restituzione su capacità e fragilità dell'accogliente, con valutazione di idoneità all'accoglienza.

Luoghi di vita del Progetto

- case degli accolti;
- appartamenti di Associazioni o Cooperative sociali;
- appartamenti dell'edilizia abitativa pubblica;
- case degli accoglienti.

Commissione accoglienze

La Commissione è composta da operatori del Servizio di salute mentale afferenti all'area abitare e operatori del Servizio sociale afferenti all'area inclusione sociale, a partire dalle due responsabili dei rispettivi ambiti.

La Commissione valuta l'idoneità e la priorità delle richieste pervenute sul fronte accolti in base a:

- la motivazione della persona;
- la criticità della situazione abitativa/famigliare;
- la necessità di trovare soluzioni alternative a percorsi di tipo residenziale;
- l'esito dei percorsi precedenti, gli anni di presa in carico e la conoscenza della persona;
- la condivisione del progetto da parte di tutti i soggetti della rete formale e informale che hanno un ruolo nella vita della persona (famiglia, Servizi, Amministratore di Sostegno, etc.);

La Commissione è impegnata a:

- individuare gli accoglienti più idonei, sulla base della valutazione del corso e di colloqui di approfondimento con la persona e i suoi referenti;
- definire la misura del contributo economico per l'accogliente, in relazione al suo impegno in termini di tempo e spese sostenute, in un range che va dai 350 agli 800 Euro/mese;
- stabilire i tempi presunti di durata del progetto;
- indicare l'operatore referente che accompagnerà il progetto, promuovendo incontri periodici con accogliente e l'accolto e con le reti territoriali;
- organizzare e accompagnare i corsi per accoglienti.

La Commissione si riunisce una volta al mese.

Fasi del processo

Attivazione del progetto

- la Commissione accoglienze effettua una prima ipotesi di abbinamento tra utente e possibili accoglienti. L'ipotesi viene discussa e approfondita con i diretti interessati e gli operatori di riferimento;
- l'operatore referente attiva un periodo di prova di 3-6 incontri tra accogliente ed utente. Se la prova da esito positivo, l'operatore inviante organizza la firma dell'accordo di accoglienza con i relativi obiettivi (Scheda Progetto) da parte di accolto, accogliente, familiari e operatori di riferimento. L'Ente locale competente predispone la documentazione amministrativa necessaria per l'avvio del Progetto. In caso di prova negativa si provvede ad individuare un nuovo accogliente o a chiudere il Progetto;

Monitoraggio e chiusura del progetto

- la Commissione monitora l'andamento del Progetto e del materiale utilizzato: Scheda Presentazione, Scheda Progetto, Scheda Utente, Scheda Accogliente, Scheda Verifica. Il monitoraggio del progetto avviene attraverso incontri periodici di verifica, presenti i diretti interessati e gli operatori di riferimento;
- gli operatori di riferimento compilano le schede che sono anche nella disponibilità della Commissione;
- la condivisione del progetto è elemento cardine per la sua buona riuscita e qualsiasi soggetto coinvolto può chiedere di discuterla o di rivalutarla in ogni momento, al di là della data di scadenza;
- la Commissione allo scadere del progetto di accoglienza si incontra con i diretti interessati e gli operatori di riferimento per valutarne gli esiti e una eventuale proroga, motivata e condivisa;
- in caso di interruzione non concordata (vale a dire improvvisa e imprevista) dell'accoglienza l'operatore referente da tempestiva comunicazione ai servizi coinvolti e alla Commissione, anche al fine di organizzare un incontro in tempo reale per discutere la situazione e individuare un nuovo percorso.

Work in progress

Il Progetto "Amici per casa" necessita di essere migliorato in alcuni aspetti, pur in parte già presenti:

- informatizzazione completa di tutto il volume d'affari delle accoglienze e delle Schede di accompagnamento;
- implementazione di un sistema di valutazione basato su indicatori di processo e di esito che diano un quadro più approfondito rispetto a quello attuale che si basa su indicatori di gradimento di accolti e accoglienti, di durata delle accoglienze e su valutazioni di efficacia fatte dagli operatori tratte dalle schede che accompagnano il progetto e comprensive del numero di crisi e ricoveri rispetto al pregresso;
- informatizzazione del costo delle singole accoglienze e dei risparmi rispetto alle alternative istituzionali;
- integrazione della Commissione con rappresentanti di accoglienti e accolti;
- moltiplicare l'attuale gruppo AMA accoglienti e raddoppiarne la frequenza temporale degli incontri (da 1 al mese a 1 ogni 2 settimane) e attribuendo la facilitazione dei 2 gruppi ad accoglienti;
- dare un ruolo di formazione e supporto ai nuovi accoglienti da parte di un gruppo selezionato di accoglienti "esperti" (sulla base dell'esperienza UFE).
- implementare la collaborazione con l'Agenzia del Lavoro Provinciale per valorizzare le capacità acquisite nelle esperienze di accoglienza utili da spendere nel mercato del lavoro.

Conclusioni

Le accoglienze qui descritte sono centrate su un'utenza che afferisce alla salute mentale. Questo perché per i primi 2-3 anni il progetto ha riguardato in specifico tale utenza. Allo stato attuale il Comune di Trento ha attivato la stessa tipologia di accoglienza rivolta a utenti con altri disagi: disabilità, adolescenza critica, anziani non autosufficienti. Dalle tabelle conclusive risulterà quanto stanno incidendo sul totale delle accoglienze queste nuove utenze. Al di là dei numeri il dato più interessante è che il modello nato in salute mentale si è esteso con risultati positivi analoghi tendenzialmente in tutti i disagi che necessitano di un accompagnamento relazionale/affettivo, con tutti i vantaggi psicosociali ed economici che questo comporta, così come si auspica per ogni forma di Inserimento Eterofamiliare Supportato.

Tabella 1. Accolti, Accoglienti e Accoglienze 2015-2018. Dati totali x anno (turnover) e dati su giorno. Dati per utenza salute mentale, dati per tutte le tipologie di utenza.

	Attivate 01/01-31/12 Servizio salute mentale			Attive al 31/12 Servizio salute mentale			Attivate 01/01-31/12 Tutte le tipologie			Attive al 31/12 Tutte le tipologie		
	Accolti	Accoglienti	Accoglienze	Accolti	Accoglienti	Accoglienze	Accolti	Accoglienti	Accoglienze	Accolti	Accoglienti	Accoglienze
2015	30	36	45	14	22	25	39	41	54	16	24	28
2016	44	48	62	24	29	34	49	50	68	27	32	38
2017	61	56	82	40	40	52	77	63	99	49	48	64
2018	67	63	87	36	44	56	98	83	123	55	58	79

L'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti (IESM). Accoglienza, integrazione, esiti

Pace G. *, Palazzo V. **, Palmieri P. ***

Abstract

L'articolo illustra lo sviluppo del progetto di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti sviluppato all'interno di processi di accoglienza e di integrazione mirati ad una reale inclusione sociale attraverso famiglie di volontari accompagnate a supportare gli ospiti (migranti) nelle loro diverse attività.

Si delineano i passaggi necessari alla costruzione e allo sviluppo del progetto e gli intrecci culturali inerenti la specificità della tipologia di ospiti coinvolti nella pratica del servizio.

Vengono inoltre presentati alcuni case report, raccolti dal Servizio IESM della Cooperativa Nemo di Poirino (TO).

Dai dati raccolti in Piemonte relativi alle esperienze di inserimento lavorativo e abitativo dei migranti che escono dai centri di accoglienza, il modello IESM al momento attuale si rivela un efficace e sostenibile strumento di realizzazione del concetto di integrazione.

Parole chiave: Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti, integrazione, cultura, inclusione sociale, famiglia, volontariato, migranti, psichiatria transculturale.

In un momento storico attraversato da instabilità politica, economica e sociale, dove la gestione dei flussi migratori da Paesi esterni all'Unione Europea è tema ricorrente dei notiziari nazionali, l'antropologo Andrea Staid (Staid, 2018) scrive: “[...] A ognuno il suo modo di reinventare, mescolare la propria cultura di origine con quella, più precisamente con quelle, che si incontrano nel paese di arrivo”.

I processi di accoglienza e di integrazione assumono in questi contesti un ruolo di particolare rilievo e la diffusione di pratiche quali lo IESA rivolto ai migranti¹ offre una panoramica interessante su realtà di accoglienza che già in altre parti del mondo, da anni, sono state avviate con successo.

Il progetto di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti (IESM), in questo difficile momento storico, si è collocato in un'area di sviluppo di pratiche orientate a promuovere un'integrazione effettiva dei soggetti all'interno del tessuto sociale. E se *una politica migratoria europea lungimirante e globale, fondata sulla solidarietà, rappresenta un obiettivo fondamentale per l'Unione Europea*², l'attività condotta dalle famiglie volontarie selezionate e supportate dall'équipe preposta ad affiancarle si sviluppa anche a partire da questi principi.

Lo IESM consiste in una modalità abitativa che, pur avviata all'interno di un progetto di ospitalità presso un Centro di Accoglienza Straordinaria (CAS), si rivela un'alternativa finalizzata al miglioramento delle condizioni esistenziali e di integrazione culturale di persone migranti (in salute o con fragilità), attraverso un inserimento presso famiglie di volontari non loro congiunte. I volontari ospitanti possono essere coppie, nuclei con figli, famiglie allargate, singoli o case famiglia e aziende agricole.

La funzione che la famiglia assolve è quella di esserci nel quotidiano, di aprire la propria casa e supportare l'ospite nelle diverse attività che facilitano una “reale” inclusione sociale. Dolorosamente reale è il rapporto 2018 dell'organizzazione umanitaria di Medici per i Diritti Umani (MEDU)³ sulla

*Psicologa Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Docente e Formatrice in ambito sanitario e dello IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti).

**Psicologa, Formatrice IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti).

***Psicologa Psicoterapeuta, Presidente Cooperativa NEMO.

¹ IESM (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Migranti).

²http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/it/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.12.3.html

³ Medici per i Diritti Umani (MEDU) è un'organizzazione umanitaria e di solidarietà internazionale senza fini di lucro, che si propone di portare aiuto sanitario alle popolazioni più vulnerabili, nelle situazioni di crisi in Italia e all'estero.

condizione di vita e di lavoro dei migranti stranieri che lavorano nella Piana di Gioia Tauro: 3500 persone in insediamenti vari lavorano, in condizioni di pesante sfruttamento, per i produttori locali di arance, clementine e kiwi, in situazioni abitative indecenti e nell'illegalità.

Quando dunque facciamo riferimento ad una “reale inclusione” sociale nello sviluppo di questo servizio di inserimento di migranti in famiglia, ci muoviamo per andare oltre l'accoglienza facendo passi concreti verso l'integrazione. Questo tipo di integrazione passa dalla conoscenza della cultura ospitante e, attraverso una concreta possibilità di vita autonoma nel nuovo paese, imprescindibilmente da un lavoro e da un'indipendenza economica che consentano, in futuro, il mantenimento di una propria abitazione. In tal senso si muovono anche i CAS, ma, per questioni numeriche, in tali contesti le risorse disponibili vengono indirizzate su una grande quantità di ospiti. In famiglia, invece, ogni risorsa reperita, sia essa di tipo relazionale, di formazione o di lavoro, può essere offerta ad un singolo ospite. Ci sono così maggiori probabilità di mettere in atto veri e propri percorsi di integrazione sociale.

In quest'ottica il progetto guarda alla possibilità di “ri-generare la risorsa famiglia” valorizzando le storie e i legami presenti sul nostro territorio che si possono intrecciare ad altre storie, di migranti da paesi sofferenti, a partire da nuovi incontri spesso forieri di esperienze di crescita condivisa.

A testimonianza di questo processo riportiamo la storia di F. e della famiglia P.

F. ha 19 anni quando viene selezionato per il progetto. Arriva dalla Guinea Bissau, ha un discreto livello di scolarizzazione e gioca a calcio. Entrambi i genitori sono mancati. In Africa ha lasciato una sorella di 18 anni che vorrebbe portare qui.

Quando gli abbiamo chiesto come avrebbe voluto che fosse la sua famiglia ospitante ci ha detto “*una famiglia tranquilla, che vive a Torino.*” E poi aggiunge “*Mi piacciono i bambini e i gatti*”.

La famiglia che abbiamo trovato e che lo accoglie da 10 mesi ha 3 figli, di cui due vivono fuori casa, si trova a Torino e, al momento, non ha gatti.

I signori P. avevano avuto precedenti esperienze di accoglienza di persone straniere e sin dal primo colloquio hanno manifestato uno spirito di apertura. La loro è una famiglia cattolica praticante che, non appena ha deciso di candidarsi come famiglia ospitante, ha attivato la propria rete sociale di contatti per divulgare il nostro progetto.

La moglie lavora come fisioterapista, mentre il marito è un imprenditore agricolo che ci ha subito esplicitato il desiderio di non voler mischiare la relazione di accoglienza con quella che si andrebbe a sviluppare nel caso in cui l'ospite lavorasse anche per la famiglia. Nel rispetto della sua scelta, la strada che questa convivenza ha preso, molto rapidamente rispetto ad altre, si è ben delineata a partire dalla ricerca all'esterno di un lavoro per F., con l'attivazione di un vero e proprio contratto lavorativo presso un'azienda agricola esterna alla famiglia.

F. ha riversato un grande impegno sia sul lato professionale che scolastico nel cercare di inserirsi nel tessuto sociale che lo ha accolto.

La presenza in seno alla famiglia della figlia (studentessa) quasi coetanea di F., inizialmente sembrava essere una buona risorsa per facilitare le nuove conoscenze. Poi però le uscite insieme hanno iniziato a diradarsi e la famiglia ci ha riportato alcune dinamiche di gelosia che abbiamo ritenuto opportuno affrontare. È così che le visite domiciliari successive hanno aperto a un elemento culturale che fino a quel momento non era stato riconosciuto e che toccava le modalità accettabili di rapporto tra il maschile e il femminile. “*Io non posso entrare nella stanza di una giovane ragazza*” ci disse F. quel pomeriggio e in parallelo emerse l'attenzione più dedicata che gli ospitanti hanno sentito di dover rivolgere a F. per facilitarlo nell'entrata, non solo in famiglia, ma nella rete sociale che da lì in poi lo ha visto insieme a loro in occasione di compleanni, cene di Natale, partite allo stadio e fine settimana nella casa in montagna.

Oggi sia F. che la famiglia ospitante ci dicono che nell'ultimo periodo il tempo condiviso è molto meno che all'inizio dell'inserimento. Il lavoro, la scuola e gli orari seguiti per il consumo dei pasti secondo i precetti del Ramadan contribuiscono a ridurre le occasioni per loro di ritrovarsi intorno a un tavolo. L'ultima visita domiciliare si è infatti conclusa con la volontà da parte di tutti di cercare occasioni per trascorrere maggiormente insieme il poco tempo libero.

Origini

Il progetto origina dalla declinazione verso una popolazione di persone attualmente in difficoltà (quali sono i migranti) del modello di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA) sviluppato e diffuso in Italia dal 1997 a Collegno dal Servizio IESA dell'ASLTO3, creato e diretto dal Dottor Gianfranco Aluffi.

In linea con quanto previsto dal D.P.R. 7/4/94 (Approvazione del Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1994 – 1996) lo IESM individua nella “*dimensione familiare capace di aderire ai bisogni di vita delle persone*” i principi a cui è bene si ispiri la gestione delle situazioni di accoglienza di Migranti, adulti e minori, in salute e con problemi psichici.

Avvio dei progetti

I passaggi necessari alla costruzione e allo sviluppo del progetto avviato con la Cooperativa Nemo sono stati condotti da un'équipe di operatori con una formazione specialistica nell'ambito IESA.

Le attività principali inerenti l'avvio, lo sviluppo ed il monitoraggio del servizio concernono la sensibilizzazione, la promozione, la formazione degli operatori, il reperimento, la selezione e l'abbinamento di famiglie e ospiti, il corso di formazione famiglie, l'avvio e il monitoraggio delle convivenze.

Quando i migranti arrivano in Italia, vengono accolti in centri di smistamento che si occupano del loro invio presso i CAS sul territorio nazionale. Il lavoro dei centri di accoglienza consiste nel fornire: supporto nelle prime pratiche burocratiche (impronte digitali, fotosegnalamento, accompagnamento nella formalizzazione della richiesta d'asilo, ottenimento del permesso di soggiorno), vitto, alloggio, kit vestiario, kit igiene personale, scheda telefonica, screening sanitario e accompagnamento sanitario, supporto psicologico, insegnamento della lingua italiana ed educazione civica, accompagnamento giuridico (pratiche per domanda d'asilo, rinnovo permesso di soggiorno, formazione giuridica sulla protezione internazionale, tenuta da un avvocato), orientamento socio-lavorativo e formazione professionale (bilancio competenze, CV, tirocini di inserimento lavorativo e corsi di formazione professionale), orientamento al territorio (questionario sulla percezione della realtà, funzionamento uffici pubblici, come ottenere i documenti, affitto, utenze, ecc.). Il tutto viene svolto seguendo un progetto di integrazione personalizzato.

Dopo circa un anno e mezzo, due anni dall'arrivo in Italia, gli ospiti vengono convocati dalla Commissione Territoriale che vaglia la loro domanda di asilo. L'esito della Commissione può essere negativo, (in tal caso il migrante può fare ricorso) o positivo. In quest'ultimo caso il migrante può ottenere il permesso sussidiario con durata di cinque anni, il permesso di protezione internazionale con durata di cinque anni o il permesso per casi speciali (cure mediche, contingenze di eccezionale calamità, atti di particolare valore civile, attribuito direttamente dal Ministero dell'Interno) con durata di due anni. Se l'esito è positivo, l'ospite rimane all'interno del progetto CAS per altri sei mesi, eventualmente rinnovabili con adeguate motivazioni. Questo periodo deve essere impiegato per strutturare al meglio la vita autonoma del migrante sul territorio. In base al percorso individualizzato, si può concordare con l'ospite una proroga del progetto CAS, una proroga di un eventuale progetto IESM se in corso o l'inserimento in SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati). I progetti del Sistema SPRAR hanno l'obiettivo di garantire un percorso di accompagnamento ai migranti giunti in Italia, fornendo supporto in merito all'accoglienza abitativa, alla formazione linguistica, alle cure sanitarie, alla consulenza giuridica, alla formazione scolastica e all'inserimento lavorativo. Possono accedervi i migranti titolari di protezione internazionale, sussidiaria e casi speciali.

Le tempistiche del percorso del migrante sul versante giuridico subiscono grandi variazioni e, dipendendo da enti esterni, non sono in alcun modo prevedibili dall'équipe IESM. Questo rende durata e tempi dei progetti non definibili a priori. Per tale motivo la scelta dell'équipe è di stipulare contratti della durata di 6 mesi con rinnovi della medesima durata senza limiti di replica.

Le tipologie di inserimento a tempo pieno possono essere:

- inserimenti *a Breve Termine*: nel caso di progetti della durata massima di alcuni mesi, volti a supportare l'ospite, arrivato in Italia già da diversi mesi;

- inserimenti a *Medio Termine*: rivolti a giovani appena arrivati nei CAS.

Le caratteristiche dei soggetti inviati da Prefettura, Consorzi Socio-Assistenziali, Servizi Sociali dei Comuni limitrofi e Aziende Sanitarie e gli strumenti disponibili relativi alla valutazione dell'efficacia, rispetto agli obiettivi di integrazione formulati, sono importanti elementi di valutazione per l'équipe. Ad abbinamento ultimato, al termine dei primi incontri supportati tra famiglia e ospite, raccolta la volontà di procedere da parte di tutti gli attori coinvolti, l'inserimento viene avviato attraverso la stipula di un contratto regolante il rapporto di convivenza, in cui sono specificati gli oneri e i diritti delle parti, nonché i costi dell'Inserimento.

U. è un giovane di 19 anni arrivato dal Gambia da meno di un anno dal primo contatto di selezione con il servizio IESM. Della sua storia conosciamo la fuga attraverso il deserto fino alla Libia e l'approdo in Italia dove è stato inserito nella lista dei richiedenti asilo politico. Nel suo paese d'origine, della sua famiglia sono rimasti in vita solo un fratello e una donna che si era presa cura di lui e il desiderio che esprime è: *“restare in Italia, lavorare, prendere casa e restituire un po' di quello che ho ricevuto.”*

La storia della famiglia O. invece è quella di una famiglia allargata in quanto, oltre alla coppia con una bimba di 3 anni, in casa spesso sono presenti anche gli altri figli del marito e un operaio che lavora nell'azienda agricola familiare.

Il desiderio di accogliere è stato esplicitato sin dai primi colloqui e sostenuto da passate esperienze di accoglienza maturate con altre cooperative.

Tornando alla prima visita a casa della famiglia, quando U., insieme a noi, ha camminato tra le colline dell'Astigiano, nei terreni coltivati dalla famiglia, e per la prima volta si è ritrovato immerso in quella natura, ampia e rigogliosa, i suoi occhi si sono illuminati e ci ha espresso il desiderio di poter continuare questo percorso per andare a vivere con quelle persone che sin dal primo incontro si erano mostrate molto ospitali.

L'integrazione è avvenuta giorno dopo giorno, a partire dalla condivisione e scoperta di somiglianze e differenze, culturali, religiose, familiari. Lo scoglio della lingua è stato spesso superato attraverso il “fare insieme”: cucinare insieme, lavorare insieme.

La volontà della famiglia era di poter assumere U. una volta terminato il progetto con noi. Purtroppo però un lutto importante (la notizia della morte della donna che lo aveva cresciuto) ha dato uno scossone violento a un equilibrio che nei mesi precedenti all'inserimento in famiglia (ancor prima della nostra conoscenza) si era mostrato già instabile. Durante la convivenza nel Centro di Accoglienza Straordinaria aveva avuto delle difficoltà con gli altri ragazzi, il pensiero di non star bene lo aveva preoccupato. E il sintomo che, in modo via via più disturbante, ha iniziato a minare la convivenza è passato di nuovo da lì. La somatizzazione e alcuni spunti paranoici hanno preso sempre più spazio e tolto quell'energia indispensabile a portare avanti le diverse attività del quotidiano in seno a una famiglia.

Con l'interruzione della convivenza è stato avviato un lavoro di supporto psicologico e di presa in carico ambulatoriale del ragazzo presso l'ASL di competenza. Abbiamo così mantenuto i contatti tra famiglia e ospite, monitorando la possibilità di riprendere la convivenza non appena U. potesse essere in condizione di risperimentarsi all'interno di una relazione che per mesi era stata per lui di sostegno e di scoperta, sia sul versante affettivo sia su quello dell'autonomia.

Ora, a fronte di un percorso di sostegno psicologico tuttora in atto e di sedute di valutazione psichiatrica che non hanno evidenziato segni psicopatologici importanti siamo in procinto di riaprire il progetto di convivenza.

La scelta dell'équipe è stata effettuata tenendo conto dei contenuti rimandati dalla psicologa che ha seguito settimanalmente U.

Si è valutato quanto l'andare incontro alla richiesta, che l'ospite ha rinnovato quasi quotidianamente nei mesi di permanenza in CAS e che la famiglia ha dichiarato di voler sostenere, potesse significare per tutti la ripresa di un legame potenzialmente in grado di nutrire nuovamente relazioni che erano state comunque mantenute, anche durante l'interruzione dell'inserimento.

IESM: inclusione sociale e intrecci culturali

I dati raccolti in Piemonte⁴ inerenti l'inserimento lavorativo e abitativo dei migranti che escono dai centri di accoglienza dimostrano che una causa importante delle difficoltà nell'inserimento sembra essere la debolezza delle reti sociali dei richiedenti asilo e la mancanza di parenti o amici già ben inseriti nel locale mercato del lavoro. A questo si aggiungono altri aspetti a complicare ulteriormente il quadro, come ad esempio i limiti alla mobilità sul territorio. Le implicazioni di questo sistema lasciano intravedere la probabile presenza in Piemonte, in anni futuri, di persone in situazioni di grande precarietà lavorativa, che non troveranno soluzioni abitative adatte alla loro situazione.⁵

In questo panorama lo scenario che la realtà attuale dello IESM ha iniziato a disegnare presenta immagini decisamente più rassicuranti, nella misura in cui, sia per le famiglie che accolgono degli ospiti e che accompagnano alla ricerca del lavoro a partire dalla loro rete di contatti, sia per quelle che si connotano come aziende agricole nelle quali l'ospite viene formato e accompagnato all'avvio di una borsa lavoro, il passaggio verso il sociale viene fatto all'interno dei legami e della relazione.

L'implicazione delle famiglie ospitanti nel processo di inclusione, che coinvolge l'ospite, passa attraverso la condivisione di un luogo di vita, la casa, dove il mondo affettivo individuale va a intrecciarsi con quello familiare, sviluppando un legame che, nel tempo, sempre più, infonde calore e colore. L'ospite vive quotidianamente la cultura del paese ospitante, la sperimenta per gran parte della giornata, a differenza di quello che accade nei CAS dove si trascorre gran parte del tempo con i propri connazionali. Questo comporta il continuare a parlare i dialetti locali (il mandinka, il bambara, il fula), il continuare a mangiare cibi del paese d'origine (l'attieke, le riz tchep, il banku) e il non conoscere, né tantomeno saper cucinare, verdure o altri cibi coltivati e prodotti sul nostro territorio. I livelli di cambiamento nella vita di chi emigra sono molteplici.

Limitandoci a tre macrofattori quali: il linguaggio, la cucina e la religione, l'aspetto che sottolineiamo nell'ambito della nostra osservazione partecipante è quello del "meticciamiento".

Confermiamo quanto scrive Staid a proposito di quanto "*Dalla cucina, al modo di vestire, dalla velocità quotidiana ai simboli religiosi, la vita dei migranti metta in gioco le identità, ibridi le culture.*"⁶ Nei rimandi delle nostre famiglie ospitanti, i momenti nei quali l'ospite ha cucinato per loro piatti tipici africani o quelli nei quali ha scoperto piatti e gusti di natura piemontese arrivano a noi più carichi di gioiosa vitalità. Lì è l'intreccio che irrompe nel quotidiano, aprendo le porte delle case di chi accoglie.

In termini di efficacia del modello IESM, allo stato attuale possiamo dire che tutti gli ospiti per i quali è stata avviata una convivenza hanno in corso un tirocinio o una borsa lavoro, grazie alle risorse reperite o messe in campo direttamente dagli ospitanti. Per fornire dati qualitativi e quantitativi i tempi non sono ancora maturi poiché in questi quasi due anni di attività del Servizio, nessuno degli ospiti coinvolti in progetti IESM ha ancora portato a termine il proprio percorso burocratico e giuridico. L'équipe sta lavorando per mettere a punto un sistema di verifica di efficacia a percorsi giuridici e, di conseguenza progetti IESM, ultimati. Si sono ipotizzati indicatori quali vita autonoma (lavoro, patente e auto, rinnovo documenti, situazione abitativa ed economica) e qualità della vita (grado di soddisfazione, vita relazionale, tempo libero e interessi). Le modalità e le tempistiche della rilevazione rimangono da definire.

Ancora una testimonianza di un percorso IESM

S. ha 20 anni. È arrivato dalla Guinea Conacry, un paese dell'Africa occidentale dove, qualche anno prima dell'arrivo in Italia aveva fatto una formazione come panettiere e come addetto per il servizio ai tavoli. Non ha mai conosciuto suo padre, mancato prima della nascita e a 11 anni ha perso anche la mamma. In Africa ci spiega: "*Se rimani solo non sei più importante*". Ci dice che gli piace stare con le persone.

E da lì arriviamo ad un'azienda agricola situata a pochi chilometri dal centro città, orientata alla

⁴M. Perino, M. Eve, *E dopo? I percorsi di inclusione dei migranti usciti dai centri di accoglienza*, Immigrazione e integrazione sociale, in "Rivista on line promossa da Ires Piemonte", 31 ottobre 2018.

⁵<http://www.politichepiemonte.it/argomenti/colonna1/immigrazione-e-integrazione-sociale>

⁶A. Staid, *Le nostre braccia*, Milieu Edizioni, Milano, 2014.

diffusione di pratiche eco-sostenibili.

Durante i primi colloqui l'ospitante ci aveva detto che per lui era importante “fare con” piuttosto che “fare per” l'altro e quando abbiamo fatto la prima visita domiciliare è emerso immediatamente il clima dinamico e solare dell'attività gestita da questa coppia: un'azienda agrituristica situata tra le colline del Monferrato. Siamo state accolte nel fermento di una Cascina immersa nel verde dove persone di diverse nazionalità e studenti universitari in formazione si muovevano in maniera organizzata con l'aiuto dei padroni di casa e dove animali di razze diverse (cani, struzzi, asini, cavalli, galli e alpaca) circolavano nelle aree a loro adibite.

La timidezza di S. era evidente e l'ospitante si è offerta dal primo giorno come punto di riferimento, mentre il marito ha esplorato con lui quale potesse essere in quel contesto l'attività che più lo attirava. Nonostante le opportunità fossero varie (dalla cucina, al giardinaggio, alla cura degli animali) la scelta è andata su un progetto per insegnare ai migranti a preparare il pane biologico, fatto con il lievito madre.

Non passò molto tempo dall'inizio della convivenza alla telefonata della ospitante che con gioia ci ha comunicato come S. fosse riuscito la sera prima a mettere da parte la sua timidezza per andare a dare la buonanotte al marito avvicinandosi a lui durante una cena con una tavolata di 15 persone.

A 7 mesi dall'inserimento S. ha un tirocinio attivato, un conto corrente aperto e qualche strumento in più per affrontare l'iter burocratico che ogni richiedente asilo in Italia si trova a dover gestire per ottenere un esito favorevole dalla Commissione che lo valuterà.

Riferimenti bibliografici

Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono: Oltre la psichiatria*. Gruppo Abele: Torino.

Gecele, M. (2002) (a cura di). *Fra saperi ed esperienza*. Il Leone Verde: Torino.

Kaufmann, J.C. (2008). *L'invention de soi*. Hachette Littératures: Paris.

Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Bayard Editions: Paris.

Nathan, T. (2003). *Non siamo soli al mondo*. Bollati Boringhieri: Torino.

Staid, A. (2018). *Le nostre braccia*. Milieu Edizioni: Milano.

Lo IESA a confronto con altre forme di assistenza e cura. Spunti e riflessioni

Becker J.*

Abstract¹

Lo IESA è la più antica forma di assistenza organizzata per persone con disabilità mentale, la sua storia origina da una leggenda ambientata in Belgio nel VII secolo d.C.. Verso la metà del XIX secolo, il collocamento di malati di mente in famiglie ospitanti si diffuse in vari paesi europei. In Germania prese inizialmente il nome di Psychiatrische Familienpflege². Intorno al 1930 in Germania vivevano oltre 5.000 persone inserite in famiglie ospitanti. Molti vennero ricondotti negli ospedali psichiatrici e successivamente in campi di concentramento per il programma di soppressione “T4”, sostenuto dal regime nazionalsocialista come metodo risolutivo di improbabili malattie ereditarie.

In Germania lo IESA è stato rilanciato solo intorno ai primi anni '80 del secolo scorso, partendo dalla Renania e dal Baden-Württemberg. Dal 1985 è stata avviata la tradizione dei congressi annuali in lingua tedesca e dal 1997 un comitato tecnico nazionale prepara questi congressi, sviluppa standard di qualità, mantiene un sito web (www.bwf-info.de) e supporta nuovi servizi IESA nascenti sul territorio. Con il consenso del comitato tecnico nazionale nel 2005 la “Psychiatrische Familienpflege” venne ribattezzata come “Betreutes Wohnen in Familien³ (BWF)“. Questo articolo vuole raccontare lo IESA in Germania oggi, ponendolo a confronto con altre offerte di assistenza proposte sul territorio.

Parole chiave: assistenza in Germania, IESA, BWF, Betreutes Wohnen in Familien, psichiatria sociale, psichiatria territoriale.

Lo IESA non rappresenta un'alternativa per coloro che sono in grado di vivere in un proprio alloggio, supportati dal personale ambulatoriale, ma, per coloro che non possono vivere da soli e necessiterebbero quindi di vivere in una struttura protetta, lo IESA può rivelarsi una valida soluzione. Occorre quindi valutare i pro e i contro di un inserimento IESA rispetto ad altre opportunità di residenzialità protetta. A tale proposito quali sono gli standard qualitativi applicabili?

Uno dei tratti che distingue la psichiatria dalle altre discipline mediche è che gli standard di qualità sono in gran parte mancanti, c'è poca uniformità. Una specifica condizione patologica vede applicabili svariate forme di trattamento, tutte ugualmente “indicate”, le quali dipendono non solo dalla diagnosi in sé, ma anche dalle capacità intuitive, dalle inclinazioni personali e dal percorso formativo dei singoli professionisti di riferimento. Questo può recare svantaggi, ma parallelamente offre alla psichiatria la possibilità di ascrivere alla misura della qualità dell'intervento terapeutico l'alto significato della relazione col soggetto nella sua unicità. Pertanto, occorre ricercare forme di cura ed assistenza che possano anche essere sostenute da una attitudine all'intuizione empatica in grado di incontrare la realtà del paziente. Tali strategie terapeutiche potranno misurare il proprio successo sulla base della soddisfazione e della qualità di vita percepita dall'utente e non dal terapeuta, in quanto nessuno può permettersi di sostituirsi al soggetto nella valutazione del proprio benessere.

* Psichiatra Psicoterapeuta, CEO Spix e.V. di Wesel, Tesoriere del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa).

¹ Traduzione a Cura di Gianfranco Aluffi.

² “Cura Psichiatrica Familiare”. In Italia la stessa pratica ad inizio del 1900 veniva chiamata nei vari testi del periodo “Patronato Familiare” o “Colonia Familiare” o “Assistenza Familiare” (n.d.t.).

³ “Abitare supportato in famiglie” (n.d.t.).

Questa definizione soggettiva di qualità, nella quale è il paziente a determinare ciò che è buono per se stesso, si trova spesso in contrasto con altri punti di vista. Le malattie mentali influiscono molto più di quelle organiche sulla dimensione interpersonale, affliggendo i familiari i quali spesso rivelano una visione del problema diversa da quella dei pazienti. Inoltre, in molte malattie mentali, i pazienti non riconoscono la gravosità del loro disturbo, spesso sottostimandolo, a volte sopravvalutandolo, favorendo così un'erogazione di cure che non di rado arriva ad essere agita contro la loro volontà. Infine, gli enti finanziatori del sistema sanitario stanno influenzando sempre più l'offerta di cure in psichiatria.

Per valutare la qualità dello IESA e confrontarla con il ricovero in strutture, sono quindi utili tre criteri:

- professionalità dell'intervento di cura, ovvero coerenza con gli standard scientifici in ambito psichiatrico;
- sintonia con le condizioni economiche e culturali del paese, cioè ciò che i cittadini considerano un aiuto appropriato;
- grado di soddisfazione espresso dai fruitori di questo servizio e dai loro familiari.

Il caso del signor P.

Applichiamo anzitutto questi criteri di qualità a un caso individuale, usando come esempio il signor P., nato a Magdeburg nel 1929, affetto da una moderata disabilità mentale. I genitori muoiono presto; il signor P. cresce con i genitori adottivi. Durante gli anni della guerra si interrompono i rapporti con genitori adottivi e fratelli. Dopo avere attraversato vari campi profughi, arriva infine a Xanten sul Basso Reno. Lì lavora per molti anni presso un agricoltore in cambio di vitto e alloggio e, in seguito, come tuttofare e spazzino per la casa di riposo locale. Gli operatori iniziano a prendersi cura di lui, per esempio assicurandosi che sia sempre sufficientemente nutrito e vestito.

Probabilmente negli anni '60, il signor P. sviluppa una psicosi da innesto: si sente perseguitato e minacciato, sente voci di persone che non esistono, è spesso disperato e cerca ripetutamente di togliersi la vita tagliandosi i polsi.

In questo periodo la risposta terapeutica è oggettivamente inadeguata: il signor P. soffre senza motivo e si mette in pericolo attraverso i tentativi anticonservativi. Probabilmente a livello personale non è insoddisfatto delle cure inadeguate, poiché percepisce le allucinazioni e le minacce come una realtà piuttosto che come una malattia e quindi non vede grandi alternative al proprio stato esistenziale.

Ulteriori tentativi di suicidio per impiccagione e defenestrazione seguono tra il 1970 e il 1971 lasciandogli una deformazione facciale permanente e una disabilità motoria. Dal 1973 è ricoverato nella clinica psichiatrica di Bedburg-Hau. Resta lì per quasi 20 anni, nella cosiddetta lungodegenza, in regime di ricovero volontario. La difficoltà a dimmetterlo è anche dovuta alla sua estrema disponibilità come tuttofare, attivo dalla mattina presto alla sera, sette giorni su sette. Il disagio psichico si manifesta in questi anni solo sotto forma di stati d'animo depressivi temporanei o atteggiamenti lamentosi.

Nell'assistenza ospedaliera del signor P. sono sufficienti sia la qualità professionale che la qualità della vita personale, perché la malattia mentale è ben compensata e P. attraverso le sue instancabili prestazioni da tuttofare riesce a ottenere un buon livello di integrazione sociale e il riconoscimento degli altri, che per lui è molto importante. Non vuole più lasciare la clinica. Soltanto dopo la promessa di poter fare ritorno in clinica in qualsiasi momento, nel 1992 accetta di partecipare ad un progetto IESA. All'età di 60 anni, si ritrova a convivere con una accogliente coppia del Niederrhein, entrambi poco più anziani di lui, visibilmente in sovrappeso, il cui matrimonio ha lasciato insoddisfatto un forte desiderio di genitorialità. La coppia gestisce un chiosco di gelati in estate e un banco del pesce il resto dell'anno. Dopo essere cresciuto come un figlio adottivo non amato e disadattato socialmente, il sig. P trova in questa famiglia ciò che gli è mancato per tutta la sua vita: far parte di una comunità sociale

dalla quale non solo riceve riconoscimento per le prestazioni lavorative, ma anche quell'amore di cui è sempre stato degno. “Hai dormito bene?, verrai al mercato dopo?, vuoi mangiare di nuovo le polpettine col pane stasera o preferisci la torta salata?”

P. vive come un principe, è socio dal punto di vista lavorativo e allo stesso tempo coccolato come un figlio e non mostra più disturbi psichiatrici, tranne una profonda ansia in occasione delle visite degli operatori IESA, legata al timore di essere portato via.

Come si può evincere, anche con lo IESA è garantita la qualità assistenziale attraverso l'intervento supportivo di operatori specializzati. Una differenza significativa è di tipo economico: lo IESA costa solo la metà del ricovero in struttura. E la qualità della vita del sig. P è persino migliore di quando stazionava in clinica.

Qualità di vita

Le differenze di tipo economico tra i diversi tipi di ricovero sono facilmente riconoscibili. Il successo clinico può essere misurato in base alla misura in cui l'intervento è adatto a compensare i sintomi della malattia e le loro conseguenze. Nello IESA questo può essere fornito dal supporto professionale e dal trattamento medico specialistico, esattamente come in una struttura protetta. Cosa più difficile è la valutazione della qualità di vita riferita alle due diverse tipologie di intervento.

La qualità della vita di una persona, a condizione che i bisogni primari siano adeguatamente garantiti, dipende dalla bontà delle relazioni interpersonali e dal ruolo che lui o lei sente di svolgere nella comunità. In una relazione di cura di tipo professionale, soltanto una piccola parte della persona risulta in primo piano: la malattia. Anche il professional non viene considerato in tutta la sua persona, vengono privilegiate la sua formazione specialistica e la sua posizione gerarchica nell'organizzazione. Gli incontri sono quindi determinati dai ruoli: paziente bisognoso di cure e professionista specialista in aiuto. Le relazioni quindi si sviluppano principalmente in forma di cura-riabilitazione-terapia, con un certo divario tra il professional e il paziente. Inoltre, i rapporti di cura sanitaria non offrono relazioni “normali” che abbracciano tutte le aree della vita, poiché i professional sono responsabili del lavoro durante le ore di servizio e solo per incarichi relativi ad un ruolo ben specifico.

Al contrario, lo IESA si fonda su di una relazione che realizza l'accompagnamento completo della persona disabile, andando oltre i limiti dei turni lavorativi e dei sempre più circoscritti e ristretti ambiti relazionali determinati dalla specializzazione del curante. Qui l'onere principale dell'assistenza è a carico dei volontari che non hanno “attitudini professionali” iperspecialistiche. Similmente a quanto accade in quelle famiglie dove il malato viene assistito dai propri parenti, gli ospitanti IESA convivono e sono in continua relazione con i loro ospiti senza però essere influenzati e prevenuti da rapporti negli anni parzialmente compromessi. Questa convivenza, sebbene sia in una famiglia sostitutiva, agisce positivamente sulla percezione del sé e degli altri da parte del disabile, favorendo un processo di destigmatizzazione e di integrazione nel tessuto sociale. Mentre anche i piccoli gruppi appartamento e le comunità protette sono percepiti dal vicinato come strutture per disabili, l'inserimento di un paziente in una famiglia ospitante appare più come l'apertura di una famiglia residente a un nuovo membro. La famiglia ospitante si identifica con il proprio ospite e viceversa. Il nuovo membro della famiglia viene solitamente incluso nella cerchia di amicizie, nei rapporti col vicinato e con la parentela.

Tra l'ospitante e l'ospite IESA si sviluppa, in modo più forte rispetto ad altre soluzioni residenziali di cura, una comunanza di interessi e di collaborazione, attraverso un dare e ricevere aiuto reciproco. Qui è meno importante se l'ospite sente le voci, è molto più rilevante se invece è in grado di sbucciare le patate o no. Nessuna offerta residenziale di assistenza e cure può, come invece accade con lo IESA, offrire la sensazione di abitare una casa, un proprio spazio, in cui l'organizzazione di una normale quotidianità diventa priorità e questo stimolo alla normalità è chiaramente riabilitativo: in una struttura sanitaria di ricovero il

paziente si confronta con altri compagni di stanza disabili, in una famiglia ospitante con non disabili. Gli operatori delle strutture di provenienza sono spesso stupiti, ad esempio, di quanto velocemente migliori il comportamento a tavola, dopo un breve periodo di ospitalità IESA.

Un'altra importante differenza tra lo IESA e il ricovero in struttura sanitaria protetta consiste nella stabilità della relazione di cura associata all'unicità, specificità e originalità della "cultura della cura". Il sistema familiare è strutturato in termini di permanenza e ogni famiglia ha un ambiente di vita chiaramente diverso: le proprie abitudini quotidiane, le proprie modalità di comunicazione e specifiche aspettative da parte dei propri membri. Tutto questo può rivelarsi un limite, non si tratta semplicemente di "occupare un letto libero", ma soprattutto può rappresentare un'opportunità molto speciale per il paziente. Più gli operatori IESA sono in grado di padroneggiare tale arte, consistente in un'accurata valutazione della personalità, delle modalità relazionali e delle aspettative esplicite e latenti relative alla convivenza prevista, più è probabile trovare spazi di cura individualizzati per le persone disabili, fornendo ambienti stabili per il periodo necessario alle cure nella reciproca soddisfazione di ospiti e ospitanti.

Le strutture sanitarie protette, d'altra parte, offrono come ambiente di cura una comunità di persone accomunate da un destino simile. Le strutture sono specializzate nei bisogni dei loro residenti, offrendo per esempio offerte terapeutiche specifiche. Molti residenti apprezzano anche la relativa indipendenza e la distanza interpersonale che caratterizza le strutture residenziali protette, mentre in famiglia solitamente le relazioni sono più contraddistinte da interdipendenza e reciproco coinvolgimento. Naturalmente lo IESA può anche essere dimensionato su criteri di maggiore distanza e indipendenza affettiva, alla stregua di una situazione di subaffitto con vitto e servizio di lavanderia. Ma coloro che non desiderano contatti interpersonali più stretti e impegnativi possono trovare questo clima anche in una struttura di ricovero.

Significativi svantaggi delle cure in strutture sanitarie risiedono nell'ospedalizzazione dei pazienti: per beneficiare delle cure devono trasferirsi in una struttura specifica per malati mentali o disabili, cosa che viene spesso vissuta come umiliante. Una struttura sanitaria non è solo un luogo di ricovero, ma soprattutto un luogo di lavoro. Tutti i ritmi sono determinati dal cambio di turno degli operatori che, da un lato, sostituiscono i membri classici della famiglia poiché sono costantemente con i pazienti e dall'altro, i pazienti in struttura nel corso del loro ricovero subiscono numerose interruzioni di rapporto con i loro contatti più stretti (gli operatori) attraverso trasferimenti o evoluzioni carrieristiche del personale.

Anche lo IESA fa i conti con rischi specifici. Questi sono principalmente dovuti alla relativa fragilità della persona disabile in una convivenza con soggetti non disabili, verso i quali esiste una relazione di dipendenza. Ciò può portare a uno scenario in cui gli ospitanti non offrono ai propri ospiti un posto amorevole nella propria comunità familiare, ma li tollerano più marginalmente, esclusivamente per le entrate economiche aggiuntive a questi associate. Accade anche che la famiglia ricatti l'ospite con minacce eccessive per rimandarlo in clinica o in altra struttura sanitaria, a seguito di comportamenti inadeguati o di un inusuale ed eccessivo impegno richiesto. Una relazione tra la famiglia ospitante e l'ospite che tenda ad esacerbare la disabilità, può svilupparsi se l'ospite viene inconsciamente vissuto come un figlio sostitutivo, provocando un'iperattivazione di tipo assistenziale. In fondo, anche tra i parenti premurosi, dopo anni di convivenza senza problemi, si può sviluppare una situazione di sovraccarico e di stanchezza.

Conclusioni

Per questi motivi lo IESA deve disporre di chiare disposizioni contrattuali ed essere gestito da professionisti specializzati e indipendenti, con il diritto di intervenire. L'abuso si verifica specialmente quando manca un accompagnamento professionale sufficientemente presente e costante. Tuttavia, tale garanzia di qualità, rappresentata dall'intervento supportivo, sarebbe

auspicabile anche per altre forme di assistenza ai disabili, in quanto vulnerabili allo sviluppo di relazioni sfavorevoli.

In primo luogo, l'intervento professionale funge da rete di supporto per le famiglie ospitanti nel loro compito di responsabilità. I volontari ospitanti forniscono la parte essenziale di cura e di inclusione sociale. Il servizio specializzato fornisce consulenza, organizza le dimissioni o altre offerte di riabilitazione. Pertanto, lo IESA offre un buon mix di aiuto professionale e assistenza civica secondo il principio: più normalità, meno psichiatrizzazione. Lo IESA offre ciò che la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità richiede: inclusione. Attraverso lo IESA, è possibile ottenere quell'inclusione sociale che di solito rimane difficilmente accessibile alle persone con una disabilità grave: far parte di una famiglia scelta da sé, seguire un percorso di vita in una comunità con persone non disabili, amare e essere amati.

Lo IESA oggi a Geel. Un'offerta differente e differenziata

Bogaerts W.*

Abstract¹

Un sistema di cura e assistenza quale lo IESA, caratterizzato come nessun altro modello dallo stretto coinvolgimento della comunità, non può che essere influenzato dai cambiamenti della comunità stessa. A Geel, ad esempio, dalle sue antiche origini ad oggi, lo IESA ha subito diverse trasformazioni. I cambiamenti sono avvenuti talvolta in maniera repentina e in altre fasi attraverso un processo graduale. Nonostante ciò, i principi alla base di questo modello sono rimasti inalterati nel tempo.

Recentemente il modello IESA di Geel è stato sottoposto ad una riorganizzazione operativa, nel rispetto dell'unicità e specificità di questo strumento. I requisiti necessari per il buon funzionamento del servizio sono stati comunque mantenuti.

Col passare del tempo, nell'ambito della Salute Mentale, lo IESA è stato promosso per il trattamento di patologie psichiatriche, anche se in alcuni momenti è stato sottoutilizzato. Grazie alla riorganizzazione del sistema assistenziale sanitario Belga lo IESA oggi sta nuovamente trovando spazio per la sua applicazione.

Parole Chiave: IESA per minori, Geel, psichiatria, riorganizzazione sistema assistenziale, adolescenti, bambini fragili, famiglie ospitanti.

Nella realtà belga lo IESA ha rappresentato per molto tempo l'unica valida alternativa alle “forme istituzionali di ricovero” per pazienti affetti da disagio psichico. Oggi è riconosciuto come forma di intervento all'interno del piano di azioni del Sistema di Salute Mentale per persone adulte e anziane, così come avviene per le comunità, gli alloggi supportati e le cliniche psichiatriche, poiché il lavoro in sinergia con le famiglie ospitanti offre una concreta risposta ai bisogni di cura specifici.

Un progetto lanciato di recente, “*kinderen in zorggezinnen*” (IESA per minori), sta sperimentando pienamente questo, attraverso un'offerta flessibile per i minori in difficoltà in cui, oltre a un intervento prospettico², viene anche messa in pratica con successo una fase supportiva³.

Inserimento Eterofamiliare Supportato per Adulti. L'organizzazione dello IESA completamente ridisegnata

Nel 2010 LUCAS⁴, un importante istituto di ricerca dell'Università Cattolica di Leuven, ha pubblicato i dati di uno studio su “Il ruolo dello IESA nella futura politica delle cure in Salute Mentale”. La pubblicazione contiene inoltre una serie di raccomandazioni in tema di IESA. Le raccomandazioni sono state poi applicate sul territorio attraverso una profonda riorganizzazione.

* Psicologo Referente Gezinsverpleging (Servizio IESA) Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (Clinica e Centro Psichiatrico Pubblico di Geel).

¹ Traduzione a cura di Elisabetta Latragna, Gianfranco Aluffi.

² Fornire e favorire un ambiente di vita con adeguato supporto psichiatrico (di solito un processo a lungo termine).

³ Sostenere il contesto di vita del minore.

⁴ Ricerca commissionata dalla sanità pubblica federale, sicurezza della catena alimentare e ambiente. Direzione del progetto: Prof. Chantal Van Audenhove. Marzo 2010-Agosto 2010.

Lo IESA oggi: il metodo F-ACT⁵

Le equipe IESA, composte da operatori con formazioni diverse in ambito socio-sanitario e coordinate da un medico psichiatra, operano sia con persone adulte (da 18 a 65 anni), sia con soggetti anziani (+65 anni). I gruppi di lavoro si ispirano al modello F-ACT, una modalità di intervento che è stata sviluppata per il supporto di pazienti psichiatrici cronici. Secondo questo modello, ad ogni utente deve essere assegnato un tutor/referente del caso che, insieme al paziente, effettua un'analisi dei bisogni generali per avviare un intervento di supporto personalizzato. Nello IESA gran parte dell'attività di assistenza è fornita dalla famiglia ospitante. L'obiettivo principale è il miglioramento delle condizioni generali della persona ospitata, secondo le necessità di cura individuali. Gli operatori IESA sono sempre presenti e aggiornati in merito al percorso di accoglienza e, in caso di necessità, per affrontare eventuali criticità o problematiche, possono fare riferimento alla lavagna F-ACT⁶. In un progetto IESA possono essere coinvolti più operatori per il raggiungimento degli obiettivi. Quando le esigenze di follow up diminuiscono viene chiusa la cartella F-ACT dell'utente e viene effettuata nuovamente la riassegnazione del caso. Un sistema di assistenza e reperibilità sulle 24 ore 7 giorni su 7 consente di gestire l'emergenza psichiatrica e di effettuare, se necessario, ricoveri in centri specializzati. L'F-ACT accresce sicuramente l'efficienza degli interventi sull'urgenza, la qualità dell'assistenza fornita e la continuità delle cure. Un aspetto sul quale si fonda questo approccio innovativo è la diretta e continuativa relazione tra operatore e paziente, anziché tra operatore e famiglia ospitante. L'operatore può infatti seguire un utente in tutto il suo percorso di accoglienza, anche rispetto a più inserimenti in famiglie diverse. Le famiglie ospitanti possono offrire accoglienza anche a due utenti contemporaneamente e pertanto fare riferimento a più operatori.

Prerequisiti per l'utilizzo dello IESA in ambito psichiatrico

Indipendentemente da come sia organizzata l'Accoglienza Eterofamiliare Supportata, se facciamo riferimento agli elementi fondanti di questo modello, l'approccio è basato sulla collaborazione tra le famiglie ospitanti e gli operatori che si occupano del paziente durante il percorso di cura. La collaborazione tra ospitanti e operatori ad oggi è formalizzata attraverso un contratto per l'avvio della convivenza e la risposta di cura del paziente si realizza attraverso questo processo.

Le famiglie ospitanti, che non devono necessariamente possedere delle competenze specifiche nel campo della psichiatria, scelgono di condividere parte della loro quotidianità con persone che soffrono di disagio psichico, una condizione in grado di minare fortemente l'autonomia e il benessere della persona. Le famiglie IESA offrono agli ospiti un ambiente di vita stabile e sicuro e il giusto supporto per il paziente. Nel determinare quali siano i domini sui quali è necessario intervenire, l'ospite ha un ruolo attivo e partecipato e, a seconda dei bisogni e delle personali risorse, l'intervento di supporto può avere caratteristiche molto diverse.

Un progetto IESA può essere organizzato in modi differenti. Le raccomandazioni che arrivano da servizi analoghi di altre nazioni dimostrano che sono necessari alcuni prerequisiti per avviare un progetto di qualità. La mancata rispondenza di questi requisiti può influire sulla disponibilità di accoglienza da parte delle famiglie di volontari.

Prerequisiti per un Inserimento Eterofamiliare:

- Servizio presente 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per le famiglie ospitanti.
- Posto letto in clinica in caso di crisi: l'ammissione alla clinica deve essere garantita in

⁵ F-ACT è l'acronimo di Function Assertive Community Treatment. Sviluppato per il trattamento e la consulenza di persone con disturbi psichiatrici gravi in cui, oltre alle problematiche di carattere psichiatrico sono presenti anche fragilità in diversi ambiti di vita. La metodologia F-ACT è stata sviluppata nei Paesi Bassi, implementando ulteriormente il modello ACT elaborato negli Stati Uniti. Per maggiori informazioni si può fare riferimento al manuale F-ACT: Van Veldhuizen, R.; Polhuis D.; Van Os, J.; De Tjidstroom (2009). Handboek FACT. Utrecht.

⁶ Lavagna F-ACT: schema riassuntivo nel quale sono stati ammessi tutti i pazienti per i quali è possibile garantire il supporto dal gruppo di lavoro (dove ad es. diversi case manager / altri membri del team insieme forniscono un intervento più intensivo). Viene utilizzata una lavagna digitale aggiornata quotidianamente in modo tale da segnalare al gruppo di lavoro quali siano i casi da seguire con maggiore attenzione.

- qualsiasi momento.
- Equipe multidisciplinare.
- Continuità delle cure.
- Interventi di rete, formazione continua, iniziative di sensibilizzazione in collaborazione con altri enti locali e servizi per la cultura e per il lavoro, comuni e comunità.

La presenza di un supporto per le famiglie sulle 24 ore durante tutta la settimana è un requisito fondamentale per l'avvio di un progetto. Tutte le raccomandazioni sopra elencate sono state utilizzate come linee guida nella riorganizzazione dello IESA in Belgio.

Gli ospiti IESA

Attualmente a Geel e sul territorio circostante sono 200 i pazienti che vivono presso famiglie IESA sotto il monitoraggio della Clinica Psichiatrica di riferimento. Mentre in passato l'offerta era rivolta a persone provenienti da tutta Europa⁷, negli ultimi decenni l'utenza assistita è prevalentemente di origine fiamminga. Le patologie maggiormente trattate sono disturbi psichiatrici gravi o disabilità mentale. Attualmente i criteri di selezione sono strettamente correlati alle caratteristiche delle famiglie ospitanti e al tipo di assistenza che la famiglia è in grado di offrire.

In particolare lo IESA può fornire una risposta adeguata ad una domanda di assistenza residenziale per pazienti psichiatrici in fase di compenso, con un discreto livello di autonomia e una certa capacità di adattamento sociale. Lo IESA non è infatti una soluzione adeguata per persone con gravi problematiche comportamentali che possono metter a rischio la sicurezza della famiglia ospitante e del paziente stesso. Anche nei casi di un eccessivo bisogno di supporto assistenziale l'inserimento eterofamiliare può non rappresentare la risposta più adeguata.

La popolazione di pazienti che usufruisce dello IESA è caratterizzata da una grande eterogeneità in termini di problematiche, storie di vita personale, risorse cognitive ecc.

La durata degli inserimenti varia in relazione agli obiettivi e ai bisogni dell'ospite. La maggior parte delle persone che utilizzano lo IESA sono alla ricerca di una soluzione abitativa che garantisca loro il giusto supporto, per cui il periodo di permanenza non è stabilito a priori ma viene valutato a seconda del caso. Per alcune persone questo significa abitare con la famiglia ospitante per decenni, a volte addirittura proseguire il progetto con le nuove generazioni della famiglia ospitante. In altri casi il paziente durante il percorso può essere inserito in famiglie diverse, pur mantenendo i legami relazionali e la rete sociale acquisita. Questo può avvenire con persone affette da disturbi della personalità, quando le condizioni del vivere in famiglia non sono più idonee. Un numero sempre maggiore, seppur ancora limitato, di casi è rappresentato da pazienti che sperimentano l'Inserimento Eterofamiliare come un passaggio intermedio volto al raggiungimento di una vita autonoma.

Famiglie ospitanti

Le famiglie ospitanti che si candidano presso la Clinica Psichiatrica Pubblica (OPZ) sono generalmente ben informate sullo strumento IESA. Quasi tutti gli aspiranti ospitanti conoscono il modello (in alcuni casi uno o entrambi i partner sono cresciuti in una famiglia che ha già ricoperto il ruolo di ospitante) o sono in contatto con altre famiglie del loro vicinato o del loro nucleo familiare che hanno sperimentato lo IESA. Quando una famiglia si propone come candidata è già piuttosto consapevole degli oneri che questo incarico comporterà. Tuttavia è importante ricordare che forme alternative di accoglienza possono essere introdotte soltanto attraverso un processo graduale. Infatti solo un'esigua parte di famiglie candidate è interessata a formule temporanee di accoglienza (maggiormente orientate all'emergenza o alla risocializzazione ecc.). Tra le famiglie che si candidano al ruolo di ospitante vi è una grande eterogeneità, anche se ad oggi sono pochi i nuclei di persone giovani che si propongono per questo ruolo. Attualmente le famiglie ospitanti hanno in genere un'età

⁷ Fino a circa la metà del secolo scorso molti pazienti di origine olandese furono inseriti in progetti IESA a Geel. Anche un buon numero di pazienti provenienti dall'Europa centrale e orientale hanno usufruito della formula IESA di Geel.

superiore ai cinquant'anni. Nel corso del tempo sono infatti cambiati i modelli familiari e le abitudini di vita (entrambi i partner lavorano, è diminuita la partecipazione alla comunità religiosa, sono cambiate le modalità di trascorrere il tempo libero ecc.) e le forme di accoglienza eterofamiliare devono essere adattate a questi cambiamenti. Purtroppo la mancanza di tutela e la bassa retribuzione per l'ospitalità rimangono questioni che minano il reclutamento di nuove famiglie disponibili ad avviare un progetto IESA presso il proprio domicilio. Queste criticità sono state segnalate e presentate nello studio che si è occupato di revisionare gli aspetti organizzativi e normativi del modello, ma ad oggi non sono ancora state effettuate delle modifiche sostanziali.

Lo IESA per minori

La Clinica Psichiatrica OPZ ha spesso indagato su come ampliare la cooperazione con le famiglie ospitanti. Le discussioni relative alla differenziazione dello IESA includevano tutti i tipi di formule: variazione della durata prevista del soggiorno (periodi più brevi, soggiorno determinato dal tempo, assistenza giornaliera, ecc.), obiettivo (ri-socializzazione, trattamento di follow-up, affido, ...), grado di inclusione nella famiglia (studio, alloggio protetto, ...), problemi, età, ecc.

Una delle incertezze che si incontrano nel processo di selezione delle famiglie per minori è il rischio di non trovare candidati idonei per l'avvio di un progetto dalle caratteristiche differenti rispetto a quelli per cui le famiglie di Geel sono formate.

La progettazione di nuove formule di accoglienza a cui le famiglie possono aderire può essere un modo per incentivare l'avvio di nuovi progetti e per motivare le famiglie a candidarsi. La normativa vigente tuttavia non regola forme di accoglienza flessibili, maggiormente rispondenti ai bisogni attuali e, come già affermato, il rimborso previsto per gli ospitanti non è purtroppo proporzionato all'assistenza che viene offerta. Le forme di accoglienza che riguardano interventi ad alta intensità assistenziale richiedono un adeguamento e l'avvio di processi di cura mirati. Nonostante i limiti ancora esistenti, i progetti IESA per minori hanno già dimostrato di rappresentare una buona risposta al trattamento di questa categoria di utenza e di avere buone prospettive di sviluppo a lungo termine. Sono buone le probabilità di trovare famiglie disposte ad accogliere ragazzi, ma è necessario rivedere l'organizzazione del modello per poter assolvere alle richieste.

I destinatari

I progetti IESA per minori interessano utenti affetti da problematiche differenti come disabilità intellettiva e patologie psichiatriche. Per poter garantire un intervento efficace e un modello di cura adeguato è stato valutato di formare un gruppo di bambini e adolescenti affetti da entrambi i disturbi sopra citati. A tale scopo è stata avviata una collaborazione con una struttura per minori con disabilità intellettiva.

Le famiglie ospitanti

Le famiglie da coinvolgere per l'avvio del progetto inizialmente sono state reperite pubblicizzando l'iniziativa attraverso i canali della Clinica Psichiatrica di Geel e della struttura con la quale è stata avviata la collaborazione. Per la pubblicizzazione è stato scelto il termine di Cura Familiare per esplicitare in maniera diretta il tipo di approccio specifico dello IESA, ma anche perché il termine "Affido Familiare" rischiava di essere percepito come minaccioso e stigmatizzante per i genitori dei minori coinvolti. Con il termine "Cura Familiare" si fa riferimento ad un intervento di supporto strutturato attraverso l'avvio di progetti che coinvolgono le famiglie IESA, le quali assumono parte delle responsabilità genitoriali durante il percorso. Tra i volontari IESA ci sono persone che possiedono competenze nell'ambito dell'assistenza. Anche le aziende agricole offrono un ambiente di cura adatto ai giovani. La maggior parte dei genitori ospitanti sono coppie con figli.

La descrizione del progetto: la flessibilità può rappresentare un vantaggio

La realizzazione del progetto IESA per minori è coordinata da un gruppo di lavoro formato da

un'equipe multidisciplinare con esperienza in ambito psichiatrico, ortopedagogico, pedagogico, infermieristico, psicologico, sociale e amministrativo. Minore e famiglia possono fare riferimento al case manager. La frequenza degli incontri con il referente del caso varia a seconda delle esigenze che si sviluppano nel tempo: quotidianamente, se necessario, o una volta al mese. Il sostegno al genitore può essere uno dei compiti dell'operatore IESA responsabile del caso o degli altri operatori coinvolti nel processo di cura. La Clinica Psichiatrica di Geel garantisce alle famiglie ospitanti un supporto sulle 24 ore e, in caso di situazioni di crisi, la possibilità di fare riferimento al Centro di Assistenza Psichiatrica dell'ospedale.

Strutturare un piano di gestione della crisi insieme alla famiglia ospitante consente di ottenere una visione d'insieme e un quadro dettagliato della problematica in atto. Il Servizio di supporto permanente e la possibilità di accedere ai centri di cura in maniera diretta è fondamentale per una presa in carico adeguata di bambini o giovani adulti con problematiche importanti. Queste garanzie consentono alle famiglie IESA di avviare un percorso di convivenza supportata in un clima di sicurezza e tutela. Per offrire un intervento personalizzato è necessaria la massima flessibilità e questo aspetto è già da tempo riconosciuto come elemento fondamentale per l'avvio di un percorso IESA. Ad oggi i progetti avviati prevedono interventi giornalieri (part-time) e progetti full-time (7 giorni su 7). È possibile passare da una tipologia di progetto a un'altra in caso di necessità.

L'avvio di un progetto IESA può avere come obiettivo quello di ricercare per il ragazzo un ambiente terapeutico alternativo alle formule residenziali classiche, in altri casi è necessario potergli offrire una "seconda casa". L'attenzione è rivolta non solo al minore, ma anche ai genitori e al contesto di vita. Il supporto di una famiglia IESA è utile per dare una risposta a una condizione complessa, per fornire sollievo alla famiglia e/o sbloccare una situazione di stallo. Lo IESA può pertanto essere utilizzato per finalità differenti e si configura come uno strumento flessibile in base al contesto e agli obiettivi.

Risultati

Lo IESA è un modello di trattamento applicabile in diversi ambiti, ma ancora poco utilizzato con i minori.

Ad oggi sono stati attivati 45 progetti IESA per minori; di questi, quasi un terzo nella formula full-time e la restante parte part-time. Per questi progetti sono state abilitate circa 30 famiglie ospitanti. Vivere con una famiglia IESA e poter rimanere in un contesto familiare presenta dei vantaggi, tra i quali offrire un intervento mirato ai bisogni del minore attraverso l'esperienza di un modello e di un clima familiare che non possono incidere sullo sviluppo del bambino stesso. L'esperienza delle famiglie ospitanti nell'interazione quotidiana con i minori può inoltre essere fondamentale durante le fasi del processo diagnostico e nella strutturazione del trattamento. La visione genuina e non professional di una famiglia IESA è in grado di offrire un punto di vista differente sulle problematiche del ragazzo e sulle possibilità di crescita e di sviluppo.

Per i giovani che si trovano a dover affrontare contemporaneamente problematiche diverse quali disturbi psichiatrici e disabilità intellettiva, la partecipazione alla vita familiare e alla quotidianità non è del tutto scontata. Il progetto IESA per minori mostra come le famiglie ospitanti, sufficientemente supportate e accompagnate nel percorso, possano migliorare la qualità della vita di questi ragazzi a partire dalla quotidianità. La collaborazione tra i professionisti dell'ambito e le famiglie IESA, attraverso la messa in campo delle loro specifiche competenze e risorse, possono sostenere il giovane nel percorso di cura rispettando i bisogni individuali in relazione al contesto. Lo IESA rappresenta quindi un ottimo strumento per stimolare lo sviluppo e migliorare la qualità della vita del giovane.

Gli effetti generati sull'ospite attraverso questo percorso sono difficili da oggettivare; tuttavia, in linea generale, è possibile affermare che l'inserimento in una famiglia IESA sia uno strumento utile per lo sviluppo del bambino. Uno degli aspetti vincenti di questo modello è la collocazione del minore in difficoltà in un ambiente di vita familiare e accogliente, favorito dall'approccio attento della famiglia ospitante. I case manager collaborano con le famiglie e dedicano molto tempo e cura a questi progetti. La continuità delle cure è uno dei punti di forza per i giovani coinvolti. Alcuni ragazzi hanno raggiunto la maggiore età durante il percorso. Grazie ai servizi di assistenza pubblica vi è la possibilità

di effettuare un passaggio fluido tra l'area minori e l'area adulti, in modo tale che i giovani adulti possano proseguire il loro percorso terapeutico, ma anche mantenere il progetto IESA in corso. Il coordinamento del progetto IESA e del progetto terapeutico individuale viene, in questi casi, passato all'area adulti.

È inoltre importante sottolineare come l'attivazione dei progetti IESA nei diversi ambiti di applicazione garantisca un risparmio di spesa significativo. I progetti IESA rappresentano pertanto una soluzione economica ed efficace per rispondere alle richieste di supporto quotidiano, utilizzando un contesto alternativo alle strutture residenziali, e capace di rispondere ai bisogni di cura dell'assistito senza dover ricorrere a servizi costosi e istituzionalizzati.

“Fermopostarems19”. Un progetto di risocializzazione per utenti psichiatrici autori di reato attraverso lo IESA part-time

Lombardo G.*, Mennuni L.** ,Lattanzio A.***, Barrasso G.****, Di Noia A.****, Decorato G.*****, Mari M.*****

Abstract

In Italia la storia della gestione del folle reo, o reo folle, ha attraversato un iter parallelo all’evoluzione del trattamento dell’utente psichiatrico. Tra il 2010 ed il 2011 la Commissione parlamentare d’inchiesta sullo stato degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) ha prodotto il disegno di legge n. 3036/2011 (poi foriero della successiva produzione normativa, culminata nel decreto legge 52/2014, convertito in legge 81/2014), nel quale, stante l’inadeguatezza delle modalità con cui sino ad allora erano stati gestiti i pazienti psichiatrici autori di reato, si prefiguravano le date del 1° febbraio e del 31 marzo 2012, rispettivamente, per il completamento del processo di superamento degli O.P.G. previsto dall’allegato C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) del 2008, e per la decorrenza del termine a partire dal quale le misure di sicurezza detentive ex artt. 219 e 222 del Codice Penale non avrebbero più dovuto essere eseguite nei vetusti edifici psichiatrici.

Per l’attuazione di tale riforma ci si sarebbe dovuti avvalere di istituti più idonei alle esigenze di trattamento, caratterizzati da una piena sanitarizzazione. Le R.E.M.S., aperte dal 2014 in quasi tutte le regioni italiane, con posti letto limitati e dedicati a pazienti psichiatrici autori di reato appartenenti al territorio, rappresentano la risposta (sicuramente una risposta importante, sebbene gravata da una serie di criticità) ad un bisogno di cura e a un’esigenza di sicurezza sociale. Gli utenti arrivati in R.E.M.S. vengono definiti “fuoriusciti” dagli O.P.G. e riemergono spesso nel mondo senza più la propria rete familiare e sociale, soli, senza ormai alcun contatto con “l’esterno”. Il “Fermopostarems19” è un’intuizione ispirata ai principi dello I.E.S.A. nell’accezione relativa alla possibilità di offrire significati e significanti relazionali, e si sforza di assomigliarvi in una contingenza molto particolare, quale quella della R.E.M.S., con i suoi obiettivi di ricerca di una dimensione sociale e socializzante, attraverso un gruppo di volontari che dall’esterno, tramite un carteggio, pensi, segua, raccoglie e accoglie il paziente psichiatrico.

Parole chiave: utente psichiatrico autore di reato, trauma, isolamento, stigma, autostigma, relazione, accudimento, risocializzazione, accoglienza, IESA, psichiatria forense, volontari, carteggio.

* Psicologo Psicoterapeuta ASL BT.

** Medico Psichiatra, Responsabile IESA, Direttore CSM ASL BT.

*** Medico specializzato in Psichiatria, Responsabile U.O.V.D. R.E.M.S. Spinazzola.

**** Medico Specializzato in Psichiatria, Direttore DSM dell’ASL BT.

**** Psicologo Psicoterapeuta, Direttore U.O. Psicologia Clinica ASL BT.

***** Tecnico Riabilitazione Psichiatrica.

***** Tecnico Riabilitazione Psichiatrica.

I sopralluoghi effettuati tra il 2010 ed il 2011 dalla Commissione Parlamentare d'inchiesta sullo stato degli O.P.G. sul territorio nazionale hanno portato definitivamente all'attenzione dell'opinione pubblica le precarie e fatiscenti condizioni di tali strutture, facendo apparire indifferibile una riforma in materia. In proposito la legge ha previsto, per il completo superamento degli O.P.G., che le Regioni realizzassero e gestissero nel proprio territorio, attraverso le A.S.L., strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere persone destinatarie della misura di sicurezza del ricovero in O.P.G. E così le R.E.M.S. (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), sono state introdotte dalla legge 81/2014 per ospitare soggetti affetti da disturbi mentali, autori di reato, cui siano state applicate dalla magistratura le misure di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, ovvero l'assegnazione a casa di cura e custodia.

L'elemento caratterizzante il passaggio dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, consiste nella voluta attuazione del diritto di ogni persona, a prescindere dallo stato giuridico, di godere pienamente dei servizi sanitari offerti dalla comunità.

La riforma ha reso, inoltre, residuale il ricorso alle misure di sicurezza detentive, aprendo scenari innovativi nell'ambito della collaborazione istituzionale tra sanità e magistratura e rendendo stringente la necessità di definire, in maniera funzionale ed interattiva, i percorsi di cura, nell'interesse della salute mentale del singolo ed anche della tutela della collettività.

La gestione della residenza e delle sue attività è di esclusiva competenza degli operatori della Sanità, che si occupano della cura nelle R.E.M.S. e dei Servizi territoriali, cui è deputato l'onere della formulazione e della successiva gestione del programma terapeutico individuale, indispensabile per la dimissione dalla struttura.

L'obiettivo ideologico dell'apertura delle R.E.M.S. in ogni regione italiana è stato curare, riabilitare e ricondurre gli utenti e le loro situazioni più strettamente a carico del territorio di appartenenza, relativamente sia ai servizi, che al tessuto sociale.

La R.E.M.S. di Spinazzola

Le R.E.M.S. in Puglia sono due, e di queste quella situata a Spinazzola (ASL BT) è a gestione pubblica e situata nell'abitato di un agglomerato cittadino di circa 6.000 abitanti.

Inizialmente le criticità di questa, come di ogni altra struttura di nuova istituzione, hanno riguardato procedure e criteri di gestione di pazienti fino ad allora abituati al trattamento delle loro problematiche improntato al custodialismo, più che alla cura, riabilitazione e rieducazione.

In passato, infatti, il custodialismo caratterizzava la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato ed era, oltretutto, attuato a distanza notevole dal territorio di appartenenza per la presenza, in ambito nazionale, di un numero limitato di O.P.G. L'intento e l'obiettivo erano la cura e la rieducazione, ma l'effetto concreto era l'esclusione dal contesto sociale di chi non era riuscito, in questo caso a causa della malattia, a rimanere nelle regole, a non trasgredirle. Ne conseguiva l'esilio sia fisico che mentale in un luogo lontano, da tutto e da tutti, che relegava materialmente e mentalmente l'individuo, il folle reo, in un altrove socialmente rassicurante. Nelle sue conseguenze reali siffatta gestione del malato psichiatrico autore di reato ne determinava la perdita di punti di riferimento, di legami, di relazioni, della rete sociale e familiare, dell'appartenenza.

Quando i primi utenti fuoriusciti dagli O.P.G. giungono alle R.E.M.S., infatti, le problematiche di rilievo, a fronte di percorsi di cura e riabilitazione da avviare e/o far proseguire, sono rappresentate dall'isolamento, dalla mancanza dei legami relazionali ed affettivi, dalla perdita del senso di appartenenza e dagli esiti gravissimi conseguenti in termini di vissuti. Una parte degli utenti viene più facilmente raggiunta dagli operatori dei servizi e dai familiari, l'altra no.

Le famiglie, a volte multiproblematiche, segnate da altri tipi di difficoltà e provate dalla sofferenza e dalla gestione evidentemente fallita del congiunto con disagio psichico e della malattia che ha finito per produrre il reato, spesso sono molto diffidenti nei confronti della richiesta di contatti da parte del familiare in R.E.M.S. Per settimane, mesi, una parte degli utenti non sa chi contattare. Un'altra parte degli ospiti cerca di prendere contatti con i familiari, inutilmente. L'equipe prende atto delle caratteristiche e della tipologia di tali utenti, i quali, oltre che affetti da patologia psichiatrica, manifestano vissuti di profondo fallimento, di autostigma, di abbandono e di un passato caratterizzato da esperienze durissime, traumatiche.

Esperienze traumatiche ed utenti psichiatrici autori di reato

I pazienti psichiatrici sono portatori di traumi plurimi, esperienze precoci avverse, quali esemplificativamente l'aver avuto relazioni primarie con genitori abusanti, trascuranti, psichiatrizzati ed altro. Lo stesso manifestarsi della malattia rappresenta, come per chiunque, una esperienza traumatica. Al pari dell'assunzione di sostanze che produce un'esperienza traumatica nella vita e nel cervello dei pazienti, la cura della malattia spesso determina un trauma in occasione dei trattamenti sanitari obbligatori o delle contenzioni di lunga durata. Oltre a ciò i pazienti psichiatrici, che siano anche autori di reato, impattano nei contesti devianti esperienze violente di ogni tipo e le loro naturali conseguenze: O.P.G e celle carcerarie. Noi ci ritroviamo a verificare l'evidenza, sulla mente e sul fisico dei nostri utenti, di una sequela di vissuti traumatici: *“i traumi producono modificazioni del cervello a lungo termine che influenzano aspetti che vanno al di là della consapevolezza ... il trauma compromette aree del cervello che trasmettono la percezione fisico corporea dell'essere vivi”* (Van der Kolk, 2015).

I traumi compromettono un attaccamento sicuro, l'esperienza del sé e la capacità di legarsi alla mente gruppale. Le storie traumatiche infantili sono cumulative, cioè tendono a ripetersi nel corso dello sviluppo di uno stesso individuo. Il trauma espone l'individuo a perpetrare su altri le violenze subite, suscitando reazioni simili nelle vittime e creando così un ciclo di violenza che può riverberarsi in senso intergenerazionale. C'è qualcosa, nel trauma, che frammenta e rende difficile pensare di essere nella mente dell'altro, ma esserci è fondamentale.

Essere nella mente di qualcuno risponde ad un imperativo biologico, che permette all'essere umano di avere obiettivi, quali l'esistenza stessa. Sapere di non essere pensati è devastante.

L'equipe prova a pensare e costruire un progetto in tal senso, pur nella consapevolezza che la storia troppo giovane delle strutture non consegna alcun modello.

Come nei presupposti del modello IESA, appare evidente la necessità vitale per i nostri utenti, come in genere per tutti i pazienti psichiatrici, di entrare in connessione con il mondo circostante, di sentirsi ancorati al mondo, in un contatto sociale benefico, curativo, riabilitativo. Parliamo di un inserimento sociale... ma se non fisicamente, come? Proviamo a lavorare su un'idea di inserimento non fisico in contesti che sappiano di casa per utenti estraniati dalla realtà, quella vera, fatta di individui e di appartenenze. E di famiglie.

La riflessione iniziale: la relazione

La riflessione iniziale viene effettuata sull'importanza della relazione interpersonale nella consapevolezza nota secondo la quale gli utenti, anche se molto compromessi, mantengono una disposizione alle relazioni sociali e che il potere della relazione è tale da riuscire a trasformare le situazioni e ad essere quindi curativa.

Nella struttura l'intervento coinvolge tutta l'equipe, i terapeuti e gli operatori dell'equipe come agenti terapeutici. Creare nuove esperienze positive di accudimento, intermediazione sociale, costruzione di un legame di fiducia, permette di co-regolare le emozioni negative ed attenuare lo stato di ipervigilanza, caratteristica questa presente in alcuni quadri sintomatologici. Daniel Siegel (2014) sostiene che le relazioni plasmano la nostra mente e che il comportamento degli altri regola il nostro cervello ed incide su di esso. Nel processo terapeutico hanno valore particolare, come veicolo di evoluzione e di cambiamento, i “*momenti di incontro*”, la cui matrice essenziale va ricercata nella dimensione relazionale implicita, cioè nello scambio emozionale, nella condivisione affettiva: ciò che ha reale capacità trasformativa è la capacità emozionale di “*stare con*” l'altro “*nel momento presente*” della relazione.

La sfida

Cercare, trovare e fornire un'occasione di legame e contatto ad utenti psichiatrici ed autori di reato, soli, isolati, che vivono l'abbandono. Offrire uno spazio sociale per chi, come recita la motivazione dei provvedimenti di chiusura degli O.P.G., ha diritto di recuperare la propria dignità di essere umano e di malato a livello sociale.

Il presupposto

Il trattamento dell'utente psichiatrico riguarda in un suo aspetto fondamentale l'ambito sociale. Non è possibile prescindere dal contatto con l'ambiente la cui influenza è determinante per la costruzione del benessere, la cura non può non considerare l'importanza dell'esperienza dell'accettazione da parte del contesto.

In questo il modello I.E.S.A. agevola terapeuticamente un cambiamento nelle relazioni del paziente che nel contatto con l'altro assume un carattere benefico e curativo. Il paziente stesso alimenta la relazione in prima persona, perciò diventando soggetto, fruitore attivo e creativo, insieme all'ambiente, anziché semplicemente destinatario del trattamento riabilitativo, implementa l'identità e le competenze sociali “familiarizzando” con il “fattore terapeutico ambientale (FTA)” di cui parla Aluffi (2014).

L'obiettivo

Avvicinare la realtà della R.E.M.S. al territorio e, viceversa, il territorio alla R.E.M.S., favorire la possibilità di contatti che gli utenti, costretti alla residenzialità in ragione dell'obbligo di dimorare presso la struttura, possano intrattenere con l'esterno.

L'ipotesi

L'ipotesi è quella di avviare una importante operazione di risocializzazione degli utenti della R.E.M.S. attraverso la comunicazione epistolare.

Le ricerche indicano che le esperienze di discriminazione subite a causa della malattia, producono effetti nei comportamenti dei pazienti di “auto-discriminazione” o “discriminazione anticipata”, con evitamento e fuga dalle situazioni sociali vissute angosciosamente come occasioni di potenziale rifiuto da parte degli altri.

Altresì è comprovato che il contatto con l'esterno, da parte di soggetti che hanno l'obbligo di dimora presso strutture detentive, aiuta questi ultimi a non sentirsi esclusi socialmente e spesso a non ricadere in analoghi comportamenti di reato. Il confronto autentico con persone che stanno bene

e vivono fuori restituisce un po' di normalità: in condizioni così particolari l'arrivo di una lettera significa che qualcuno scrive, si ricorda e ciò migliora i livelli di motivazione a resistere al senso di solitudine e all'assenza di speranza.

Il metodo e gli strumenti

Il progetto è stato organizzato per step:

- primo step: verifica delle reali esigenze degli utenti. Il bisogno degli utenti di avere contatti con qualcuno all'esterno, laddove alcuni di essi non hanno neppure contatti con famiglie di appartenenza, si incontra con l'esigenza culturale, da parte della società, di conoscere queste persone, tutto questo in un'ottica di lotta allo stigma.

Gli utenti hanno composto individualmente un "*message in the bottle*", una lettera scritta a qualcuno che sta fuori e che forse vorrà rispondere;

- secondo step: verifica delle possibilità presenti nel contesto sociale esterno. Nell'ambito di un importante lavoro di formazione ed informazione rivolto al territorio in ordine alla realtà degli utenti ospitati presso la R.E.M.S. al fine di ridurre rischi di pregiudizio sociale, è stato verificato l'interesse e l'apertura sociale riguardo la possibilità di entrare in contatto epistolare con gli utenti. È stata, quindi, formulata richiesta scritta, da parte di persone esterne opportunamente selezionate, rivolta al Dipartimento di Salute Mentale, di avviare un contatto epistolare con gli utenti.

Avvio del progetto condiviso ed approvato dal responsabile della struttura, subordinato al parere favorevole del direttore del Dipartimento Salute Mentale, coordinato per gli aspetti terapeutico - riabilitativi dalla psicologa della struttura ed in supervisione dal direttore dell'UOPC;

- terzo step: avvio dello scambio epistolare. Lo scambio epistolare è stato avviato tramite missive in uscita ed in entrata, pervenute alla psicologa della struttura, delle quali è stato verificato il tenore congruo e terapeuticamente opportuno nelle argomentazioni.

All'esterno ci sono stati 9 corrispondenti: Franco, Maria, Saria, Grazia, Vito, Vincenza Maria, Franco, Chicca e Milù.

All'interno 9 interlocutori: Alberto, Michele, Remy, Cosimo, Ezio, Mario, Franco, Michele, Gionatan.

I vissuti iniziali degli utenti hanno riguardato la paura ed il pregiudizio dei corrispondenti esterni.

I vissuti iniziali dei corrispondenti esterni hanno riguardato il timore di non essere abbastanza interessanti.

In undici mesi oltre 130 lettere in partenza ed arrivo, "*... chi sei? ... e tu come ti chiami? ... che stai facendo? ... E tu? ... non ti spaventare per il fatto che sto in R.E.M.S. ... anche a te piacciono i fumetti? ...*".. e poi panettoni e pandoro e caramelle e ciambelle e crostate e dolci e polpette al sugo e disegni industriali, un multimetro e libri, indumenti e lettere spedite alla Gilera ed alla Suzuki, perché un paziente era appassionato di disegni industriali di motori da corsa, e sentirsi pensati, e avere un posto nella testa di qualcuno.

La valutazione degli effetti

Il monitoraggio degli effetti e dei risultati del progetto in termini terapeutico-riabilitativi è stato effettuato con 9 degli utenti di sesso maschile della struttura che nel corso di 11 mesi, dal novembre 2016 all'ottobre 2017, hanno intrattenuto un rapporto epistolare con persone esterne alla R.E.M.S.

All'inizio ed al termine del progetto agli utenti sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: V.A.D.O.¹ e B.P.R.S.²

Tabella 1. Dati sociodemografici e psicopatologici.

ETA' MEDIA (anni)	48,2
STATO CIVILE	n. 6 celibe senza figli n. 2 celibe con figli n. 1 vedovo con figli
SCOLARITA'	n. 8 licenza media inferiore n. 1 laurea
DIAGNOSI	n. 4 disturbo psicotico n. 1 disturbo dell'umore n. 4 disturbo di personalità tutti con precedente uso di sostanze

Tabella 2. Punteggi scale di valutazione.

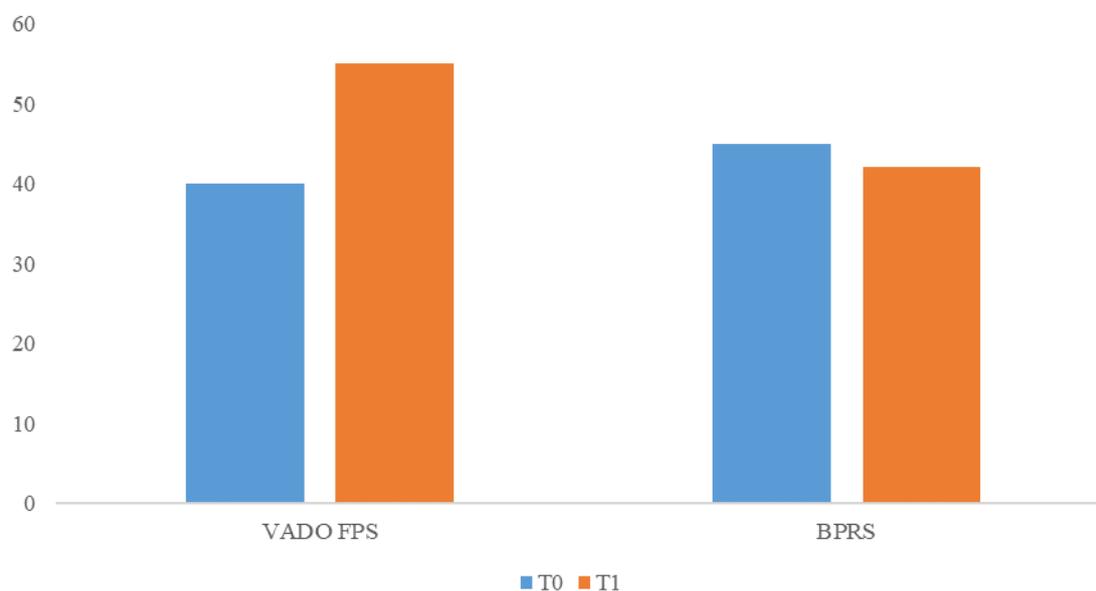
VADO FPS	T° 379 T ¹² 420; media T° 42.1 T ¹² 46.6
BPRS	T°495 T ¹² 406; media T°55 T ¹² 45.1

Il grafico mostra le modificazioni nei risultati relativi alla valutazione V.A.D.O. e B.P.R.S. all'inizio ed a distanza di un anno.

¹ Il V.A.D.O. (Valutazione Attività Definizione Obiettivi) è un Test sviluppato per identificare e programmare un'attività riabilitativa per pazienti che, in seguito a disturbi mentali, presentano difficoltà sul piano relazionale e personale. Il Test indaga 4 aree principali: attività socialmente utili (inclusi scuola e lavoro); rapporti personali e sociali (inclusi i rapporti familiari); cura del sé e igiene personale; comportamenti disturbanti e aggressivi.

² La B.P.R.S. (Brief Psychiatric Rating Scale) è una scala multifattoriale in grado di fornire una descrizione dello stato psichico di una persona mediante l'analisi delle sue funzioni psichiche e del comportamento. La B.P.R.S. comprende 24 elementi, ciascuno valutato con una scala a 7 livelli di gravità che vanno da "non presente" a "estremamente presente". Prevede inoltre un'intervista che facilita la rilevazione dei sintomi e della loro gravità.

Grafico 1. Modificazioni V.A.D.O. e. B.P.R.S dopo un anno



Riflessioni sui risultati

Il progetto, inserito nel più ampio programma terapeutico riabilitativo residenziale ha raggiunto, insieme ad altri interventi, una molteplicità di obiettivi: il miglioramento dei punteggi della Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) e la riduzione del punteggio alla scala BPRS, il recupero del senso di adeguatezza attraverso l'opportunità del confronto con “*gli altri di fuori*”, coloro cioè che conducono una vita quotidiana ordinaria, la restituzione agli utenti dell'idea di possedere parti buone sulle quali investire, il riconoscimento del bisogno di contatto con la realtà esterna, la possibilità di confrontarsi sulle ipotesi che riguardano il proprio futuro, la dignità che il rapporto con gli interlocutori ha offerto.

Conclusioni

Dal novembre 2016 gli utenti che hanno partecipato al progetto sono stati quasi tutti dimessi, ma il progetto “*Fermopostarems19*” continua ad essere stabile ed operativo con i nuovi arrivati. Gli attuali ospiti non provengono più dagli O.P.G., ma le loro problematiche nelle relazioni con le famiglie, con i territori, con la società, sono sempre presenti, ed ora come allora restano increduli quando ricevono una missiva.

Il “*Fermopostarems19*” si configura come un progetto di inserimento assistito ed emotivo nella vita di persone inizialmente estranee, che manca della sola parte “fisica” per poter essere identificato come un vero e proprio Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti.

Il parallelismo possibile con il modello IESA, infatti, può sostanziarsi nella presenza dei medesimi presupposti, strumenti di cura e risultati. Il primo si definisce nel valore riabilitativo e terapeutico dato ad una relazione affettivamente significativa avviata nella dimensione della reciprocità tra il paziente e le persone con le quali entra in contatto emotivo. Lo strumento è rappresentato dal Fattore Terapeutico Ambientale, il percorso esperienziale, infatti, utilizza l'ambiente in veste di strumento terapeutico, in specie, l'accoglienza che i pazienti sperimentano entrando in contatto con

i corrispondenti restituisce di poter meritare una attenzione, un posto nella mente di qualcuno, di poter meritare una possibilità di investimento affettivo.

Infine gli effetti, evidenziabili certo dai risultati delle valutazioni, emergono anche dalla rilevanza del più efficace funzionamento personale e sociale dei pazienti.

Per noi operatori che lavoriamo con utenti psichiatrici autori di reato l'intervento più difficoltoso si sostanzia nell'agevolarne la motivazione e nell'avvicinarli all'idea di una possibilità, quella di una qualità di vita che, compatibilmente con le condizioni di salute, possa dirsi accettabile, una esistenza che "valga la pena di essere vissuta", ciò cui non si può tuttavia aspirare se non si senta di esistere per qualcun altro, se non si senta di esistere, di avere un posto, nella vita di qualcuno.

Riferimenti bibliografici

- Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono: oltre la psichiatria*. Gruppo Abele: Torino.
- Anthony, W.A., Farkas, M.D. (2016). *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli: Milano.
- Attili, G. (2009). *Attaccamento e costruzione evolucionistica della mente: Normalità, patologia, terapia*. Raffaello Cortina: Milano.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Raffaello Cortina: Milano.
- Bui, H.N., Morash, M. (2010). The impact of network relationships, prison experiences, and internal transformation on women's success after prison release. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49(1), 1-22.
- Cozolino, L. (2008). *Il cervello sociale: Neuroscienze delle relazioni umane*. Raffaello Cortina: Milano.
- Crittenden, P., Crittenden, P.M., Vizziello, G.F. (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina: Milano.
- Farina, B., Liotti, G. (2018). La svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: origini e prospettive della psicoterapia cognitivo-evolucionista. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*.
- Fonagy, P. (2005). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina: Milano.
- Fosha, D. (2016). *Il potere trasformativo dell'emozione*. ISC.
- Frewen, P., Lanius, R. (2017). *La cura del sé traumatizzato*. Giovanni Fioriti: Milano.
- Holmes, J. (1994). *La teoria dell'attaccamento. John Bolwby e la sua scuola*. Raffaello Cortina: Milano.
- Mittino, F. (2013). La dimensione narrativa della mente: implicazioni nel lavoro terapeutico. *Psichiatria e Psicoterapia* 32, 4, pp. 239-249.
- Schore, A. N. (2016). *La scienza e l'arte della psicoterapia*. Istituto di scienze cognitive.
- Siegel, D.J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza personale*. Raffaello Cortina: Milano.
- Van Der Kolk, B. (2016). Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. *Psicologia & Giustizia*, 17 (1).
- Vita, A., Dell'Osso, L., Mucci, A. (2018). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale: 1*. Giovanni Fioriti: Milano.
- Vita, A., Dell'Osso, L., Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale: 2*. Giovanni Fioriti: Milano.

JuMeGa®. Il trattamento di minori in stato di forte disagio psichico nello IESA

Franzoni R.*

Abstract¹

Dal 1997, a Ravensburg nel sud della Germania è presente il modello di intervento JuMeGa® gestito dall'associazione Arkade e. V., operante nell'ambito della psichiatria territoriale. L'esigenza di avviare tale servizio si è verificata dal momento che la neuropsichiatria infantile della clinica psichiatrica locale si è trovata a gestire in termini di ricovero giovani che presentavano una sintomatologia sempre più importante.

L'idea era basata sull'esperienza dell'associazione (Arkade era una delle due realtà che negli anni '80 rivitalizzò, in collaborazione col Prof. P. O. Schmidt-Michel, lo IESA in Germania) per creare possibilità di recupero, anche per quei giovani con prognosi infauste e gravi compromissioni del funzionamento sociale e psichico, attraverso l'inserimento presso "normalissime famiglie". Insieme ai rappresentanti della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza della clinica psichiatrica "Die Weissenau", l'ufficio responsabile per i minori di Ravensburg e l'operatore di Arkade e.V. (principalmente nella persona di Barbara Roth) è stato sviluppato il modello di intervento JuMeGa®.

Negli ultimi 22 anni, JuMeGa® è diventato, per l'area del sud della Germania, un riferimento per la cura e l'accoglienza di giovani in difficoltà. Oltre agli adolescenti JuMeGa® si occupa anche di bambini più piccoli, giovani madri con i propri figli, minori rifugiati non accompagnati e ragazzi autori di reato per i quali è previsto un percorso alternativo al carcere. Allo stesso modo, è in grado di offrire attraverso l'inserimento eterofamiliare supportato una prospettiva a quei giovani "difficili" a causa dei loro enormi problemi comportamentali i quali rientrano faticosamente e spesso con scarsi esiti nelle offerte di cura dei servizi sociali per minori.

Parole chiave: JuMeGa®, IESA per minori, giovani fragili, BWF, affido minori.

Da quando è stato introdotto, JuMeGa® ha preso in carico 1.079 giovani, dei quali 643 ragazzi e 436 ragazze. Attualmente, 177 giovani vivono in famiglie ospitanti.

Il metodo JuMeGa®, con i suoi standard di qualità definiti, è stato adottato e implementato negli ultimi anni da altri enti pubblici che si occupano di minori e di psichiatria di comunità. Attualmente 11 servizi diffusi sull'intero territorio tedesco applicano con successo questo metodo.

Lo JuMeGa® rappresenta in Germania, dal punto di vista giuridico, una particolare tipologia di intervento poiché si colloca tra l'aiuto ai giovani e l'assistenza all'integrazione sociale. Lo IESA per minori quindi deve provvedere a garantire la funzione educativa nei confronti del giovane assicurandone la partecipazione e l'integrazione nella società.

Al contrario dello IESA per adulti (più focalizzato su processi di assistenza per l'integrazione), JuMeGa® non prevede progetti di inserimento eterofamiliare a lungo termine, ma si prende cura degli adolescenti che hanno bisogno di un luogo di vita temporaneo. La durata del singolo progetto è strettamente dipendente dal decorso del medesimo. In media, gli adolescenti trascorrono 3 anni in una famiglia ospitante.

JuMeGa® funziona anche in modo diverso rispetto ai progetti di affidamento promossi dai

* Pedagogista e educatrice, specialista in protezione minori. Responsabile JuMeGa di Ravensburg (Germania).

¹ Traduzione a cura di Gianfranco Aluffi.

servizi sociali, poiché non si cerca in primo luogo di migliorare le abilità educative della famiglia di origine, ma si rivolge l'attenzione allo sviluppo dell'adolescente, senza però esercitare particolari pressioni, rispettandone i tempi.

L'obiettivo è creare "spazi di vita" e non "luoghi di trattamento". Questo risultato si ottiene combinando le competenze nella gestione del quotidiano delle famiglie ospitanti con la professionalità degli operatori IESA.

Gli adolescenti

Di solito portano con sé biografie difficili e i loro genitori non possono o non possono più rispondere adeguatamente alle funzioni educative e di cura.

Le criticità si collocano nell'area sociale o emotiva e spesso viene diagnosticato un disturbo psichiatrico.

I problemi nel concreto possono essere: negligenza, rifiuto della scuola, depressione, autolesionismo, disturbi alimentari, abuso di sostanze, disturbi della personalità, disturbi psicotici, ritardi nello sviluppo, esperienze di violenza e abuso ecc.

Il comportamento di certi adolescenti viene solitamente percepito come estenuante, non adatto, sfidante e spesso provocatorio. A causa di questi specifici aspetti comportamentali e/o del sovraccarico emotivo in situazioni sociali, in passato tali soggetti non potevano seguire percorsi terapeutici continuativi in strutture di cura. Per molti di loro, si creava un vero e proprio fenomeno di *revolving door*, tra i ricoveri in clinica psichiatrica e quelli in comunità o istituti. Gli adolescenti spesso sono molto stressati e hanno un'immagine di sé negativa. Parallelamente, hanno un grande bisogno di normalità, una vita quotidiana gestibile e situazioni di apprendimento padroneggiabili (Roth & Viehoff 2017, p.31). Necessitano di riferimenti chiari che diano sicurezza e orientamento, poiché si trovano ad affrontare una complicata fase della vita in cui devono sviluppare una propria identità.

Per fare ciò, hanno bisogno che le figure di riferimento si assumano responsabilità per loro e che, prima di tutto, li accettino così come sono, nella loro alterità, tollerando anche comportamenti insoliti: adulti che supportano, accompagnano, proteggono e consentono loro un ragionevole tempo di crescita sviluppo e maturazione (Junge Menschen in Gastfamilien, p. 1).

S. (17 anni): "Ora che ci penso, mi rendo conto che l'aiuto l'ho ricevuto da estranei, perché la mia famiglia biologica non c'è riuscita. E nemmeno il personale delle comunità protette ce l'ha fatta. Invece loro, gli operatori IESA e la mia famiglia ospitante, sebbene inizialmente sconosciuti, sono sempre stati al mio fianco ed ora ho anche iniziato un percorso formativo professionalizzante".

W. (18 anni): "Siete stati i primi a chiedermi cosa davvero voglio. Prima, tutti mi dicevano sempre cosa dovevo fare e cosa non potevo fare. E io non li ascoltavo".

Le famiglie ospitanti

I candidati ospitanti non devono avere una formazione professionale. Possono accogliere non solo le famiglie classiche (padre / madre / figlio), ma anche singole persone, coinquilini, unioni di fatto o nuclei monogenitoriali (JUNGE MENSCHEN IN GASTFAMILIEN p. 1). Definiamo famiglia ogni realtà in cui uno o più adulti si assumono la responsabilità della quotidianità dell'adolescente e riservano a questi uno spazio adeguato.

Della famiglia guardiamo: la qualità della relazione, le regole e i limiti, i punti di forza e di debolezza. Gli adulti della famiglia ospitante devono avere una fedina penale "pulita" e non possono essere in carico ai servizi sociali per inadempienze educative o di cura dei figli, non sono compatibili problematiche di salute tali da compromettere il buon andamento dei progetti e deve essere fornita una stanza ad uso esclusivo dell'ospite.

Le famiglie con biografie difficili che hanno padroneggiato da sole le fratture e le crisi nelle loro vite possono, di solito, capire molto bene un adolescente e sopportarne i comportamenti bizzarri o devianti. Di norma, le famiglie hanno anche un'altra percezione del tempo di crescita/riabilitazione rispetto ai professionisti. Solitamente, hanno una aspettativa molto diversa su quanto tempo ci vorrà affinché l'adolescente avvii il suo processo di crescita e maturazione o raggiunga un preciso obiettivo. Proprio le famiglie, in qualità di non professional, hanno maggiori probabilità di avere successo nella convivenza e nel funzionamento del quotidiano. Non essendo orientate verso obiettivi e concetti teorici, possono quindi rasserenare i giovani e ridurre notevolmente l'ansia da prestazione. (Roth & Viehoff 2017, p. 32)

Spesso le famiglie ospitanti propongono soluzioni molto pragmatiche che gli adolescenti non conoscono, sebbene provengano da relazioni terapeutiche con professionisti. Frequentemente gli operatori rimangono sorpresi da approcci che funzionano efficacemente nella peculiare quotidianità delle famiglie IESA.

Il personale dello IESA per minori

Gli operatori IESA per minori hanno titolo di studio da educatori, assistenti sociali o socio pedagogisti.

Supportano individualmente le famiglie ospitanti, in base alle necessità e alla situazione. Lavorano come case manager e, se necessario, organizzano una rete di supporto con cui operano a stretto contatto.

Il primo passo nel loro lavoro è quello di inserire un giovane nella famiglia ospitante appropriata. Il criterio più importante per questo è l'abbinabilità. Quando l'operatore IESA incontra un giovane, chiede cosa vuole e quali sono le sue aspettative rispetto a una famiglia ospitante. L'adolescente deve poter immaginare di vivere in una famiglia.

Gli operatori IESA valutano quindi molto attentamente di quale struttura familiare, di quale sistema di valori, di quale ambiente, di quale rapporto di vicinanza e distanza e di quale tipo di competenza quotidiana ha particolarmente bisogno l'ospite (JUNGE MENSCHEN IN GASTFAMILIEN, p.1). Non tutte le famiglie ospitanti sono in grado di integrare qualsiasi minore. L'adolescente può essere accolto individualmente e in modo flessibile in una famiglia ospitante adatta alle sue esigenze e gli operatori IESA faranno tutto ciò che la situazione richiederà.

Esistono standard di qualità fissi per il progetto JuMeGa®:

- Il personale IESA è sempre reperibile quando allertato. Fornisce interventi in caso di crisi e di emergenza e si reca presso l'abitazione tutte quelle volte che si rende necessario trovare una soluzione condivisa.
- Il supporto alle famiglie ospitanti è reso in termini di valorizzazione e di collaborazione. Gli operatori IESA si pongono al pari degli ospitanti senza fare finta di saperne di più, riequilibrando laddove la famiglia ospitante abbia un punto debole, valorizzando le risorse positive. Le famiglie non dovrebbero essere forzate. Se sentono di non potersi più permettere la relazione di accoglienza nei confronti dell'adolescente, possono dirlo apertamente. Gli operatori dello IESA non devono persuadere a far continuare la convivenza, bensì occorrerà, in accordo coi servizi sociali, valutare una diversa risorsa per permettere al giovane un passaggio sereno in una nuova famiglia ospitante.
- I genitori ospitanti non hanno bisogno di frequentare alcun corso di formazione, vengono via via sostenuti attraverso il supporto tecnico fornito dagli operatori IESA. Inizialmente vengono effettuate visite a domicilio con cadenza settimanale, che si riducono quando "la convivenza procede bene". Gli operatori attraverso colloqui mirati, consigliano e spiegano il comportamento degli adolescenti e sviluppano idee per nuovi

o differenti approcci.

- I principi pedagogici e terapeutici lasciano spazio alle necessità della vita quotidiana. La famiglia inizialmente ha il solo compito di badare all'ospite e di accettarlo così com'è all'interno della quotidianità. Non viene fatta alcuna pressione per raggiungere alcun obiettivo.
- Gli operatori IESA di JuMeGa® operano in processi aperti e sorprendenti. Infatti all'inizio di un incarico, non è sempre chiaro se l'adolescente potrà realmente essere coinvolto nell'offerta relazionale dei genitori ospitanti o se l'operatore IESA potrà costruire con questi proficui confronti.
- Per i genitori ospitanti sono previste misure per alleggerire le incombenze.
- L'operatore IESA è responsabile del buon andamento della convivenza e garantisce una reperibilità continuativa.
- L'operatore IESA di JuMeGa® si relaziona anche con i genitori biologici o con il tutore. Li informa sui progressi progettuali, su come l'adolescente si sviluppa e li supporta se necessario in caso di contatti con l'ospite.
- L'operatore IESA ha anche contatti intensi con gli ospiti e sviluppa un suo rapporto con loro. Illustra le conseguenze delle loro possibili azioni, mette in guardia, chiarisce, li supporta nel fare le proprie esperienze e li sostiene nei loro processi decisionali. Allo stesso tempo, se necessario, gli operatori IESA creano chiare regole, sanciscono limiti e sanzioni.

JuMeGa® funziona! Come dimostrano anche le seguenti fonti:

Nella sua tesi di dottorato nel 2011, il Dott. Erik Michael Nordmann ha confrontato gli adolescenti che erano stati seguiti dopo il trattamento psichiatrico ospedaliero in famiglie ospitanti con adolescenti sottoposti a ricovero stazionario. In essa conclude che il collocamento in una famiglia ospitante mostra risultati simili in termini di successo primario della misura di aiuto. Tuttavia, la differenza è una qualità di vita percepita significativamente migliore tra i giovani che hanno vissuto in una famiglia ospitante. Il rapporto con la famiglia ospitante continua ad essere significativo, stabile e intenso anche al termine del progetto di accoglienza. (Nordmann 2011)

Nel 2018, David Lammers ha approfondito i seguenti temi nella sua tesi di master: "... è diventato chiaro che i genitori ospitanti sono capaci di accettare gli adolescenti così come sono, comprendendo la loro situazione senza aspettarsi troppo da loro e dal loro comportamento.

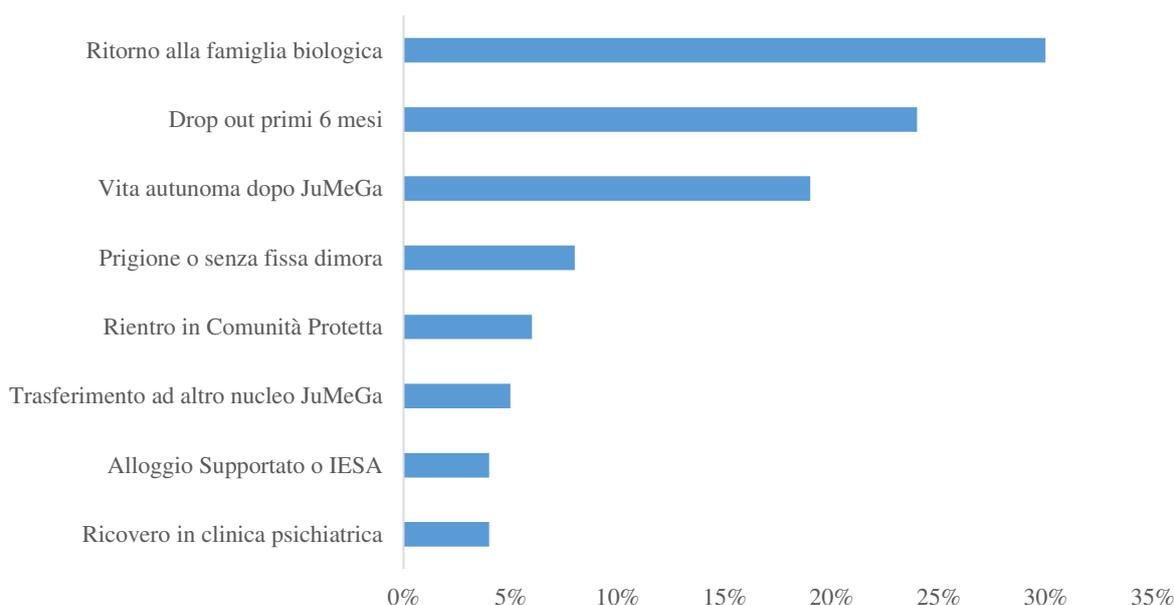
Inoltre, non pretendono di dover educare o rieducare i giovani ospiti. Sono consapevoli del loro ruolo di genitori ospitanti. È importante, che non mettano troppa pressione su se stessi, mantenendo una ragionevole distanza dai ragazzi, trattando le situazioni difficili non direttamente come portatrici di problemi o di stress. Inoltre, la costruzione del significato sarà essenziale ed enfatizzata come una risorsa intrapersonale. Nonostante a volte si manifestino situazioni difficili e sfide, i genitori ospitanti vedono continuamente un senso nella loro attività. Raccontano i progressi nello sviluppo dei giovani e amano ricordare i bei momenti trascorsi con i loro ospiti. Le molteplici risorse individuali dell'ospitante sono la condizione necessaria per svolgere questa attività volentieri e per lunghi periodi.

Inoltre, i genitori ospitanti nella vita di tutti i giorni e in particolare in situazioni difficili e di crisi, possono contare sul supporto diretto degli operatori IESA. Questi supportano, facilitano e rinforzano l'operato degli ospitanti in modo che possano accogliere con piacere e in modo permanente. Particolarmente positivo in questo contesto è la disponibilità costante, la cooperazione su una base di fiducia, la qualità e intensità del coaching e l'impegno profuso per i giovani

ospiti. Inoltre, è diventato chiaro che per i genitori ospitanti non hanno quasi alcun senso le offerte di formazione. Corsi obbligatori o percorsi formativi sarebbero vissuti come disturbanti anziché utili. In luogo di ciò subentra la fiducia verso la professionalità degli operatori IESA con i quali risolvono problemi in partnership e da cui ricevono l'aiuto pratico quotidiano". (Lammer 2018, pp. 69-70)

I dati statistici relativi al luogo di residenza dopo la convivenza supportata JuMeGa® (al 30.09.2018) indicano che il progetto di integrazione e sviluppo è chiaramente soddisfatto nel 58% dei casi. Il 19% degli ex-ospiti delle famiglie JuMeGa® vive autonomamente. Il 30%, quindi la maggior parte, torna a vivere presso la famiglia biologica e il 5% viene trasferito presso un altro nucleo ospitante per minori. Il 4% vive in un appartamento supportato per giovani o viene inserito presso lo IESA rivolto a pazienti adulti. Il 24% dei giovani abbandona la famiglia ospitante e il progetto entro i primi sei mesi e non viene registrata la successiva collocazione. L'esperienza dell'équipe dice che molti di questi giovani spesso ritornano dai loro genitori biologici o da altre famiglie affidatarie, il che potrebbe anche essere considerato in termini positivi. Soltanto per il 18% dei giovani l'esperienza JuMeGa® si può considerare inefficace, di questi l'8% torna in struttura protetta di tipo comunitario, il 4% in clinica psichiatrica e i restanti finiscono in prigione o tra i senza fissa dimora.

Grafico 1. Esiti del trattamento JuMeGa®.



Molti adolescenti, per i quali non c'era un posto adatto dove vivere a causa delle loro difficoltà, hanno avuto modo di superare le criticità e trovare la loro strada attraverso l'esperienza di JuMeGa®. Per loro non è stato utile, in prima battuta, l'intervento professionale classico, ma hanno tratto aiuto e grandi benefici da esperienze relazionali normali e umane.

Riferimenti bibliografici

- Lammers, D. (2018). *Herausforderungen und Ressourcen von JuMeGa® – Gasteltern unter besonderer Berücksichtigung der Begleitung durch den Träger*. Fachhochschule Münster.
- Nordmann, E.M. (2011). *Psychiatrische Familienpflege und stationäre Heimunterbringung im Vergleich – Eine Studie zu differentieller Indikationsstellung und Outcome von Jugendhilfemaßnahmen für psychisch auffällige Jugendliche*. Universität Ulm.

Roth, B., Viehoff, S. (2017). Junge Menschen in Gastfamilien JuMeGa® – ein Jugendhilfeangebot für ältere Kinder, Jugendliche und junge erwachsene mit wenig hoffnungsvollen Prognosen. *Dialog Erziehungshilfe*, Jg. 2017, Nr. 2, S. 31-34.

Dal Patronato Familiare all’Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti. La famiglia ospitante come luogo di cure tra fine ‘800 e inizio ‘900

Caputo A. *, Latragna E. **, Aluffi G. ***

Abstract

La storia della Psichiatria è anche la storia delle pratiche, degli strumenti e delle leggi utilizzate per gestire il problema del disagio psichico.

La storia del Patronato Familiare è fortemente collegata alle vicende della disciplina psichiatrica ed alle condizioni socio-culturali presenti in Italia nei vari periodi storici.

Questo lavoro, attraverso la rassegna di alcuni articoli pubblicati sulla Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale delle alienazioni mentali tra il 1898 ed il 1911, nonché negli Atti del Congresso della Società Freniatrica Italiana del 1901 svoltosi ad Ancona, evidenzia le posizioni dei Professionisti della cura rispetto ai progetti alternativi al ricovero in Manicomio. Alla luce delle diverse soluzioni proposte per la ricollocazione di alcuni pazienti ricoverati (Colonie Agricole, Asili speciali per le varie categorie di malati, Case di lavoro), il focus viene posto sul Collocamento a Custodia Domestica ed il Patronato Familiare, sulle loro peculiarità, anche a fronte delle prime evidenze cliniche di cui si disponeva nel periodo storico considerato. Tali pratiche di cura, seppur fortemente ispirate da contingenze relative al sovraffollamento dei manicomi, contengono tracce di ciò che si ripresenterà e diffonderà in Italia dalla fine degli anni '90 del secolo scorso: il metodo IESA.

Parole chiave: Manicomio, psichiatria, patronato familiare, accoglienza eterofamiliare, alienazioni mentali, affidamento familiare, inclusione.

Carlo Livi fonda nel 1875 la *Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale delle alienazioni mentali*, affermatasi ben presto come vetrina autorevole per la classe psichiatrica italiana. In pubblicazione ininterrotta da allora, la *Rivista Sperimentale di Freniatria* è il più antico periodico italiano di Psichiatria¹. Su di essa sono stati pubblicati lavori di ricerca che hanno contribuito a modificare gli orientamenti dottrinali e i paradigmi di riferimento della Psichiatria e delle discipline ad essa collegate. Nella Rivista si sono rispecchiati, pur nel variare delle direzioni e delle redazioni, i movimenti culturali, gli orientamenti ideali, gli interrogativi, i problemi, le domande fondamentali, gli sviluppi e le svolte che hanno contrassegnato la storia della Psichiatria italiana, influenzandola profondamente e riflettendone il movimento verso nuove prospettive.

* Psicologa, Operatrice Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell’ASL TO3, Cooperativa Il Margine.

** Psicologa Psicoterapeuta, Operatrice Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell’ASL TO3, Cooperativa il Margine.

*** Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Servizio IESA dell’ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte e Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell’ASL TO3, ice Presidente del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

¹La *Rivista sperimentale di Freniatria* viene fondata a Reggio Emilia nel 1875 presso il Manicomio di San Lazzaro, considerato a quel tempo “il quartier generale” della psichiatria. Diretta dal Dott. Carlo Livi è stata redatta in una prima fase dal Dott. Augusto Tamburini e dal Dott. Enrico Morselli. La rivista è nata poco dopo la fondazione della Società Italiana di Freniatria, di cui diverrà organo ufficiale. Nel 1877 Tamburini succede a Livi nella direzione del manicomio e della rivista. In questa fase assume un ruolo peculiare di “vetrina” e “contenitore” della fervida attività scientifica compiuta presso i laboratori del manicomio reggiano. La rivista ospiterà contributi relativi a ricerche nell’ambito della neuroanatomia, neurofisiologia del sistema nervoso e nel campo della psicologia sperimentale.

A fine XIX secolo in Italia si contavano 144 strutture dedicate all'assistenza psichiatrica, di cui 59 manicomi pubblici, ma ancora non esisteva una legge che regolamentasse, unificandole, le diverse realtà, pubbliche e private (Tamburini et al., 1918). Ogni istituzione si governava in autonomia, sia dal punto di vista sanitario che amministrativo.

“Noi abbiamo piena fiducia che se [...] le Amministrazioni Provinciali vorranno darle appoggio, e il Governo, come ne abbiamo affidamento, introdurrà opportune disposizioni nella Legge sui Manicomi, il Patronato familiare², che ora conta poco più di 200 alienati, prenderà fra non molto in Italia un notevole sviluppo, e, riconosciuto come ottimo sistema di assistenza e di cura per le malattie mentali, sarà di vantaggio fisico e morale agli alienati [...]” (Tamburini, 1902).

Nel febbraio 1904 venne promulgata la Legge conosciuta come “Legge Bianchi”³, seguita nel 1909 dal Regolamento n° 615 sui manicomi e sugli alienati: per la prima volta lo Stato unitario si dotava di una legge organica che regolamentasse la materia psichiatrica.

In quegli anni gli istituti manicomiali erano chiamati a svolgere un ruolo sempre più repressivo ed emarginante, a causa della connessione che la legge stabiliva tra malattia mentale e pericolosità sociale: aumentarono i ricoveri ed il numero dei padiglioni destinati ad ospitare coloro i quali sarebbero stati segnalati al casellario giudiziario.

L'Articolo 1 della Legge n° 36 del 14 febbraio 1904, cita: “Debbono essere custodite e curate nei Manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei Manicomi. [...] Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del Procuratore del Re, la cura in casa privata, e in tal caso la persona che le riceve ed il Medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal Regolamento. Il Direttore di un Manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al Procuratore del Re e all'autorità di pubblica sicurezza”.

Nell'Articolo 1 è possibile scorgere il primo rudimentale tentativo di “aprire” le porte del trattamento rivolto a pazienti sofferenti di disagio psichico al di fuori delle strutture manicomiali, individuando la cura in casa privata come alternativa alla degenza presso il Manicomio. È tuttavia evidente la difficoltà a rivolgere lo sguardo a forme alternative di trattamento in setting differenti da quello istituzionale. La diffidenza e il timore per la sicurezza sociale sembrano ancora incidere fortemente sulla pensabilità di nuovi approcci alla malattia mentale.

Prima del 1904 le uniche leggi afferenti alla materia erano quelle di pubblica sicurezza, la legge comunale e provinciale, per quel che concerneva la spesa di mantenimento dei folli indigenti e, infine, la legge sulle Opere Pie del 17 luglio 1890, n° 6972, per quel che riguardava il mantenimento di folli non pericolosi per sé e per altri. Di conseguenza, gli aspetti non regolati con norme certe non ebbero uniforme applicazione sul territorio nazionale. La cura del sofferente era un aspetto culturalmente legato al concetto di filantropia piuttosto che riconosciuto come dovere sociale.

Il primo documento ufficiale che regolamentava in maniera dettagliata la cura degli alienati nelle case private fu il Regio Decreto n° 615 del 1909. In particolare, all'articolo 2 veniva specificato che per case private si dovevano intendere “*tutte quelle case, esclusa quella dell'alienato o della sua famiglia biologica che, senza essere organizzate a stabilimento, ricevono uno o due alienati.*” L'articolo 14 del suddetto decreto esponeva inoltre i requisiti richiesti alla famiglia per poter accogliere un paziente psichiatrico presso il proprio domicilio. Tra i requisiti richiesti erano presenti:

- La salubrità della casa e la sua capacità di ricevervi convenientemente l'alienato, e l'adatta disposizione degli ambienti;

²Con questo termine veniva definita la possibilità di accogliere all'interno di case private fino a 2 pazienti del Manicomio. I sinonimi utilizzati in quel periodo per codificare tale pratica erano: Cura in Casa Privata, Patronato Eterofamiliare, Colonie Familiari, Assistenza Familiare, Trattamento Familiare, Custodia Domestica, Ricovero Familiare.

³Legge 14 Febbraio 1904, n° 36. Disposizioni sui Manicomi e sugli alienati. G.U. n° 43 del 22 febbraio 1904. Questa legge rimase in vigore fino al 1978.

- La sua ubicazione, che doveva essere fuori dai centri abitati ed avere possibilmente una sufficiente estensione di terreno annesso;
- La possibilità che l'alienato fosse adibito a qualche lavoro preferibilmente agricolo;
- La composizione della famiglia ed i lavori di cui si occupava dovevano essere idonei a garantire all'alienato cura e assistenza adeguata;
- La famiglia doveva possedere caratteristiche orientate alla buona condotta e all'integrità morale.⁴

È importante osservare come all'interno del Regio Decreto fossero presenti i prodromi di quello che nel corso del tempo si strutturerà in una ben più articolata pratica di convivenza supportata: l'inserimento eterofamiliare supportato di adulti. Veniva posto l'accento sull'importanza della famiglia intesa come ambiente in cui potersi riavvicinare a sé, all'altro ed alla società: il nucleo eterofamiliare era per la prima volta descritto come luogo di cure. L'articolo 2 precisava che la famiglia non dovesse essere quella dell'alienato o la sua famiglia biologica: le prime evidenze cliniche stabilivano come l'assistenza omofamiliare non portasse ai malati benefici paragonabili a quella eterofamiliare (Cappelletti, 1903).

La custodia domestica omofamiliare, ampiamente diffusa in Italia nel XIX Secolo veniva criticata dai professionisti per diverse motivazioni di ordine sociale e clinico: Cappelletti spiega come le famiglie biologiche non possono essere selezionate e, a causa del legame pregresso, non possiedono l'autorità per contenere e limitare il congiunto nei momenti critici; non dispongono, solitamente, di entrate economiche tali da mantenere il nucleo, quindi il sussidio erogato per il malato diviene necessario per la sussistenza dell'intera famiglia. *“La monetizzazione della patologia del figlio può contribuire indirettamente a rendere cronico il disturbo di questi che si trasforma da disgrazia a risorsa economica. La famiglia affidataria, al contrario laddove si concluda una convivenza, può sempre contare sull'inserimento di un nuovo ospite”* (Cappelletti, 1903).

Se da un lato la Legge Bianchi ed il successivo Regio Decreto attuativo connotavano in modo molto netto la Psichiatria nel suo mandato di controllo sociale, dall'altro sancivano in modo altrettanto netto la delega al Direttore del Manicomio, che aveva il potere ed il dovere di decidere in autonomia ingressi e dimissioni, vale a dire della salute e del destino sociale di molte persone. La nascente legge e le sue applicazioni, quindi, non declinavano né l'offerta di un percorso rispondente ai bisogni di cura del singolo paziente in relazione alla sua condizione, né l'uniformità di trattamento per coloro che venivano inseriti all'interno dei manicomi, in quanto la materia psichiatrica e le modalità di applicazione dei protocolli erano lasciate alla discrezionalità del Direttore dell'Istituto.

Tali provvedimenti erano tuttavia essenzialmente fondati su un duplice concetto, ossia l'assistenza agli infermi e la sicurezza pubblica. Da ciò derivava la necessità della “custodia” in luoghi deputati a questo specifico compito. Un problema estremamente delicato, direttamente attinente alla sfera dei diritti individuali, era lasciato in una situazione di rischiosa e differenziata discrezionalità. Rischiosa perché in non poche città potevano verificarsi abusi a danno dei singoli cittadini sofferenti, configurandosi gli estremi del sequestro personale. Differenziata era la gestione delle singole istituzioni manicomiali, con determinazioni diverse circa le attribuzioni dei Direttori e l'organizzazione dei servizi interni, normalmente fissate in statuti e regolamenti emanati dall'autorità amministrativa al cui carico era il Manicomio.

Lo Stato assumeva direttamente il controllo della difesa sociale, intervenendo laddove il singolo individuo rappresentava con la sua malattia una minaccia per la cittadinanza, obbligandolo alla cura ed apprestandogli mezzi economici e luoghi di trattamento specifici, palesemente scollegati dai “normali” luoghi di vita dei cittadini. La Professoressa Valeria Babini evidenzia in alcuni suoi scritti come già il Dott. Biffi, portatore di una pionieristica visione del sofferente come malato e non come pericolo per la società, definisse necessario un cambiamento culturale che potesse integrare il diverso, al fine di garantire a lui delle maggiori e migliori possibilità di cura e di benessere ed alla società una

⁴Regio Decreto 16 agosto 1909, n° 615. Regolamento sui manicomi e sugli alienati. G. U. n° 21, del 16 settembre 1909.

visione di apertura meno legata alla paura ed alla conseguente necessità difensiva di “chiudere” e separare alcune categorie di cittadini (Babini et al., 1984; Babini, 1994).

Il Dottor Cino Bernardini nel 1911 descrive la condizione degli alienati criminali ricoverati in Manicomio e la difficoltà delle loro dimissioni, ad esclusivo carico e responsabilità del Direttore dell'Istituto stesso “[...] non è dunque criticabile quel Direttore che non si senta autorizzato ad emettere, se richiesto dalla famiglia o dall'Autorità, un verdetto di guarigione [...] il Tribunale si guarderà bene, a scampo di responsabilità, dal deliberare che il criminale migliorato ma non guarito, venga dimesso dal Frenocomio.[...] ne seguirà per necessaria conseguenza che un povero infelice dovrà prolungare per un tempo indeterminato la sua dimora in un ambiente non più a lui adatto [...] fino al punto in cui, scatterà in qualche escandescenza od atto impulsivo che [...] costituirà, erroneamente, nuova ragione per trattenerlo [...] Le porte del Frenocomio [...] costituiscono spesso una barriera ben più difficile a superare di quella di un antico carcere” (Bernardini, 1911).

Il Dott. Ferrari delinea le caratteristiche di significato dei luoghi e dei pazienti in essi ricoverati: “*Quanto ai Manicomi, essi devono avere il carattere di luoghi di cura e non di prigioni o di caserme: in essi si deve procurare ai malati il massimo comfort*” ed ancora “*Scholtz proclama pure la massima libertà nei rapporti fra ammalati e parenti, tanto riguardo alle visite, quanto riguardo alle corrispondenze: si deve escludere ogni idea di detenzione, tanto in faccia al malato, quanto rispetto al pubblico [...] Si devono abolire le uniformi: gli abiti formano una parte troppo grande dell'individualità*” (Ferrari, 1903).

Stante la facoltà di libera decisione legalmente riconosciuta ai Direttori degli Istituti manicomiali, alcuni intellettuali avevano già iniziato a definire con maggior puntualità le loro posizioni teoriche, etiche e istituzionali sul tema della malattia psichica e delle modalità di risposta ai bisogni del malato. Nelle parole di Ferrari viene data rilevanza alla dimensione relazionale, affettiva e alla soggettività dell'individuo, posizione di forte impatto e che parrebbe rovesciare il paradigma secondo il quale il malato psichico, l'alienato, poiché incapace di entrare in contatto con la realtà, da essa dovrebbe essere allontanato per non nuocere alla società, oltre che a sé stesso.

Ferrari, direttore del Manicomio di Imola e antesignano della Psicologia italiana, fu un grande sostenitore delle Colonie per Alienati e del Patronato Familiare, tanto da istituire nel 1922 a Bologna il Patronato di Assistenza e la Colonia Libera di S. Luca per i ricoverati e gli ex degenti psichiatrici e fu tra i fondatori, nel 1924, della Lega Italiana per l'Igiene Mentale. Il sostegno di Ferrari a questo modello nasceva dalla convinzione che l'alienato dovesse ritornare alla famiglia per poter riconquistare la dignità personale. In una tale cornice storica, di cui abbiamo evidenziato la tendenza culturale comune e le posizioni particolari di alcuni studiosi, era presente un problema di ordine gestionale ed economico che ha elicitato alcune riflessioni dei professionisti: l'affollamento dei Manicomi. Tale condizione venne analizzata dal Tamburini nell'inchiesta del 1896 e in quella Ministeriale del 1898 insieme al Lombroso, esposta nel Congresso della Società Freniatria Italiana del 1901. Più della metà degli Istituti, sul finire del '800, eccedeva la capienza massima prevista, superando di circa un quinto la possibilità di ricoverare alienati. “[...] le condizioni sfavorevoli in cui, per tale ingombro, trovansi la maggior parte dei Manicomi, costituiscano coefficienti anziché di guarigione, di degenerazione in demenza” (Tamburini, 1902).

Le cause di tale fenomeno sono: “l'aumento reale del numero dei pazzi”, “la diminuita mortalità per le migliorate condizioni igieniche di molti Manicomi nuovi o rinnovati” e “la difficoltà di dimettere malati divenuti innocui, pei quali è venuta meno la funzione del Manicomio [...] poiché le famiglie non vogliono e non possono riprenderli e custodirli. Per cui restano e si accumulano nei Manicomi delle categorie di malati che non dovrebbero rimanervi e che lo allontanano dalla sua vera funzione, che è quella della cura razionale dei casi acuti e curabili e della cura e custodia dei pericolosi a sé e agli altri” (Tamburini, 1901). L'intenzione di utilizzare le case private come strumento di cura alternativo alle strutture manicomiali aveva in questo periodo la finalità principale di sgravare gli istituti dall'eccessivo affollamento. Sui tavoli di lavoro non vi era ancora lo spazio per porre esclusivamente delle riflessioni condivise sulla valenza terapeutica di un modello di questo genere.

Due possibili soluzioni al problema dell'affollamento dei Manicomi, proposte dal Tamburini, furono il Collocamento a Custodia Domestica ed il Patronato Familiare. Entrambe le opzioni residenziali, oggetto di discussione presso la comunità scientifica del tempo, rappresentarono una concreta alternativa all'istituto manicomiale e il patronato familiare in particolare incarnò sin dai primi anni del '900 una possibile offerta extramuraria per gli internati (Aluffi, 2001). Le due modalità di Assistenza familiare vengono distinte da Tamburini in base alle caratteristiche che le contraddistinguono: entrambe garantiscono al malato la possibilità di vivere in un ambiente preservante, in contatto con la società e non in un ambiente pregno di patologia, malessere e stigma. La ricollocazione presso la famiglia d'origine non appare però al Tamburini la scelta da privilegiare, poiché altre possono essere le motivazioni che la sottendono.

“L'assistenza familiare degli alienati, la quale, senza essere di nessun pericolo per il pubblico, ritorna il malato alla vita sociale, agli affetti e alla dimestichezza della famiglia, lo sottrae alla coercizione e al contatto continuo con altri malati di mente, e lo colloca in un ambiente libero e sano, è certamente l'ideale dell'assistenza per certe categorie di malati” (Tamburini, 1902).

“L'affidamento dei malati alla custodia domestica con sussidio [...] nella Provincia di Firenze [...] è attuato anche senza previo soggiorno dei malati in Manicomio. Gli alienati che le famiglie credono di poter proporre per sussidio, sono presentati dalle famiglie, munite di certificato medico, alla Direzione del Manicomio: questa sottopone il malato a visite e se ritiene che possa essere assistito a domicilio rilascia il certificato relativo, col quale la Provincia corrisponde il sussidio. [...] Ma una volta accordato il sussidio, la Direzione del Manicomio si disinteressa del malato e non ne ha più notizia, e l'Amministrazione Provinciale prosegue a corrispondere il sussidio sino a che il malato muoia, o rientri in Manicomio, o sopravvenga qualche straordinaria circostanza che porti alla cessazione del sussidio. [...] E questa [...] è certamente la ragione principale per cui si nota un progressivo ed allarmante aumento in tale categoria di malati sussidiati. [...] Questo sistema [...] offre notevoli inconvenienti, [...] per cui è facile convincersi che esso, invece che a scopo di umanità, serve a deplorabili speculazioni” (Tamburini, 1902).

Lievemente più strutturato pare essere il sistema di custodia domestica omofamiliare adottato nel Manicomio di Reggio. *“I malati riconosciuti cronici, insanabili ed innocui vengono, previa trattative fra la Direzione del Manicomio e le famiglie, proposti alla Deputazione Provinciale pel sussidio. [...] La Direzione del Manicomio richiede che il malato le sia frequentemente accompagnato, onde visitarlo, e ove occorra fa anche visite periodiche a domicilio. [...] Malgrado questo sistema di controllo, che pur offre qualche garanzia, abbiamo dovuto riconoscere quei inconvenienti che [...] hanno fatto abbandonare tale sistema. [...] E l'inconveniente precipuo è dato dalla mancanza di una diretta ed efficace vigilanza da parte della Direzione del Manicomio. Questa non avendo diritto di scelta riguardo alle famiglie, non può avere idea esatta dell'ambiente materiale e morale più o meno appropriato in mezzo al quale va a vivere il malato. [...] in parecchi casi si è dovuto cangiare la persona di famiglia a cui si affidava la custodia, ed anche in qualche caso affidarli, con molto maggior vantaggio, a famiglie esterne. E in parecchi casi si è dovuto riconoscere che il sussidio andava tutto a profitto della famiglia [...]”* (Tamburini, 1902).

“Assai miglior prova invece ha fatto, laddove è stato attuato, il Patronato familiare propriamente detto, cioè l'affidamento di malati a famiglie estranee. Questo sistema è stato introdotto in Italia solo dopo che, avendo io visitato nel Belgio (1897) le Colonie di Gheel e Lierneux, [...] ho cercato di passare dalla teoria alla pratica, attuando, per quanto in misura limitata, ciò che da tempo andavo propugnando, il patronato familiare. [...] L'esperimento attuato a Reggio [...] è stato sinora applicato al sesso femminile. [...] La scelta delle malate è sempre stata fatta colle maggiori cautele, per la maggior parte dementi croniche tranquille e pulite; ma vi fu compreso anche qualche caso di forme periodiche miti, qualche delirio cronico tranquillo di persecuzione anche allucinatorio, ed anche qualche epilettica ed isterica. Per l'età si è preferita quella matura o avanzata, ma in qualche caso si sono affidate anche malate abbastanza giovani. [...] Le famiglie scelte per la custodia sono state di preferenza famiglie di Infermieri o di Infermiere del Manicomio, o di altri addetti o ex addetti allo stabilimento stesso in modo che [...] fosse già preventivamente eliminata ogni diffidenza o timore

per la convivenza con alienati. [...] si è sempre avuto cura che le famiglie custodi dimorassero nei pressi o a non molta distanza dallo Stabilimento, e ciò onde potere esercitare una continua vigilanza. [...] Prima di affidare le malate si verificano scrupolosamente le condizioni igieniche della casa e specialmente delle stanze dove debbono dimorare le pensionanti. [...] E si prescrivono ai custodi [...] tutte le prescrizioni per ciò che riguarda il trattamento fisico e morale” (Tamburini, 1902).

Il primo Psichiatra italiano che provò interesse per i progetti di cura alternativi e che indusse Tamburini ed altri ad approfondire la conoscenza dell'accoglienza familiare fu Serafino Biffi, che si recò nel 1852 alla Colonia di Geel e ne tornò entusiasta. Ne ebbe un'impressione particolarmente favorevole e la fece conoscere in Italia, continuando anche negli anni successivi a sostenere concetti di riforma moderni e liberali in merito all'organizzazione dei Manicomi ed al trattamento degli alienati. Durante la sua vita ebbe fitti rapporti epistolari con Tamburini, Livi e la quasi totalità dei professionisti che, come lui e grazie a lui, dimostravano la possibilità di aprirsi ad una visione più rispettosa della malattia e del malato. Nel 1851 ottenne la direzione del Manicomio privato di San Celso a Milano e ne fece *“uno degli asili più rinomati e ricercati d'Italia, e a un tempo la meta tradizionale e largamente ospitale ai pellegrinaggi degli alienisti italiani e di non pochi stranieri.”*⁵ Il Dott. Cristiani racconta l'esperienza del Manicomio di Lucca, da lui diretto, in cui ha voluto sperimentare il Metodo del Patronato Familiare *“[...] dei pazzi cronici, tranquilli ed innocui, collocandoli al di fuori dei Manicomi, presso le famiglie di coloni. In quasi tre anni ha potuto così collocare 27 alienati, cioè 15 donne e 12 uomini, senza il minimo inconveniente, con ottimi risultati morali e medici”* (Tamburini, 1902). La posizione di Tamburini e di Cristiani in questi estratti evidenzia una caratteristica culturale del tempo: la pericolosità del malato di mente che induce a preferire le famiglie di Infermieri, o comunque addetti degli stabilimenti, quali individui a cui rivolgersi per la collocazione dei sofferenti. I malati, seguendo la logica del tempo, dovevano essere collocati all'esterno della società, dentro Manicomi, perché pericolosi per sé, per gli altri e per la comunità, in quanto di pubblico scandalo; quando è possibile pensare ad una continuazione del percorso di vita e di cura al di fuori delle mura manicomiali, questo può essere fatto a stretto contatto con i professionisti della cura.

Da quanto riportato emergono quelli che potremmo definire i primi passi dello IESA in Italia, sebbene sia evidente la distanza dai nostri giorni in cui si realizza l'inserimento eterofamiliare facendo riferimento a risorse *non professional*, dove la dimensione terapeutica si colloca nella collettività e nel sociale, guardando non solo con fiducia ma con la forza dell'evidenza alla dimensione ambientale come effettivo fattore terapeutico.⁶

Conclusioni

Il periodo a cavallo tra XIX e XX Secolo in Italia è stato parzialmente animato da riflessioni sui progetti di cura alternativi al ricovero in Manicomio. In quell'epoca gli specialisti avviarono un fervente dibattito sulle possibili modalità di realizzazione dell'accoglienza eterofamiliare, basandosi sulle diverse esperienze europee già attive (Belgio, Germania, Scozia, Francia). Successivamente questa pratica ha subito una deflessione fino ad estinguersi. Soltanto a partire dalla fine degli anni '90 si assiste ad un nuovo sviluppo del modello IESA nella forma che conosciamo oggi.

I presupposti culturali e l'attuale approccio al disagio psichico si discostano fortemente da quelle che erano le credenze e le modalità di intervento utilizzate agli inizi del '900, così come la pratica del Patronato Familiare si avvicina al modello IESA soltanto per i principi di base, ma se ne discosta per le modalità di applicazione e la struttura teorica. Accogliere significa muoversi attivamente nella società assumendo una posizione caratterizzata da valori quali l'accettazione dell'individuo visto

⁵Tamburini, Commemorazione tenuta il 29 giugno 1899 nella Sede della Società di patrocinio dei pazzi poveri della Provincia di Milano, Opere complete del Dr. Serafino Biffi, Vol I.

⁶Aluffi (2014) definisce il Fattore Terapeutico Ambientale come funzione accogliente e ristrutturante della famiglia e dell'ambiente domestico che promuove il cambiamento ed il benessere psichico del paziente, consegnando un ruolo attivo al paziente e al relativo ambiente di cura.

come altro da sé. Il Patronato Familiare può essere considerato come precursore di una visione centrata sull'integrazione degli individui in una società intesa come luogo di incontro, condivisione, scambio.

Come delineato dai documenti storici, la contingenza del sovraffollamento manicomiale sembra essere stata la leva promotrice del processo volto allo sviluppo di percorsi finalizzati all'inclusione sociale. Una criticità gestionale ha consentito, quasi inconsapevolmente, di aprire uno spiraglio a nuove modalità di pensare al malato mentale, soffermandosi sulla sostenibilità sia in termini economici sia terapeutici dell'accoglienza all'interno di contesti forse meno istituzionali ma certamente capaci di offrire dignità e cura.

Agli inizi del '900 inizia a farsi strada un'idea di cura più strutturata e la concezione dei sofferenti psichici comincia ad assumere delle caratteristiche meno discriminanti, abbandonando il concetto di essere umano reificato, che ha accompagnato per lungo tempo l'immagine del malato psichico: si struttura la concezione dell'alienato come di un individuo che, indipendentemente dalla patologia, rimane un uomo con delle possibilità di crescita e degli inalienabili diritti che possono trovare risposta ed accoglimento nella società. La società stessa deve essere in grado di accogliere al suo interno le differenze e la sofferenza, senza provare timore. L'ignoranza genera paura, la paura invita alla separazione, la separazione blocca la conoscenza: questo circolo vizioso può essere interrotto con la volontà di aprirsi al diverso. L'altro, quando viene ri-conosciuto, acquisisce forme meno spaventose, non deve più essere isolato, ma può essere integrato anche all'interno della propria famiglia. Il potere trasformativo insito nelle relazioni si manifesta attraverso un costante processo di scambio e di crescita, nell'accettazione dell'alterità. L'essere umano infatti nasce, per così dire, "psicologicamente" nel rapporto con l'altro e cresce grazie alla sua capacità di stabilire altre relazioni adeguate con le persone che costituiscono il suo ambiente familiare e sociale (Zoja, 2007). La relazione con l'altro è dunque una parte imprescindibile per garantire la sopravvivenza psichica della razza umana. Una famiglia che accoglie offre una seconda opportunità per fare esperienza di stabilità e per incentivare allo sviluppo emotivo e affettivo. I concetti di inclusione e di appartenenza sono i fondamentali presupposti per accrescere nell'individuo la volontà e l'opportunità di vivere in una società in cui il diverso è soggetto attivo della stessa. Il senso di appartenenza si struttura quando il desiderio e le capacità dell'individuo di creare e mantenere relazioni persistenti si uniscono alle caratteristiche di un ambiente accogliente, familiare e affettivo⁷.

Oggi lo IESA rappresenta un modello di riferimento nella strutturazione di percorsi di cura e riabilitazione in diversi ambiti applicativi; permette all'individuo fragile di inserirsi all'interno di un nuovo contesto familiare entro il quale fare esperienza di un ambiente capace di accogliere, contenere e supportare, nel quale poter costruire nuovi significati. Il modello IESA pone l'attenzione al contesto familiare quale fattore terapeutico in cui la con-vivenza e la con-divisione rappresentano elementi capaci di generare benessere per chi lo utilizza e per la società. Gli individui e la società sono virtuosamente collocati in una relazione che genera benessere, amplifica il sentimento sociale⁸ e la compartecipazione.

Riferimenti bibliografici

Aa. Vv. (1902). *Atti del XI congresso della Società Freniatrica Italiana. 29/09/1901 – 03/10/1901 Ancona*. Calderini: Reggio Emilia.

Aa. Vv. (1902). *Opere complete del Dr. Serafino Biffi*. Hoepli: Milano.

Adler, A. (1950). *Il temperamento nervoso. Principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Astrolabio: Roma.

Aluffi, G. (2001). *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento eterofamiliare supportato di adulti*

⁷Il modello dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti è stato definito dal prestigioso giornale "The Guardian" come una delle 10 pratiche suggerite per cambiare il mondo in positivo (<https://www.theguardian.com/voluntary-sector-network/2015/dec/01/giving-tuesday-10-ways-to-change-the-world>).

⁸Alfred Adler (1912) definisce il sentimento sociale una delle due istanze innate dell'uomo che lo porta a riconoscere sé stesso come parte integrante della società, intesa come luogo naturale di sviluppo del proprio e dell'altrui benessere.

- sofferenti di disturbi psichiatrici*. Franco Angeli: Milano.
- Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono: Oltre la psichiatria*. Gruppo Abele: Torino.
- Aluffi, G., Larice, S. (2014). Il fattore terapeutico ambientale nell'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici (IESA). *Psichiatria/Informazione*, n° 3, pp.23-39.
- Babini, V.P., Cotti, M., Minuz, F., Tagliavini, A. (1984). *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*. Bologna: Il Mulino.
- Babini, V.P. (1994). *La psichiatria*. In: *Storia delle scienze, vol. IV, Natura e vita. L'età moderna*. Einaudi: Torino.
- Bernardini, C. (1911). La dimissione degli alienati criminali dal manicomio a gli Art. 64, 66 e 69 del Regolamento Centrale. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle alienazioni mentali*, Volume 37. Calderini: Reggio Emilia.
- Canosa, R. (1979). *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*. Feltrinelli: Milano.
- Cappelletti, L. (1903). Il trattamento familiare dei malati di mente. *Giornale di Psichiatria Clinica e tecnica manicomiale*. Anno XXX. Ferrara.
- Ferrari, G.C. (1903). Come si può imparare ed organizzare in Italia una Colonia familiare per alienati. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle alienazioni mentali*, Volume 29. Calderini: Reggio Emilia.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Einaudi: Torino.
- Legge 14 febbraio 1904, n° 36. Disposizioni sui Manicomi e sugli alienati. *Gazzetta Ufficiale*, 43, 22 febbraio 1904.
- Regio Decreto 16 agosto 1909, n° 615. Regolamento sui manicomi e sugli alienati. *Gazzetta Ufficiale*, 21, 16 settembre 1909.
- Scabia, L. (1910). *Il frenocomio di S. Girolamo in Volterra*. Stabilimento tipografico A. Carnieri: Volterra.
- Tamburini, A. (1902). L'Assistenza degli alienati ed il Patronato Familiare in Italia. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle alienazioni mentali*, Volume 28. Calderini: Reggio Emilia.
- Tamburini, A., Ferrari, G. C., Antonini, G. (1918). *L'Assistenza agli Alienati in Italia e nelle Altre Nazioni*. Unione Tipografico Editrice Torinese: Torino.
- Zoja, L. (2007). *Ethics and analysis: Philosophical perspectives and their application in therapy* (Vol. 13). Texas A&M University Press.

Garanzie di tutela per le parti coinvolte in segnalazioni e denunce nell'ambito delle convivenze IESA del Regno Unito.

Fox A.*

Abstract¹

Questo articolo analizza l'esperienza sul campo delle famiglie e delle equipe IESA nel Regno Unito (Shared Lives) rispetto ai rischi per la sicurezza. Il tema della tutela ha acquisito nel tempo un rilievo sempre maggiore come indicatore del processo di cura. Offrire delle garanzie di tutela è di fondamentale importanza per le persone in carico allo IESA, per i servizi che gestiscono i progetti e per le famiglie ospitanti coinvolte. Nello IESA non è infatti tollerata alcuna forma di abuso o trascuratezza nei confronti delle persone implicate nel percorso. I progetti IESA attivi nel Regno Unito, nel rappresentare uno dei modelli più sicuri ed efficaci di cura sul territorio, sono costantemente supervisionati dallo Shared Lives Plus e da un sistema di monitoraggio interno. Nello IESA è indispensabile fornire delle garanzie di protezione attraverso processi mirati, appropriati ed efficaci. Questo articolo descrive le modalità attraverso le quali vengono messe in atto le procedure per la salvaguardia degli ospiti e degli ospitanti in occasione di indagini a seguito di denunce e segnalazioni, raccogliendo le testimonianze di alcuni servizi IESA locali rispetto a questo delicato e complesso tema, suggerendo inoltre soluzioni operative.

Parole chiave: Shared Lives, Shared Lives Plus, IESA; tutela, sicurezza, raccomandazioni, accoglienza eterofamiliare, famiglie ospitanti, caregiver IESA.

Nel Regno Unito, nelle occasioni in cui si ravvisino dei timori rispetto alla sicurezza delle persone coinvolte nei progetti IESA, lo Shared Lives Plus² ha strutturato le seguenti modalità di azione per le famiglie ospitanti e le equipe:

Ospitanti IESA

- Possono chiamare il servizio telefonico di supporto e riferirsi ad una persona incaricata di raccogliere i reclami e le segnalazioni;
- Possono ottenere una consulenza legale telefonica gratuita;
- Possono usufruire di un'assistenza legale gratuita attraverso apposita assicurazione nel caso in cui: siano stati accusati di aver commesso un reato ma sostengano di essere innocenti; vogliano avanzare una mozione per non essere stati ammessi al progetto; siano stati valutati inadeguati al supporto di adulti e minori con fragilità dal Disclosure and Barring Service (DBS) o Disclosure Scotland³.

Equipe IESA

- I referenti e gli operatori possono contattare e fare riferimento al Sistema di Supporto e Qualità dello Shared Lives Plus per eventuali reclami e segnalazioni;
- Possono accedere alla Guida del Sistema di monitoraggio di Shared Lives Plus, che affronta i temi della gestione sicura del denaro, dei fenomeni di bullismo e molestie e delle situazioni di abuso o trascuratezza.

* Dottore in Filosofia e Letteratura Inglese; Responsabile Shared Lives UK; CEO Shared Lives Plus; Nottingham University. Ricercatore associato presso ResPublic, Fiduciario presso il Social Care Institute for Excellence e membro della Royal Society of Arts London.

¹Traduzione a cura di Elisabetta Latragna, Gianfranco Aluffi.

²Organo nazionale di monitoraggio, formazione e direzione scientifica dei vari servizi IESA sul territorio del Regno Unito.

³Servizio Pubblico che ha il compito di segnalare alle organizzazioni di volontariato e agli enti per il lavoro eventuali insoluti con la legge da parte dei soggetti indagati.

Tutti i progetti IESA devono essere avviati fornendo al candidato ospitante un'informativa che descriva nel dettaglio cosa può accadere durante la selezione, il supporto che il servizio può fornire e i livelli di retribuzione che il volontario riceverà durante il periodo di collaborazione, oltre a ciò che può accadere durante un'indagine sui livelli di sicurezza del progetto.

I progetti IESA devono essere realizzati e mantenuti attraverso uno stretto dialogo con l'equipe di riferimento e con il gruppo di lavoro incaricato di salvaguardare la tutela dei soggetti coinvolti, al fine di garantire che ospitanti e ospiti siano a conoscenza e abbiano compreso il modello di intervento sul quale è basato lo IESA. Questo approccio consente di ottenere dei buoni risultati nella costruzione di un approccio coerente e condiviso tra le parti.

Gli ospitanti hanno il diritto di ricevere informazioni che permettano loro di operare scelte e prendere decisioni consapevoli rispetto a possibili rischi per sé stessi e per i propri cari. Per un abbinamento sicuro ed efficace è fondamentale che ci sia trasparenza sulle informazioni fornite dai servizi inviati allo IESA e successivamente dallo IESA al volontario. Questa modalità di operare consente all'equipe IESA di valutare l'idoneità dei candidati all'avvio di un progetto, assicurando l'appropriatezza dell'abbinamento ospite-ospitante e consentendo di mettere in atto le misure di tutela necessarie per avviare un adeguato percorso di cura, valutando a monte anche i rischi.

All'inizio del percorso di selezione, il servizio IESA e i candidati ospitanti dovrebbero avere l'opportunità di discutere dei processi di tutela e salvaguardia e di condividere informazioni più dettagliate sulle tempistiche e su ciò che potrebbe accadere in caso di indagini. Il servizio IESA dovrebbe informarsi sulle aspettative dei candidati e raccogliere tutte le informazioni possibili nel percorso di selezione, specificando tutte le formule di supporto attivabili.

Il modello IESA si basa sulla disponibilità del volontario ad ospitare una persona seguita dal servizio all'interno del proprio nucleo familiare e a collaborare con gli operatori.

Quando in un progetto IESA viene mossa un'accusa o fatta una segnalazione, questa è spesso di carattere personale e orientata all'ospitante. La sottile linea di demarcazione tra professionale e personale aiuta a comprendere quanto, in alcune occasioni, sia difficile per l'ospitante lasciare da parte il proprio vissuto soggettivo durante un'indagine sullo stato di sicurezza del progetto. Questa situazione può infatti generare tensione e negatività. Gli ospitanti, come gli operatori e gli investigatori, hanno responsabilità reciproche durante tutto il percorso ed è interesse di tutti che la conflittualità venga ridotta al minimo.

Laddove possibile, il servizio IESA dovrebbe individuare un professionista incaricato di accompagnare l'ospitante nella fase di raccolta delle proprie argomentazioni. Questo operatore dovrebbe fornire supporto all'ospitante nel corso dell'inchiesta, mantenendo con lui dei contatti regolari anche in periodi di stallo, al fine di evitare vissuti abbandonici.

La modalità con la quale viene eseguita l'inchiesta e le comunicazioni con gli enti possono fare la differenza nella costruzione della relazione di fiducia tra l'ospitante e il Servizio IESA.

Shared Lives Plus è in grado di supportare le forze dell'ordine, o altri eventuali professionisti attivamente coinvolti sul piano investigativo, a comprendere le dinamiche dello IESA, evitando situazioni di possibile conflitto di interessi che il Servizio IESA locale, lasciato a sé stesso, potrebbe favorire.

Nel caso in cui venga ritenuto opportuno che una persona possa tornare a vivere presso la famiglia ospitante di provenienza, si dovrebbe ricorrere ad un avvocato indipendente, al fine di supportare questo processo decisionale.

Per seguire una corretta prassi, l'investigazione dovrebbe concludersi con una relazione scritta e un incontro tra il Servizio IESA locale e coloro che si sono occupati di seguire il processo di valutazione del danno. Se è stata fatta una denuncia, in seguito poi ritirata o considerata infondata, bisognerebbe effettuare un debriefing⁴ che preveda il coinvolgimento del caregiver e dell'operatore

⁴ Il debriefing è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno specialista esperto in situazioni di emergenza, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico allo scopo di alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienze. Il debriefing si realizza nel primo periodo successivo

IESA. È inoltre importante porre attenzione ai vissuti dell'ospitante indagato per affrontare le questioni di carattere pratico.

L'impatto emotivo che un'accusa di maltrattamento può comportare non deve essere preso sotto gamba. Una denuncia di questo genere può avere un forte effetto sull'ospitante, sul benessere della sua famiglia e sulle persone di cui si sta occupando. Anche gli operatori e i responsabili del Servizio IESA non sono esenti dalle ricadute emotive che un'indagine di questo tipo può comportare. A seguito di una contestazione dovrebbe pertanto essere fornito supporto continuo a tutte le persone coinvolte. Può essere utile effettuare degli incontri di debriefing per analizzare, alleviare e/o eliminare le ricadute emotive che una simile esperienza può generare e, in alcuni casi, è necessario adoperarsi per avviare un lento processo di riacquisizione della fiducia tra le parti.

I professionisti del campo riconoscono che la famiglia ospitante rappresenta la vera e propria "casa" dell'ospite e per tale ragione è necessario attivare delle verifiche appropriate per assicurare che non venga violato il diritto ai propri spazi e alla vita familiare.

Metodo

Per la realizzazione di questa analisi sono stati coinvolti 10 Servizi IESA locali del Regno Unito.

La prospettiva degli ospitanti IESA è stata raccolta attraverso 14 mesi di attività della linea di supporto telefonico di Shared Lives Plus. Attraverso l'analisi dei contenuti dei contatti telefonici sono state ottenute maggiori informazioni in merito al tema della sicurezza. I caregivers chiamano la linea di assistenza non solo quando la convivenza non procede come dovrebbe, ma telefonano anche quando sono stressati, affaticati o non sanno cosa fare.

L'esperienza maturata attraverso la presente ricerca dimostra quanto sia difficile raccogliere le testimonianze di ospitanti IESA che abbiano vissuto processi di tutela veramente ben strutturati. L'obiettivo, a partire dalle esperienze negative che sono state raccontate per comprendere meglio cosa possa essere d'aiuto e cosa invece possa essere considerato controproducente in situazioni di questo genere, è di acquisire maggiori competenze sull'argomento e garantire risposte più appropriate.

Sebbene questo lavoro non presenti grandi informazioni in merito agli ospiti IESA, ma sia principalmente focalizzato sulle equipe e sugli ospitanti, ci auguriamo che i fruitori del Servizio possano cogliere dei miglioramenti anche rispetto alla loro sicurezza.

Questo articolo si conclude con una serie di suggerimenti raccolti attraverso gli ospitanti e le equipe IESA per migliorare gli interventi volti alla tutela delle persone coinvolte nei progetti.

L'importanza per gli *investigators* di comprendere cos'è lo IESA e come funziona

Le politiche e le procedure del lavoro in rete sono strutturate per garantire che le denunce provenienti da qualsiasi tipo di realtà siano adeguatamente e sensibilmente indagate, al fine di proteggere la persona che si presume esser stata vittima di abuso.

Tuttavia l'esperienza di alcuni ospitanti ci mostra come alcune procedure possano accidentalmente minare il progetto IESA. Questo può accadere quando chi si occupa dell'indagine non conosce in maniera approfondita il funzionamento dello strumento IESA. Chiunque sia coinvolto in un progetto può essere in grado di riconoscere e segnalare un rischio rispetto alla sicurezza.

Le segnalazioni arrivano direttamente da chi denuncia l'abuso: ospitanti, operatori, responsabili, operatori del servizio pubblico, utenti IESA o loro parenti e conoscenti.

I ricercatori hanno scoperto che le informazioni fornite in fase preliminare possono influire sul resto del processo di accusa.

Ai fini della tutela delle persone coinvolte è importante contestualizzare lo IESA proprio per le dinamiche che il vivere all'interno di una famiglia comporta. Ad esempio, divergenze e discussioni sono aspetti caratteristici del vivere in famiglia; imparare ad affrontare questi contrasti è una

ad un evento traumatico e consente di analizzare a posteriori le varie fasi di un processo e di effettuare una riflessione finale su ciò che è accaduto e sulle modalità di azione attuate.

componente essenziale della vita familiare. È fondamentale che una persona inserita in un progetto IESA sia in grado di confrontarsi e potersi “sfogare” con i membri della famiglia ospitante. Essere un caregiver significa avere un ruolo delicato, soprattutto se comparato ad altre forme di supporto caratterizzate da equipe multi professionali che possono intervenire in situazioni di attrito. Questa maggiore vulnerabilità del caregiver la si affronta spesso attraverso la linea di supporto telefonico dello Shared Lives Plus.

La relazione tra lo IESA, i Servizi locali per la tutela e i Servizi sociali territoriali

Un servizio IESA locale intervistato ha riferito che uno dei suoi interlocutori più storici, con il quale è riuscito a costruire degli ottimi rapporti professionali, è un’equipe che opera nell’ambito della disabilità intellettiva. I membri di questa equipe e gli enti committenti hanno una profonda conoscenza dello IESA e quando sono emerse questioni sulla salvaguardia, sono state eseguite delle indagini utilizzando un approccio condiviso commisurato al contesto dello IESA e della quotidianità familiare in tale ambito. Le differenze di organizzazione degli enti locali e delle equipe di lavoro, dall’essere un team specialistico come ad esempio coloro che operano con la disabilità intellettiva, all’essere un servizio generico basato sulla territorialità e sull’area geografica di competenza, possono rappresentare una criticità nel processo di indagine.

Il servizio ha inoltre sottolineato come i rapporti tra il gruppo investigativo e le equipe di lavoro IESA possono essere influenzati negativamente dalla volontà o meno degli investigatori di comprendere e conoscere il funzionamento della realtà operativa specifica. Ciò può comportare il mancato riconoscimento della figura del caregiver da parte delle agenzie che si occupano di valutare l’appropriatezza degli interventi.

Questo servizio ha inoltre segnalato che quando un ospitante IESA accoglie un ospite afferente ad un’area diversa rispetto a quella dell’ente territoriale di riferimento, è possibile che le due realtà abbiano visioni differenti in merito all’approccio da attuare nell’assistenza alla persona. Alcuni aspetti che per un operatore sociale possono essere interpretati come libera scelta di vita consapevole da parte dell’ospite, da parte di altri servizi possono essere letti come un rischio per la sua sicurezza. Ciò può portare a una confusione di base che il servizio IESA deve saper gestire e risolvere insieme all’ospitante. La criticità descritta potrebbe essere superata se i Servizi Territoriali conoscessero in modo più dettagliato il modello che lo IESA propone, in modo da evitare l’attivazione di indagini sulla sicurezza superflue e non necessarie.

Dalle informazioni ottenute dai Servizi IESA locali e dagli ospitanti è stato rilevato che in alcune aree del territorio, una volta che l’inserimento IESA è avvenuto e prosegue adeguatamente, l’ospite viene considerato “inattivo” dai servizi sociali locali. Quando questo accade, il paziente non è più seguito dall’ente e la sua cartella clinica viene riaperta solo in caso di emergenza o di variazioni significative della sua situazione. La rivalutazione annuale del caso (se viene eseguita) è gestita da un team di lavoro dedicato. Questo significa che se viene effettuata una segnalazione di maltrattamento, è possibile che la persona dell’ente territoriale, incaricata di eseguire l’indagine, non abbia mai avuto contatti con l’ospite e che conosca la sua storia soltanto attraverso la documentazione ufficiale.

Le equipe IESA locali riferiscono che le indagini per la tutela sono solitamente condotte da personale esterno al servizio come le autorità locali. Non è solitamente previsto che un servizio IESA si occupi di questo tipo di indagini, proprio per il potenziale conflitto d’interesse.

Le equipe IESA riportano come sia gli operatori territoriali sia i nuclei deputati alle indagini abbiano difficoltà a comprendere la struttura di questo modello, non cogliendone alcuni aspetti e faticando a identificare quali segnalazioni debbano essere realmente indagate e quali no. La mancanza di conoscenza del modello ha creato spesso confusione rispetto alle azioni da intraprendere in queste circostanze.

Comunicazioni e rapporti tra lo IESA e le famiglie ospitanti nel corso di una denuncia

Il livello di coinvolgimento di un'equipe IESA nell'indagine e la natura della denuncia influenzano direttamente la quantità di informazioni che un'equipe ha a disposizione e la possibilità di condividere tali informazioni con l'ospitante. I servizi IESA locali hanno riportato che, nel caso in cui vengano ravvisati pericoli per la sicurezza, è necessario informare i soggetti preposti a procedere con la valutazione e, solo dopo la loro autorizzazione, sarà possibile avvertire il caregiver, in modo tale da evitare che questi possa ostacolare il processo di indagine o viziare le prove. Gli ospitanti hanno degli obblighi alla stregua dei professionisti della salute e dell'assistenza e per tale ragione è molto importante che durante procedimenti di questo genere rispondano delle loro responsabilità. Affrontare una denuncia è sempre un evento emotivamente molto delicato per tutte le persone coinvolte tra le quali il personale del Servizio IESA, l'ospitante e la sua famiglia. Un atteggiamento negativo da parte del caregiver nei confronti degli operatori IESA (o viceversa) è particolarmente controproducente in quanto, in situazioni di questo tipo, tutte le parti coinvolte hanno l'obiettivo comune di far sì che l'ospite sia e si senta al sicuro. Affinché, a seguito di un'indagine, le relazioni possano tornare ad essere distese, è nell'interesse di tutti che la conflittualità sia ridotta al minimo durante l'intero processo di indagine.

Gli operatori che hanno portato la loro testimonianza riferiscono che l'indagine è spesso condotta al di fuori del Servizio IESA. Le indagini possono coinvolgere il Servizio nel caso in cui si renda necessaria la collaborazione per la raccolta delle informazioni utili alla valutazione del caso ma, nelle situazioni gravi dove sono coinvolte anche le forze dell'ordine è più frequente che il Servizio IESA venga completamente tenuto fuori. Questa modalità di intervento può ostacolare il Servizio IESA nell'erogazione dell'assistenza e nell'ottenere aggiornamenti sullo stato del procedimento. Questo può essere frustrante per tutti i soggetti coinvolti: per l'ospitante che, dopo aver intessuto stretti rapporti con il servizio, si trova ad essere escluso dall'aver informazioni e per gli operatori, in quanto anch'essi si trovano in una posizione complessa. Le equipe IESA desiderano poter sostenere gli ospitanti, ma spesso si trovano ad avere le mani legate rispetto all'indagine in corso. Dopo un'accusa risultata infondata può volerci molto tempo per riuscire a ripristinare un rapporto tra le parti.

Gli ospitanti frequentemente riportano vissuti di esclusione rispetto al processo d'indagine. Questo può essere dovuto al fatto che all'inizio di un'investigazione non viene mai spiegato cosa stia accadendo e non vengono fornite informazioni sulle tempistiche del procedimento.

Gli ospitanti IESA che hanno contattato la linea di supporto telefonico di Shared Lives Plus hanno riferito che tale servizio è certamente d'aiuto, ma non sufficiente nei casi in cui viene mossa un'accusa o avviata un'indagine. Essere formati sugli aspetti teorici relativi al tema della sicurezza è molto diverso dal dover affrontare una situazione concreta. Viene infatti sottolineata la necessità di ricevere maggiori informazioni sulle tempistiche e sulla durata dell'intera indagine. Sebbene sia impossibile definire a monte le tempistiche, può favorire un clima di maggior fiducia tra ospitante e Servizio IESA spiegare le motivazioni di questo procedimento e le modalità con le quali verrà portato avanti. In alcune situazioni l'ospitante riesce ad individuare quale possa essere il capo di accusa a suo carico, ma lamenta l'impossibilità di argomentare le proprie ragioni fino ad una fase avanzata del processo. Se non viene data al caregiver la possibilità di spiegarsi e il sistema prende il sopravvento, vi è il rischio che l'ospitante viva un momento molto difficile.

I Servizi IESA intervistati hanno riferito di aver attuato diverse modalità di approccio per sostenere le famiglie ospitanti sottoposte a indagine:

- Cercando di rispondere alle domande degli ospitanti, se possibile;
- Offrendo una consulenza specifica;
- Promuovendo o pagando l'iscrizione a Shared Lives Plus agli ospitanti, al fine di offrire loro il servizio di assistenza telefonica, di consulenza e il supporto legale.

È molto importante che gli ospitanti possano accedere ai servizi di assistenza o vengano indirizzati ad altri enti di supporto (locali, zionali ecc.) e che il Servizio IESA locale non interrompa mai la relazione con loro. Se viene proposta una consulenza specifica è necessario che questa venga

condotta in maniera sensibile, empatica e supportiva, al fine di evitare che il caregiver possa sentirsi giudicato o percepirsi come un problema.

Le tempistiche dell'indagine: dalla segnalazione fino al termine del procedimento

Operatori e famiglie ospitanti riferiscono un senso di incertezza e frustrazione rispetto alla durata delle indagini. Si registra spesso un tempo di latenza piuttosto lungo tra la segnalazione e l'attivazione delle procedure di investigazione; questo alimenta un senso di malessere sia nei caregiver sia negli operatori del servizio. Alcuni ospitanti sostengono che se gli operatori dei Servizi IESA di riferimento venissero maggiormente coinvolti nelle fasi iniziali, potrebbero fornire importanti informazioni per un efficace prosieguo delle indagini. Molti dei Servizi IESA locali hanno invece riferito che in queste situazioni devono stressare i team deputati all'indagine per assicurarsi che l'impatto di questo evento sia il meno duro possibile per gli ospitanti.

Gli ospitanti lamentano una scarsa tempestività nella conduzione delle indagini da parte degli investigatori, soprattutto quando il caregiver è già stato rimosso dal proprio incarico. Essi sostengono che questo accade poiché una volta eliminato il rischio potenziale, il caso non viene più considerato rilevante per l'autorità e quindi le tempistiche per la chiusura del procedimento passano in secondo piano; questo non può che far sentire il caregiver svalutato e non riconosciuto.

La gestione dei rimborsi spese di ospitalità nel corso di procedimenti di indagine

Shared Lives Plus ha elaborato dei suggerimenti rispetto alle modalità di rimborso dell'ospitante in caso di indagine.

Quando il paziente viene allontanato dalla famiglia IESA il caregiver ha diritto di ricevere un rimborso per tutto il periodo dell'indagine, che gli consenta di incassare una quota ricavata dalla media mensile delle entrate degli ultimi 12 mesi.

A seguito di una denuncia di abuso, quando l'accusa è stata giudicata falsa o infondata e l'ospitante non abbia ricevuto rimborsi durante il periodo di indagine, il corrispettivo del pagamento mancato dovrebbe essere erogato per intero.

Nella raccolta di informazioni per la realizzazione di questo articolo è emerso che esistono differenti modalità nella gestione dei rimborsi dei volontari IESA in caso di indagine:

- A seconda della natura delle accuse l'ospitante può continuare ad occuparsi dell'ospite durante il periodo dell'indagine e di conseguenza ricevere il rimborso;
- Quando la persona viene rimossa dal proprio mandato o sceglie di interromperlo durante l'indagine, alcuni servizi decidono di continuare a erogare il rimborso fino al verdetto dell'investigazione;
- Alcuni servizi non riconoscono il rimborso alla famiglia IESA quando l'indagine è in corso e la convivenza si è interrotta, poiché non ci sarebbe la disponibilità economica per pagare due famiglie per lo stesso utente;
- Un servizio ha riferito che quando un ospite sceglie di interrompere il progetto, si attiva il consueto periodo di preavviso e pertanto la famiglia IESA riceve il rimborso ancora per 28 giorni dalla chiusura della convivenza. Esistono tuttavia delle eccezioni a seconda delle circostanze. Solitamente non è possibile effettuare i rimborsi oltre i 28 giorni dalla chiusura del progetto, a meno che non vi sia la possibilità che l'ospite faccia rientro in famiglia. È stato evidenziato che se i rimborsi venissero erogati durante tutto il periodo di indagine probabilmente questa verrebbe portata avanti con maggior celerità.

I volontari IESA che hanno contattato Shared Lives Plus hanno denunciato la mancanza di linee guida dettagliate in merito alla definizione dei rimborsi durante il periodo di indagine.

Questo si traduce in una mancanza di trasparenza e un'accentuazione dell'incertezza per gli ospitanti, oltre a sottolineare come i criteri per i rimborsi durante le indagini sulla sicurezza siano a totale discrezione del servizio di appartenenza. Gli ospitanti hanno riferito sentimenti di impotenza qualora il servizio decida di sospendere i rimborsi e questo alimenta vissuti di vulnerabilità e

fragilità. È pertanto consigliabile che i Servizi IESA realizzino delle linee guida scritte per la gestione degli inserimenti e che queste dettagliino inoltre le modalità di intervento da attuare in caso di indagini sulla sicurezza.

È stato evidenziato come alcuni referenti IESA maggiormente esperti siano in grado più di altri di sollecitare gli enti preposti ad eseguire le indagini e come altri manager siano molto meno abili ad assumere un atteggiamento di questo tipo. Questo è soltanto un esempio per sottolineare come differenti tipi di gestione possano avere effetti diversi nel processo di indagine.

L'impatto di una denuncia sull'ospite e sull'ospitante

Mentre la garanzia di tutela dell'utente all'interno dei servizi dovrebbe essere un elemento imprescindibile, l'allontanamento arbitrario di un paziente dal servizio contro il proprio volere è da considerarsi un atto illegale e abusante: l'interruzione di una convivenza IESA non dovrebbe quindi essere una risposta automatica a seguito di una denuncia. Soltanto in Scozia vi è il potere, in casi eccezionali, di trasferire una persona in un luogo sicuro al fine di allontanarla dal presunto abusante (Adult Support & Protection – Scotland - Act 2007, sezioni 14 - 17).

I Servizi che hanno contribuito alla realizzazione di questa ricerca affermano che il modello IESA è molto diverso dall'impostazione organizzativa che si può riscontrare in altri settori, proprio per le modalità di gestione delle convivenze e della condivisione della quotidianità tra chi offre supporto e chi lo riceve.

In settori diversi, se viene mossa un'accusa ad un operatore sanitario, questo viene sospeso dall'attività, ma le persone che stanno ricevendo assistenza proseguono nel loro percorso grazie alle cure di un altro professionista producendo un impatto minimo sulla quotidianità dell'assistito. Nel caso di un progetto IESA, se si valuta che l'accusa è tale da giustificare un allontanamento dell'ospite dal caregiver, questa separazione può avere un effetto considerevole sull'utente e sulla famiglia IESA.

È fondamentale ricordare la sentenza della Corte di protezione G/E, A Local Authority & F [2010] del marzo 2010 e la successiva sentenza definitiva emessa il 30 luglio 2010 che critica il Consiglio comunale di Manchester per aver violato sia la Legge sulla Capacità Mentale, sia la Legge sui Diritti Umani, dimettendo forzatamente un giovane dal progetto IESA e avviando un inserimento residenziale senza alcuna autorità legale, in violazione del DOLS (Deprivation of Liberty Safeguards). Il ragazzo in questione aveva vissuto per un discreto numero di anni in una famiglia IESA. A causa dei timori delle autorità locali rispetto al comportamento dell'ospitante, il ragazzo è stato trasferito in una struttura gestita da un ente specializzato con assistenza 2:1. Nella sentenza, è stato stabilito come il Consiglio della città di Manchester avesse violato i diritti del giovane ai sensi dell'articolo 8 della Corte Europea per la protezione dei Diritti dell'Uomo (CEDU)⁵ e delle libertà fondamentali, allontanandolo dalle cure dell'ospitante IESA senza un'adeguata autorizzazione, non riuscendo a fornire alcuna argomentazione sulle ragioni di tale azione e non coinvolgendo adeguatamente l'ospitante nel processo decisionale rispetto al futuro del giovane adulto e limitando i contatti tra i due per diversi mesi dopo il suo trasferimento. In nessuna delle riunioni precedenti al trasferimento era stata data rilevanza alla ricaduta emotiva che un'azione del genere avrebbe causato al ragazzo, senza inoltre tener conto del suo diritto a scegliere lo IESA come percorso di cura ai sensi dell'articolo 8 del CEDU.

Questa sentenza ha avuto notevoli ricadute sull'approccio alle convivenze supportate in quanto pone in ambito giuridico la questione dello IESA a partire dalla riforma della legge sull'assistenza sociale. In molte occasioni si è affrontato il problema della tutela nei percorsi di cura per persone adulte, in quanto è pratica piuttosto comune quella di allontanare arbitrariamente gli utenti dai luoghi di residenza senza il loro consenso a seguito di una segnalazione. Questo può accadere anche ad altri ospiti non direttamente coinvolti nel procedimento appartenenti comunque allo stesso nucleo ospitante.

⁵ European Court of Human Rights (ECHR).

Nello IESA, se viene valutato che l'accusa è sufficientemente seria da giustificare l'allontanamento dell'ospite dalla famiglia ospitante, è bene considerare quale impatto questa azione possa avere sulle persone. Se il procedimento di verifica delle condizioni di sicurezza viene condotto in tempi molto lunghi per poi portare alla verifica dell'infondatezza delle accuse, capita che caregiver e paziente vengano separati per molto tempo. Il procrastinare la chiusura delle indagini può comportare l'allontanamento definitivo delle parti. Gli ospitanti sentono che se i tempi delle indagini si dilatano troppo, il paziente può non essere più incoraggiato a riprendere il progetto. Quando a seguito di un'indagine viene deciso che la persona può fare ritorno nella famiglia IESA ma sceglie di non farlo, spesso non viene adeguatamente evidenziato quanto questa decisione possa essere associata al timore o al senso di colpa del paziente per il procedimento attuato a seguito delle sue affermazioni. Gli ospitanti si interrogano anche sull'efficacia delle modalità con le quali viene portato avanti il dialogo con l'ospite per decidere la prosecuzione o meno del progetto.

Le ricadute emotive di una denuncia

Le ricadute emotive di una denuncia non dovrebbero essere affatto sottovalutate, soprattutto se gli ospitanti si sono sentiti giudicati colpevoli sin da inizio indagine. Gli operatori del Servizio IESA hanno il dovere di accompagnare gli ospitanti durante tutte le fasi del processo. I caregivers affermano che raramente vengono loro poste delle scuse quando, al termine dell'indagine, le accuse si sono rivelate infondate. Inoltre i caregivers sono preoccupati dei segni che denunce di questo tipo possono lasciare e di venire diffamati per questo. Non bisogna mai dimenticare che anche gli operatori e i responsabili del servizio possono essere scossi emotivamente da accuse di questo genere. Un operatore ha descritto le accuse di una denuncia come “qualcosa di devastante per tutte le persone coinvolte”.

Lo IESA come luogo sicuro

È importante sottolineare come lo IESA ricopra sempre di più un ruolo di riferimento per persone che hanno mosso delle segnalazioni sulla sicurezza e per coloro che sono stati trasferiti da altri contesti a seguito di maltrattamenti. I dirigenti con cui abbiamo parlato ritengono che questo sia dovuto al fatto che lo IESA è considerato uno dei modelli di cura più sicuri ed efficaci. Quando persone che hanno effettuato una segnalazione o una denuncia in altre realtà passano allo IESA è necessario che si instauri un clima di fiducia e trasparenza tra l'inviante e il servizio IESA locale e, allo stesso modo, tra gli operatori IESA e le famiglie ospitanti. Lo stabilirsi di un clima di fiducia consente al servizio di valutare se vi siano le condizioni necessarie per avviare un inserimento in sicurezza, effettuando un costante monitoraggio e una continua valutazione dei rischi. Gli ospitanti IESA hanno il diritto all'informazione al fine di compiere scelte consapevoli e per poter tener conto dei potenziali rischi ai quali possono essere sottoposti. Gli operatori e gli ospitanti IESA hanno riscontrato che nei casi di inserimenti eterofamiliari di persone con una storia di reclami e segnalazioni di abuso in altri contesti di cura, l'avvio di un progetto IESA ha consentito la riduzione o addirittura la sospensione delle rivendicazioni. Un responsabile IESA ha raccontato la storia di una persona con trascorsi di denunce a carico dei servizi sociali per la quale è stato effettuato un abbinamento di successo con una famiglia IESA che conosceva la storia. Col tempo è diventato più chiaro come le rivendicazioni venissero mosse come espressione di infelicità o rabbia nei confronti di una situazione o come provocazione a causa di una incapacità, da parte del paziente, di esprimere in modo diverso il proprio disagio. Il collega ha riferito come sia riuscito, nel corso del tempo, a stringere un buon legame con il paziente e come sia stata fondamentale la cooperazione tra operatori e ospitanti per la creazione di un clima di fiducia e per aumentare i livelli di autostima del paziente, favorendo così modalità di comunicazione più adeguate atte all'espressione di vissuti e sentimenti.

Osservazioni conclusive da parte di ospitanti e operatori IESA

È stato chiesto agli ospitanti IESA cosa potrebbe essere utile per aumentare le garanzie di tutela e sono emersi i seguenti elementi:

- Comunicazione chiara e costante durante tutta l'indagine;
- Coinvolgimento nel processo;
- Possibilità di fornire la propria versione dei fatti all'inizio dell'indagine;
- In fase iniziale distinguere in maniera più chiara la segnalazione di un evento sentinella da una denuncia (questo consentirebbe di adottare procedure differenti sulla base della specifica situazione);
- Individuare all'inizio del processo di investigazione un momento di confronto per avere informazioni su come verranno condotte le indagini e sulle tempistiche;
- Individuare durante l'indagine una figura di riferimento che sia in grado di fornire informazioni e supporto;
- L'indagine dovrebbe concludersi con un confronto diretto tra operatori e investigatori;
- Poter accedere a un supporto esterno, come un servizio telefonico di supporto. Questo tipo di offerta potrebbe essere utile al caregiver così come agli altri membri della famiglia ospitante;
- Sostegno da parte del Servizio IESA, anche quando è già presente un servizio di supporto esterno;
- I volontari dovrebbero percepire il rimborso durante tutto il periodo dell'indagine; se il rimborso viene sospeso durante l'indagine e le accuse dovessero rivelarsi infondate, il volontario dovrebbe aver diritto al saldo degli arretrati;
- Qualunque tipo di politica il Servizio IESA adotti per i rimborsi deve essere chiara ed esplicitata a tutti i volontari.

È stato inoltre chiesto ai Servizi IESA quali fossero le misure più idonee da adottare per lo svolgimento di un buon processo di tutela e sono state fornite le seguenti indicazioni:

- I Servizi IESA e i referenti non dovrebbero temere le segnalazioni;
- Dovrebbero effettuarsi delle buone formazioni in merito al tema della salvaguardia sin da subito. La formazione non dovrebbe solo fornire informazioni su come fare le segnalazioni, ma anche spiegare il processo di indagine e dare indicazioni su come gestire e sostenere il caregiver nel caso in cui gli vengano mosse delle accuse;
- Mai sottovalutare l'importanza di mantenere contatti regolari con l'ospitante e il gruppo investigativo;
- Partecipare attivamente al processo di indagine, poiché questo spesso è molto lento. È importante offrire il proprio contributo per orientare la metodologia di indagine;
- Evitare di aggirare le preoccupazioni sul tema in quanto negare le proprie ansie non può che peggiorare la situazione;
- Se un'accusa è stata mossa e poi ritirata, oppure indagata e considerata infondata, dovrebbe essere organizzato un incontro di debriefing tra operatori e ospitanti. È necessario riconoscere ed accogliere i sentimenti e i vissuti degli ospitanti. Potrebbe inoltre risultare utile fissare ulteriori incontri con la famiglia IESA per parlarne ulteriormente.
- Le indagini dovrebbero essere eseguite all'interno del contesto teorico IESA. Questo approccio comporterebbe una collaborazione del Servizio IESA con le squadre investigative per meglio comprendere le dinamiche interne allo specifico ambiente IESA;
- Creare e mantenere buoni rapporti con altri team di lavoro, compresi i servizi sociali e gli operatori incaricati di effettuare le indagini sulla salvaguardia, in quanto la conoscenza del contesto in cui si svolge l'indagine può fare la differenza.

La riabilitazione di pazienti psichiatrici autori di reato attraverso lo IESA

Becker J.*

Abstract¹

Lo IESA è la più antica forma di assistenza organizzata per pazienti psichiatrici.

In Germania, lo IESA rivolto a pazienti autori di reato viene proposto, a parte rare eccezioni, unicamente dalla clinica Rheinische Kliniken Bedburg-Hau in Bassa Renania.

L'articolo descrive i metodi specifici di supporto, mediazione e accompagnamento, le opportunità e i limiti dello strumento, partendo dalla casistica clinica. L'inserimento eterofamiliare supportato può fornire ai pazienti autori di reato un ambiente normalizzante sul piano comportamentale e socialmente integrante. Può quindi, come misura temporanea di riabilitazione, preparare a una vita indipendente e socialmente accettabile, offrendo anche ai pazienti una stabile abitazione in alternativa a lunghi ricoveri in strutture. Attraverso un intervento fortemente individualizzato il soggetto trova una collocazione e un riconoscimento all'interno della collettività, cosa che in altri contesti di cura risulterebbe molto difficile da realizzare.

Parole chiave: IESA, Familienpflege, Betreutes Wohnen in Familien, forensische patienten, rehabilitation, OPG, REMS, pazienti autori di reato, family care, family foster care, forensic patients, rehabilitation, forensic psychiatry.

Lo IESA rivolto a pazienti psichiatrici si diffuse in Europa a partire dalla metà del XIX secolo, ma rimase sempre esperienza limitata a singole aree circoscritte. Ciò è probabilmente dovuto alle riserve istituzionali in merito ad un servizio di cura ed assistenza basato su un intervento non professionale (famiglia ospitante) e perché i processi di team building e di formazione specifica degli operatori, il reclutamento delle famiglie ospitanti, il supporto e la mediazione sono molto dispendiosi: una comunità protetta si può costruire con il numero desiderato di posti letto, assumendo personale in base alle esigenze, confermando la disponibilità al ricovero rapidamente. Nello IESA, ogni singolo luogo di cure deve essere trovato reperendo, abilitando e successivamente scegliendo la famiglia adatta. Il processo di conoscenza del paziente, fino al collocamento in una famiglia ospitante, richiede un po' di tempo e varia individualmente. Al termine di un progetto di convivenza supportata, questo posto non può essere riassegnato facilmente, deve essere rivalutato sulla base di un appropriato abbinamento con le caratteristiche soggettive del nuovo ospite. Inoltre, un team di operatori IESA ha bisogno di alcuni anni di lavoro e di specifica formazione per acquisire professionalità e riconoscimento nel territorio di competenza. Laddove lo IESA si è affermato, è divenuto una forma riconosciuta di aiuto all'integrazione, specialmente per pazienti psichiatrici e soggetti disabili i quali assumono il ruolo di ospiti e membri di una famiglia, trovando riconoscimento e amorevole protezione. Tale situazione permette solitamente un percorso terapeutico e riabilitativo più efficace di quello in un istituto o comunità.

Lo IESA si è rivelato efficace anche per altre tipologie di utenza: pazienti psichiatrici in fase acuta, tossicodipendenti e alcolisti, anziani non autosufficienti, minori con problematiche comportamentali e neuropsichiatriche, ecc.

* Psichiatra Psicoterapeuta, CEO Spix e.V. di Wesel, Tesoriere del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa).

¹ Traduzione a cura di Giafranco Aluffi.

Dal 1995 anche i pazienti psichiatrici autori di reato beneficiano dello IESA presso la clinica psichiatrica *Rheinische Kliniken Bedburg-Hau*.

L'Unità di Riabilitazione Sociale trae origine dall'ex Sezione Lungodegenza della clinica psichiatrica *Rheinische Kliniken Bedburg-Hau*. A seguito del processo di deistituzionalizzazione, negli anni '90 il numero dei posti letto in lungodegenza è stato ridotto da 850 a 250 attraverso l'inserimento dei pazienti in nuove strutture comunitarie e gruppi appartamento. Oltre alla lungodegenza, la clinica offre un servizio IESA dove un apposito team supporta circa 60 convivenze. Parallelamente alla deistituzionalizzazione degli ex lungodegenti, il reparto si è specializzato nella riabilitazione di pazienti particolarmente difficili da trattare, i cui disturbi sono così gravi che non possono o non possono ancora essere curati in una comunità. Tale organizzazione aprì al ricovero di numerosi pazienti autori di reato presso l'Unità di Riabilitazione, sollevandoli inizialmente dall'applicazione della misura di sicurezza detentiva in favore di una più flessibile collocazione in uno dei gruppi appartamento. A seconda del decorso della riabilitazione, dopo la revoca della misura di sicurezza, continueranno ad essere assistiti in gruppo appartamento o presso altri servizi (IESA, comunità ecc.).

Case report dei primi progetti IESA avviati

Quindici anni fa ci è stato inviato dall'area forense il signor A². Era cresciuto senza amore e privo di cure. Sua madre, una prostituta, lo mandò presto a mendicare e rubare. Venne ricoverato presso diversi istituti, dove si distinse per furti e truffe e venne ritenuto non recuperabile. In seguito ha lavorato come mungitore, ma non è durato a lungo in nessuna fattoria. Trascorse la maggior parte della sua vita in cliniche psichiatriche, istituti e carceri. I periodi di libertà e equilibrio sono stati rari e brevi, tra un ricovero in struttura e l'altro. All'interno delle strutture, tuttavia, era abile nel far valere i suoi interessi. Riuscì per la maggior parte del tempo, ad ottenere considerazione da parte delle figure di rilievo, come per esempio gli infermieri, attraverso comportamenti compiacenti e piccoli favori. Capace di emozionare e di essere credibile, è stato in grado di raccontare storie inventate della sua vita al fine di ottenere simpatia o rispetto, a seconda della situazione. Se incontrava resistenza, la contrastava con azioni di intimidazione, terrificanti esplosioni di rabbia o avvicinandosi molto all'interlocutore di turno e sussurrando: "La tua faccia non la dimenticherò! Ti ucciderò, se mi tradisci".

Benché cognitivamente limitato sin dalla tenera età, il signor A. ha sempre potuto contare su abilità che gli hanno consentito di cavarsela egregiamente in ogni situazione gruppale di cui ha fatto parte, soprattutto attraverso traffici in denaro e baratti per lui vantaggiosi, sempre a spese dei più deboli. Non è mai stato facile limitarlo in questo. Dopo aver concluso il periodo in misura di sicurezza detentiva, ha anche iniziato a spacciare pasticche, che si procurava abilmente ingannando i medici di base. Il suo consumo di alcol aumentò, ma, così come i suoi loschi affari, rimase al di sotto della soglia che avrebbe giustificato un provvedimento di revoca della libertà vigilata o un ricovero coatto. Il nostro tentativo di trasferirlo in un appartamento supportato sembrò inizialmente un successo. Con le sue storie compassionevoli, impressionò i Testimoni di Geova locali che lo invitarono spesso ai pasti, così come un piccolo imprenditore titolare di un chiosco il quale spesso gli offriva da bere. Ma un giorno rincorse con un revolver in mano una donna che lo aveva irritato, sbraitando tra le case del paese. Il revolver si rivelò essere un'arma giocattolo. Il signor A. venne reinserito presso l'unità di riabilitazione.

In questa situazione, pensammo di cercare come risorsa una famiglia ospitante con funzione di "ridosso sociale", nella quale il signor A. potesse essere circondato da persone in grado di mantenere una giusta distanza emotiva, restando sufficientemente lontano da soggetti con dipendenza da sostanze e da pazienti fragili e manipolabili. Trovammo una famiglia di

² I nomi e le biografie sono stati modificati.

agricoltori che, secondo la nostra impressione, considerava l'ospite IESA soprattutto come un potenziale aiuto alla loro azienda e, dopo un incontro informativo e un periodo di prove di convivenza, sarebbe stata disposta ad accogliere il Signor A..

Rimanemmo invece stupiti del fatto che, nei mesi successivi, la relazione diventasse sempre più stretta ed affettuosa. Per la prima volta nella sua vita il signor A. era una persona amata. Aiutava l'agricoltore nei lavori della stalla e riceveva un compenso adeguato. Sebbene a nessun altro in famiglia piacesse le uova d'oca, il contadino si sedeva di domenica in bicicletta e guidava per un quarto d'ora recandosi da un vicino per prendere al signor A. questa prelibatezza. Ma dopo un felice periodo questo intreccio di carinerie e favori vacillò. Il signor A. iniziò a raccontare in giro nel piccolo villaggio bugie piuttosto assurde sulla famiglia ospitante: diceva di essere maltrattato, non c'era cibo per lui, le fette di salsiccia erano così sottili da potervi guardare attraverso come se fossero dei finestrini. Questo per la famiglia fu troppo e arrivarono a chiedere l'interruzione del progetto.

Nonostante ciò, è innegabile che il tempo trascorso dal signor A. nella famiglia ospitante fu, anche secondo la lettura dell'interessato, il migliore che avesse mai vissuto. Così tornammo alla ricerca di una nuova famiglia adatta a lui. Questa volta ricercammo ancora con più attenzione un ospitante in grado di mettere in campo un'assistenza emotivamente neutrale, quasi professionale, solitamente atipica per lo IESA. Abbiamo trovato una guardia carceraria abituata per lavoro a rapportarsi con persone con disturbi della personalità. Lo sviluppo della convivenza fu quasi identico a quello della precedente: una fase iniziale di soddisfazione a tutto tondo, a seguire un crescendo di traffici in denaro e cibo per noi imperscrutabili, e in conclusione un finale con scandalo, in cui il signor A. raccontava imbarazzanti storie di sesso riguardanti l'ospitante.

Nonostante i problemi già noti, sorti dopo il suo ritorno nel reparto di riabilitazione, pensavamo che non potesse più essere accolto in una nuova famiglia. Per vie traverse, una famiglia ospitante, nella quale viveva un altro nostro paziente, aveva saputo della sua storia e chiese di conoscerlo. Decisero di accoglierlo dopo un lungo processo di conoscenza guidata. Degli oltre 150 pazienti che abbiamo gestito negli anni allo IESA, il signor A. è l'unico a cui è stata concessa più di due volte la possibilità di essere accolto. Questa famiglia ha mantenuto regole chiare, ha collaborato con noi a stretto contatto, ma ha anche tollerato il suo consumo di alcolici e gli ha dato l'opportunità di guadagnare piccole somme attraverso una attività di aiuto nella castrazione dei maiali. La convivenza è terminata dopo tre anni perché il Signor A. aveva rubato una bicicletta dalla fattoria, violando una delle regole.

Il signor A. non era più lo stesso: in questi tre anni di convivenza IESA avvenne una sorta di post-maturazione, imparò la compassione e il calore e mostrò autentica vergogna per il furto commesso per soddisfare la sua dipendenza. Quanto fosse migliorato il suo adattamento sociale attraverso lo IESA, lo constatammo davvero solo dopo il suo ennesimo ricovero in comunità. E così, dopo un anno e mezzo di buona convivenza, non abbiamo avuto remore a soddisfare una quarta volta la sua richiesta di essere accolto in una nuova famiglia, questa volta però sotto stretta astinenza da alcol. Oramai convive da più di quattro anni in una famiglia IESA, ben integrato e in totale astinenza, gioca spesso a giochi da tavolo coi bambini e accompagna volentieri l'ospitante nel suo lavoro di corriere. Alcune persone che lo conoscevano un tempo e stentavano a credere nella sua trasformazione, sono state accompagnate da noi a fargli visita e a prenderne atto.

Solo a volte, quando parla del suo passato selvaggio in modo a volte grandioso e poco attinente ai fatti reali, si riconosce il "vecchio" signor A.

Tabella 1. Inserimento in progetti IESA di pazienti autori di reato (ex forensi).

Nome	Età all'avvio IESA	Diagnosi	Reati	Durata ricovero in Reparto Forense	Durata ricovero allo IESA
Signor A	66	Disturbo antisociale di personalità Alcolismo cronico, Oligofrenia	furto, rapina, estorsione	5 anni e 1 mese	da 4 anni e 3 mesi
Signor B	55	Schizofrenia	aggressione con lesioni personali, atti vandalici	9 anni e 2 mesi	da 9 anni e 3 mesi
Signor C	39	Disturbo antisociale di personalità, Oligofrenia	aggressione con lesioni personali, rapina, furto, atti vandalici	10 anni e 6 mesi	da 12 anni
Signor D	42	Schizofrenia, Oligofrenia	incendi dolosi	8 anni e 11 mesi	da 10 mesi
Signor E	64	Schizofrenia, Oligofrenia	omicidio, furto	16 anni e 11 mesi	da 8 anni e 4 mesi
Signor G	54	Schizofrenia, Oligofrenia	7 episodi di pedofilia	19 anni e 11 mesi	da 6 anni e 5 mesi
Signor N	55	Disturbo antisociale di personalità Alcolismo cronico, Oligofrenia	omicidio, aggressione con lesioni personali, furto, estorsione	6 anni e 11 mesi	da 10 mesi

Queste esperienze ci hanno incoraggiato a trovare famiglie IESA adatte ad altri pazienti precedentemente ricoverati in reparto forense. In questo modo abbiamo sperimentato ulteriori sorprendenti percorsi di riabilitazione. Il secondo paziente che abbiamo inserito in famiglia, il signor B., è una persona irrequieta; è costantemente in movimento con la sua bicicletta perché, spinto dalla sua follia, vuole migliorare il mondo cercando e collezionando vetri rotti ovunque, per proteggere i bambini da eventuali ferite. È solito raccontare le sue imprese ad autorità come la polizia, il sindaco o il giudice e parallelamente chiedere elemosina per far doni a persone le quali, a parer suo, necessitano di aiuto, trattenendo sempre una piccola parte per sé. Ogni giorno contatta mediamente 50 persone e dedica ad ognuna di queste tra i 2 e i 3 minuti di tempo. Ciò che può apparire un comportamento carino seppur bizzarro rischia di diventare per lui pericoloso nelle fasi deliranti acute. In queste fasi si aspetta ingenti somme di denaro per le sue buone azioni e, se non le riceve, ritiene che le persone da lui individuate come debitrice insolventi debbano in qualche modo espiare questa colpa. Le ragioni della sua assegnazione all'Unità Forense consistono nell'aver colpito in testa il suo datore di lavoro con un martello e nell'aver affondato un'automobile nel fiume Reno. Dal momento del ricovero in riabilitazione, il signor B. non se la prese più con le persone, ma sempre più spesso rivolse la sua risentita rabbia verso le cose. Ridusse in frantumi i vetri delle finestre del municipio per punire il sindaco e distrusse il faro e il parabrezza dell'auto del proprio psichiatra.

Il signor B. non ha mai resistito per molto tempo nello stesso posto, specialmente in coabitazione con altri pazienti psichiatrici, ma quando 12 anni fa gli abbiamo offerto l'ospitalità di una famiglia IESA, si è fermato e sistemato. Dopo i primi due anni e mezzo di convivenza, ha nuovamente effettuato due passaggi in comunità diverse per un breve periodo, dopodiché ha fatto ritorno presso la stessa famiglia ospitante. Nel suo delirio li include nella cerchia delle persone meritevoli di doni ed attenzioni. Il rischio di poterli danneggiare è quindi molto basso. E sebbene non riesca ancora a rispettare appuntamenti e a dare una struttura organizzativa al proprio quotidiano, sappiamo sempre come sta, perché i suoi numerosi contatti funzionano come un radar, come un efficiente sistema di allarme. Quando vengono percepiti i segnali di una nuova acuzie sintomatologica, questi vengono segnalati e condivisi da tutta l'equipe IESA che accompagna il paziente, quando necessario, a brevi ricoveri ospedalieri.

Riabilitazione attraverso l'integrazione sociale e un normale ambiente di vita

Quando si avvia un progetto IESA, informiamo le famiglie ospitanti sui dettagli rilevanti della storia precedente dell'ospite. Allo stesso tempo, sottolineiamo che non hanno alcuna missione educativa e che dovranno limitarsi ad accettare la persona per quel che è, con tutte le sue peculiarità. Tuttavia, l'avviamento della convivenza crea nella famiglia ospitante una sorta di pressione/aspettativa di riabilitazione da non sottovalutare.

Questo differenzia notevolmente lo IESA dal ricovero in comunità. Ogni struttura, dalla comunità protetta sino al più piccolo alloggio supportato, viene percepita dal vicinato, ma anche dai pazienti stessi che ci vivono, come un ricovero per persone con handicap. Questa sorta di stigma nello IESA scompare: l'ospite diventa un nuovo membro della famiglia e viene automaticamente introdotto nella cerchia di amici e vicinato. Nelle convivenze IESA l'ospite è fortemente stimolato a comportarsi secondo le regole socialmente condivise, a differenza di quanto accade durante i ricoveri in strutture protette di vario tipo, caratterizzate dalla co-presenza di numerosi pazienti psichiatrici.

Un paziente musulmano con comportamento spesso irrispettoso verso le donne ci ha raccontato che, un paio di settimane dopo il collocamento in una famiglia ospitante, aveva provocato lo stupore incredulo durante una visita ai suoi genitori quando si mise ad aiutare la madre nello sbrigare le faccende di casa. Un anno dopo, il suo comportamento nei confronti delle donne era cambiato radicalmente, molto di più di quanto fosse accaduto in svariati anni di collocamento presso l'Unità Forense.

Il signor C. ha beneficiato della nuova situazione abitativa in un modo visibile a tutti. Al tempo dell'inserimento presso la famiglia ospitante era estremamente sovrappeso, gamba amputata a causa di problemi del sistema circolatorio dovuti al diabete, sempre vestito con felpe sformate e pantaloni della tuta, dita e denti marroni per il tabagismo. Dopo sei mesi di convivenza iniziò a presentarsi sempre curato e vestito elegantemente. Sebbene avesse smesso di fumare perse parecchi chili ritrovando una forma migliore anche attraverso un costante compenso dei livelli del glucosio nel sangue. Oggi, dopo 12 anni di IESA, a volte fa ancora i capricci, ricoprendo di ingiurie la sua caregiver. Gli aspetti comportamentali critici del suo disturbo antisociale di personalità sono tuttavia diminuiti in misura analoga a quella del signor A.

Anche senza modificare i tratti critici della personalità, lo IESA produce comunque interessanti miglioramenti comportamentali, come accaduto, ad esempio, al signor G.

A causa di un ritardo mentale di medio grado e di una diagnosi di schizofrenia efebrenica, il signor G. era limitato nella comunicazione e nella autonomia al punto da dover essere accudito dai propri genitori anche in età adulta.

Prima del suo arresto, commise una serie di reati di pedofilia nel suo paese natale. Dopo 20 anni di ricovero presso l'Unità Forense, visse per diversi anni in vari gruppi appartamento gestiti dall'area della riabilitazione. Durante questo periodo non furono osservate tendenze pedofile, ma altre anomalie sessuali. Le sanzioni e altri tentativi di modificare i suoi comportamenti anomali non ebbero successo, anzi forse addirittura esacerbarono la sintomatologia, poiché la punizione sembrava essere parte del suo vissuto di sessualità. A causa della frequenza degli abusi, il suo "piano criminale" divenne presto chiaro. Aggrediva soltanto le donne che incontrava da sole e quando si ribellavano o lo esortavano a smettere, le lasciava andare immediatamente, mentre con le pazienti che non opponevano resistenza, tentava di estorcere baci. Quasi sempre le sue vittime erano donne sconosciute, più minute e giovani di lui, poiché le considerava più deboli. Le persone che riconosceva come autorità, come le operatrici, erano al sicuro da lui. Tuttavia, con i nostri mezzi, non siamo stati in grado di garantire una adeguata e continuativa tutela delle sue vittime. C'erano sempre recidive, a volte con pochi mesi di pausa, poi ripetute consecutivamente, all'apparenza in situazioni di spontaneità, non appena si presentava l'occasione.

Prima di individuare una famiglia per qualcuno, compariamo i diversi profili di requisiti, esattamente come abbiamo fatto con il signor G.

Egli vive da 6 anni e mezzo con una coppia sposata la cui casa solitaria è situata al termine di un vicolo cieco vicino a delle cave di ghiaia. Nessun estraneo arriva fino a lì. La coppia si è sempre presa cura di persone bisognose ed era abituata ad avere molti figli in affido. Quando li abbiamo conosciuti, erano troppo anziani per questo, e avevano iniziato ad adottare animali disabili tra i quali una mucca a tre zampe e un cane epilettico. Ora sono felici di avere di nuovo qualcuno di cui prendersi cura: il signor G.

La postina e la contadina che quotidianamente porta le uova fresche a domicilio conoscono il suo problema e quando arrivano altri visitatori, gli ospitanti si assicurano che nessuna donna rimanga da sola con lui. Anche quando tutti insieme si recano a fare la spesa, non lo perdono mai di vista. Per il resto, è curato amorevolmente come un bambino. Ogni mattina, la caregiver lo accompagna al centro diurno della clinica, dove rimane in compagnia degli operatori e di altri pazienti sino al pomeriggio. Nel centro diurno, si sono verificati due episodi critici in 6 anni: la prima volta ha aggredito una paziente e la seconda volta ha molestato una studentessa tirocinante. Rispetto alla precedente situazione di ricovero possiamo dire che la frequenza dei comportamenti critici sia sensibilmente ridotta.

Lo IESA come misura temporanea di reintegrazione

Dopo diversi anni di esperienza nell'inserimento di pazienti ex forensi, abbiamo iniziato a lavorare a stretto contatto con i nostri colleghi dell'Unità Forense per poter inserire i pazienti direttamente dalla misura di sicurezza detentiva allo IESA. Uno di questi pazienti è il Signor H.

A causa della sua schizofrenia, pensa e parla lentamente e anche per la sua obesità si muove poco e quando lo fa si muove a rallentatore, e se gli dici qualcosa di bello, bisogna aspettare alcuni secondi fino a quando l'accento di un sorriso raggiunge il suo viso. Tendenzialmente preferisce non mettersi in gioco. Anche se in trattamento con neurolettici, il rischio di commettere reati è molto basso, è stato a lungo considerato non dimissibile, poiché la realtà esterna rispetto alla tranquilla Unità Forense era troppo stimolante, troppo frenetica e piena di sconosciuti. Un timido tentativo di dimissione in favore di una comunità nella sua città natale fallì. Attraverso gli operatori dello IESA, abbiamo trovato una coppia del Basso Reno, entrambi simili a lui per corporatura e temperamento, vivono senza figli e quasi senza contatti, e gestiscono un chiosco di gelati in estate e un banco di pesce in inverno. Il signor H. ha trovato a casa loro il suo nuovo spazio di vita.

Il cibo è buono, i suoi doveri domestici sono ridotti al minimo. Ma c'è una attività a cui non può proprio rinunciare: portare fuori il cane bassotto e grassotto Willi.

Tabella 2. Periodi di congedo presso famiglie IESA di pazienti autori di reato forensi.

Nome	Età all'inserimento in IESA	Diagnosi	Reati	Durata ricovero in Reparto Forense	Durata convivenza IESA
Signor F	39	Oligofrenia, Alcolismo cronico	Furti ripetuti, Atti vandalici, Resistenza a Pubblico Ufficiale	17 Anni e 9 Mesi	9 Mesi
Signor H	42	Schizofrenia Alcolismo cronico, Oligofrenia	Omicidio e tentati omicidi tramite incendio doloso	13 Anni e 9 Mesi	Da 6 Anni e 1 Mese
Signor I	32	Schizofrenia, Disturbo Borderline di Personalità, Politossicomania	Aggressione fisica con percosse in stato di alterazione mentale indotto intenzionalmente da sostanze	7 Anni e 11 Mesi	2 Anni e 1 Mese
Signor J	47	Schizofrenia, Disturbo Antisociale di Personalità, Politossicomania	Furto (precedente carcerazione per aggressione con percosse)	4 Anni e 8 Mesi	9 Mesi
Signor K	38	Schizofrenia, Politossicomania	Aggressione con percosse, Furti	5 Anni e 7 Mesi	Da 2 Anni e 7 Mesi
Signor L	25	Schizofrenia, Politossicomania	Furti	3 Anni e 2 Mesi	Da 2 Anni e 2 Mesi
Signora M	36	Disturbo Borderline di Personalità Alcolismo cronico	Tentato omicidio, Aggressione con percosse, Rapina, Furto	8 Anni e 11 Mesi	Da 1 Anno e 4 Mesi
Signor O	39	Schizofrenia Oligofrenia	Aggressione con percosse, Rapina, Furto, Atti vandalici	8 Anni e 9 Mesi	Da 7 Mesi
Signora P	58	Disturbo Borderline di Personalità, Disturbi comportamentali e psichici a seguito di abuso multisostanze	Furti	6 Anni	Da 4 Mesi

La maggior parte dei pazienti che abbiamo inserito in famiglie direttamente provenienti dalla Unità Forense non si ferma allo IESA permanentemente ma usa questa forma di cure come trampolino di lancio per una vita autonoma³. Solitamente, gli ospiti sono completamente assistiti dalla famiglia ospitante, proprio come in una comunità, e trattengono solo una piccola quota per le spese personali. In alcuni casi, abbiamo concordato con la famiglia ospitante di rinunciare ad una parte del loro rimborso spese mensile di € 900 in favore degli ospiti per permettere a questi di andare a fare la spesa e imparare a cucinare autonomamente. Senza tale percorso di preparazione, il Signor I. ad esempio, non avrebbe avviato e realizzato il suo cammino verso l'autonomizzazione. Grazie alla guida paziente del suo ospitante, un single motociclista appassionato di rock, è stato in grado di imparare a gestire la propria casa in due anni. Ora vive da tre anni in un appartamento tutto suo. La collega dell'ambulatorio forense che lo supporta a domicilio riferisce che sta bene lì e che una sola recidiva psicotica è stata brillantemente superata senza alcuna criticità.

I vantaggi dello IESA per la riabilitazione dei pazienti forensi consistono nell'individualizzazione del progetto che nel migliore dei casi può produrre condizioni di cura su misura e nella normalità della quotidianità rispetto a un'istituzione di ricovero specialistica. Tuttavia, l'integrazione in una comunità con un elevato controllo sociale può anche dare luogo a rilevanti rischi delinquenziali che devono essere attentamente considerati. E a volte la vicinanza e l'atmosfera amorevole sono insopportabili per persone che sono cresciute in condizioni sfavorevoli. Due dei nostri pazienti sono tornati dallo IESA all'Unità Forense, ed entrambi hanno violato consapevolmente le regole al fine di sottrarsi ad una realtà per loro troppo "perfetta".

Tabella 3. Chiusure dei progetti IESA di pazienti autori di reato (forensi ed ex forensi).

Nome	Durata convivenza IESA	Ragioni della chiusura	Sistemazione successiva
Signor A	8 Mesi	Liti con la famiglia ospitante	Comunità poi ritorno in IESA
Signor A	9 Mesi	Liti con la famiglia ospitante	Comunità poi ritorno in IESA
Signor A	3 Anni	Furto in famiglia ospitante	Comunità poi ritorno in IESA
Signor B	2 Anni e 4 Mesi	Insoddisfazione del paziente in merito a denaro e situazione di vita	2 diverse comunità poi rientro presso la stessa famiglia IESA
Signor D	10 Mesi	Liti con la famiglia ospitante, Ricaduta abuso alcolico	Comunità
Signor F	9 Mesi	Fughe, Abuso alcolico e reati finalizzati a tornare nel reparto forense	Reparto forense
Signor I	2 anni e 1 Mese	Chiusura concordata	Casa propria con assistenza ambulatoriale
Signor J	9 Mesi	Fughe, abuso di sostanze psicotrope	Reparto forense

Uno di questi è il Signor F. È alto 2 metri e pesa 100 kg, ha la pelle rosea, i lineamenti del viso da bambino e, a causa della sua disabilità mentale, anche un'indole infantile. Il Signor F., cresciuto in condizioni sfavorevoli, è stato coinvolto in reati e, a causa della sua goffaggine, è stato catturato ogni volta. Appena vedeva agenti di polizia, scappava o li colpiva quando

³Tali progetti in Italia vengono nominati progetti a medio termine e focalizzano la loro azione su percorsi riabilitativi. Vengono solitamente proposti a soggetti di giovane età (n.d.t.).

questi tentavano di trattenerlo. La sua condanna è dovuta a piccoli furti, atti vandalici, ma soprattutto a causa della resistenza a pubblico ufficiale. La misura restrittiva non è stata in grado di prepararlo per una vita al di fuori dell'Unità Forense, perché a ogni permesso accordato è scappato e ha bevuto alcolici, a volte anche litigando con la polizia. Infine, non è stato concesso alcun alleggerimento fino a quando, dopo 17 anni e 9 mesi in Unità Forense, si è dovuto procedere a una dimissione per motivi di proporzionalità della pena. Ha incontrato la sua futura famiglia ospitante solo una volta, ammanettato. Due giorni dopo essersi trasferito dalla famiglia ospitante, la misura restrittiva è stata interrotta in modo tale da non doverlo reintrodurre in Unità Forense a causa della fughe o del consumo di alcol.

Abbiamo optato per un progetto IESA piuttosto che un inserimento in un gruppo appartamento per accompagnare meglio il Signor F. attraverso la più coinvolgente dimensione emotiva e l'integrazione in una comunità basata sulla famiglia, al fine di contrastare la sua voglia di fuga. In caso di insuccesso, come sempre, avevamo l'opportunità di ricoverarlo per brevi periodi nella nostra comunità protetta.

Per un lungo periodo di tempo, non si sono verificati problemi importanti. Avevamo scelto una coppia, in cui l'uomo, pensionato, trascorreva tutto il giorno a casa; era una persona robusta del tipo "duro dal cuore tenero" a cui abbiamo conferito una funzione di controllo e di leadership. Per facilitare il passaggio dall'ospedalizzazione forense al suo nuovo ambiente, a F. non fu permesso di uscire per le prime settimane e si attenne fedelmente a questa prescrizione. Come un bambino, dipendeva dal proprio "papà" ospitante e lo seguiva in tutto e per tutto. Non poteva tollerare le porte aperte o dormire con le finestre aperte. Più si creavano situazioni di normalità, come gite e grigliate in compagnia, più F. si sentiva a disagio. Dopo sei mesi, è scappato per la prima volta e nessuno sapeva dove cercarlo. La mattina dopo lo hanno trovato di fronte al muro del suo ex reparto forense mentre percuoteva la porta di ferro gridando: "Voglio tornare qui dentro! Lasciatemi rientrare!". Ulteriori fughe e abusi alcolici contribuirono alla chiusura del progetto IESA dopo 9 mesi di convivenza. Ma anche nel gruppo appartamento della nostra area di riabilitazione, non trovava quella guida e quella strutturazione di cui aveva bisogno. Due volte fece irruzione nelle sale del laboratorio protetto distruggendo il mobilio e supplicando infelice: "Che cosa devo ancora fare affinché io possa tornare indietro (all'Unità Forense)?" ; dopo di che, il giudice cedette e gli concesse la revoca della libertà vigilata.

Condizioni favorevoli la riabilitazione attraverso lo IESA di pazienti autori di reato

- 1. I membri dell'équipe IESA hanno adeguata esperienza soprattutto nella selezione e nell'abbinamento Ospite – Ospitante.*
- 2. L'équipe IESA deve essere composta da almeno 3 persone per favorire lo scambio di informazioni tra colleghi, la possibilità di sostituirsi nel supporto alle convivenze e la reperibilità continua.*
- 3. Collaborazione istituzionale con una struttura di ricovero specialistica: ospitalità nel periodo di prova di convivenza, ricovero in occasione di eventuali brevi interruzioni della convivenza oppure ricovero in caso di improvvisa chiusura del progetto IESA.*
- 4. Nessuna resistenza culturale all'inserimento di pazienti forensi presso famiglie ospitanti, grandi numeri di famiglie ospitanti a disposizione, riduzione dello stigma.*

5. *Competenze dei membri dell'équipe IESA in psichiatria forense e/o stretta collaborazione con un ambulatorio di psichiatria forense: valutazione continua, fattuale e multidisciplinare dei fattori di rischio.*

6. *Accordo sottoscritto relativo alla convivenza, regolarmente aggiornato in riunioni congiunte, tra medico legale, operatori IESA, famiglia ospitante e paziente. L'accordo tratta i seguenti punti:*

- *Attività tacitamente permesse, precedentemente soggette a regole istituzionali (es. pernottamenti fuori casa, ferie, visite, acquisti).*
- *Divieti (es. alcol, alcune frequentazioni a rischio).*
- *Responsabilità dei sottoscrittori dell'accordo (es. per trattamento farmacologico, colloqui clinici, controlli sull'alcol, obbligo di segnalazione criticità).*
- *Frequenza e sedi degli appuntamenti.*
- *Eventuali segnali preliminari di allarme, misure preventive e piano per affrontare le crisi.*

Per inserire con successo pazienti forensi allo IESA, è necessaria una équipe con molti anni di esperienza nella selezione, abbinamento e accompagnamento/supporto e con un numero minimo di operatori che assicuri lo scambio, il confronto e l'accessibilità. Anche la collaborazione istituzionale con il reparto forense e di riabilitazione si è rivelata reciprocamente positiva. Ciò consente di ottenere transizioni omogenee tra la vita in struttura e quella presso la famiglia ospitante: per i periodi di prova precedenti l'inserimento, per l'ammissione temporanea, qualora il paziente in famiglia non possa rimanere a causa di malattia dei caregiver o vacanze disgiunte, o se una crisi richiede interruzione immediata della convivenza. L'équipe IESA dovrebbe essere indipendente dalla struttura di esecuzione delle misure restrittive e dovrebbe anche occuparsi di pazienti non autori di reato. Nel caso in cui si occupasse solo di pazienti forensi si potrebbe favorire un processo di stigmatizzazione. Inoltre, un Servizio IESA che operi a buoni livelli qualitativi richiede un'ampio numero di famiglie abilitate, superiore alle effettive esigenze di collocamento. Infine, devono essere disponibili specifiche competenze forensi in modo che i rischi delinquenziali possano essere correttamente valutati. Una costante collaborazione con un ambulatorio forense si rivela una buona opzione. Come ulteriore supporto a questo lavoro, abbiamo sviluppato un accordo scritto che chiamiamo *Accordo di assistenza individuale*, poiché per ogni singolo caso viene derivato ed adattato da diversi moduli di testo. *L'accordo di assistenza individuale* descrive i comportamenti consentiti e concordati in precedenza, le responsabilità tra le parti, gli incontri tra tutti i partecipanti e - nella misura in cui ciò ha senso nei singoli casi - i segnali di allarme precoce e le misure preventive.

Tutte le valutazioni specifiche forensi e le indicazioni di trattamento non sono di responsabilità delle famiglie ospitanti, ma di esperti professionisti.

I pazienti psichiatrici autori di reato sono attualmente il gruppo di popolazione più stigmatizzato. La tendenza a monitorarli a vita con misure speciali o in strutture specializzate contrasta la loro integrazione sociale e in molti casi aumenta il rischio di ricaduta. Il rischio diminuisce al crescere della normalizzazione del loro comportamento e della loro integrazione sociale. Lo IESA si è rivelato essere una speciale opportunità di cura per questo tipo di pazienti.

Riferimenti bibliografici

- Becker, J. (2005). Ein intimer Ort. Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Gastfamilien. *Soziale Psychiatrie* 1: 22-27.
- Becker, J., Neuenfeldt-Spickermann, R. (2006). Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien (Familienpflege). *Sozialpsychiatrische Informationen* 2: 14-17.
- Orbke-Lütgemeier, E. (2002). *Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege*. Bethel-Verlag: Bielefeld.
- Schönberger, C., Stolz, P. (2003). *Betreutes Leben in Familien - Psychiatrische Familienpflege*. Psychiatrie-Verlag: Bonn
- Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft 4/2004) *Psychiatrische Familienpflege*. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Il reperimento dei volontari ospitanti attraverso Facebook. Considerazioni sugli esiti dei primi 3 mesi di sperimentazione¹

Greco I. *, Aluffi G. **

Abstract

Il metodo di cura IESA necessita di un continuo lavoro di informazione e sensibilizzazione della popolazione, al fine di selezionare i futuri volontari ospitanti. Questo articolo nasce con l'intento di analizzare una specifica modalità di reperimento di famiglie volontarie IESA: l'inserimento di un annuncio sul Social Network Facebook nella Sezione "Offerte di Lavoro", all'interno della categoria "Attività di Volontariato". Sebbene i dati relativi a questo strumento siano limitati ad un lasso temporale di soli tre mesi, è interessante metterli a confronto con quelli emersi dall'applicazione dell'insieme delle altre strategie di reperimento utilizzate dal Servizio e precedentemente analizzate (Aluffi et al., 2014). È importante precisare che nessuna modalità esclude le altre, ma risulta fondamentale un aggiornamento continuo ed attento nella ricerca di nuovi efficaci approcci dedicati alla diffusione della cultura IESA e al conseguente reperimento di volontari.

Parole chiave: Inserimento Eterofamiliare, reperimento famiglie, Social Network, Facebook, volontari ospitanti, sensibilizzazione, cultura IESA.

Il percorso di selezione per diventare volontari IESA è costituito da diversi passaggi: un primo contatto telefonico, via mail o di persona, un appuntamento per un colloquio informativo sul progetto a cui segue la decisione da parte del candidato di proseguire o meno il percorso, un'intervista semi-strutturata al candidato, la conoscenza approfondita di eventuali conviventi ed una o più visite domiciliari. Viene richiesta inoltre, al candidato ospitante e a tutti i conviventi maggiorenni, la compilazione di un documento "Dichiarazione sostitutiva di atti di notorietà e certificazioni" a cui segue una accurata verifica di aderenza di quanto dichiarato, anche attraverso la consultazione del web e del casellario giudiziale. Questo percorso prosegue con la formazione del volontario² e si conclude con l'eventuale abilitazione, a cui può seguire l'avvio di un progetto. A monte dell'iter di selezione vi è il reperimento famiglie, ovvero la ricerca di opportunità e modalità con cui presentare il Servizio per trovare persone interessate ad intraprendere il percorso per diventare volontari ospitanti. I canali utilizzati dal *Servizio IESA ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte* nei suoi 22 anni di attività sono principalmente:

- l'invio di email o la telefonata in risposta ad inserzionisti nel campo dell'aiuto alla persona;
- la promozione sul territorio, tramite la creazione di, o la partecipazione a, eventi pubblici (congressi scientifici, seminari universitari, conferenze, spettacoli, mostre, concorsi ecc.);
- la diffusione tramite il passaparola;
- la sponsorizzazione sui canali social (es.: gestione di una pagina Facebook dedicata e la condivisione di post informativi e di promozione del Servizio);

¹Si ringrazia il Dott. Marco Zuffranieri per i preziosi consigli relativi alla lettura dei dati.

* Dottoressa in Psicologia, Tirocinante presso Servizio IESA ASL TO3 - Centro Esperto Regione Piemonte.

** Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Servizio IESA dell'ASL TO3 - Centro Esperto Regione Piemonte e Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3 – Centro Esperto Regione Piemonte, Vice Presidente del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

²La formazione dei volontari ospitanti può essere tenuta in gruppi o individualmente e solitamente si riferisce ad aspetti pratici della convivenza con particolare attenzione alle competenze relazionali ed alla relazione di cura.

- la pubblicazione di libri, articoli scientifici su riviste specializzate, divulgative, su giornali e sul web;
- la realizzazione di interviste e servizi televisivi/radiofonici.

I Social Network hanno acquisito enorme popolarità e, quasi la metà di tutti gli utenti di Internet oggi, utilizza piattaforme come Facebook o Twitter, con frequenza giornaliera (Hoffman et al., 2018). Lo strumento più conosciuto e più diffuso in questo contesto è Facebook e le statistiche affermano che ospita attualmente circa 2,2 miliardi di utenti, a fronte dei 1,9 di Youtube che si classifica al 2° posto (Chaffey, 2019).

Grazie ad un'attenzione continua ai nuovi spazi di pubblicizzazione, ed in particolare proprio a Facebook, è stato possibile individuare una modalità differente di reperimento di volontari: l'inserimento di un annuncio relativo al Servizio IESA nella sezione dedicata alle "Offerte di Lavoro", all'interno della categoria "Volontariato". Il Social Network di Mark Zuckerberg ha reso disponibile questa funzione negli Stati Uniti ed in Canada dal 2017, l'anno dopo in Italia ed in altri 40 paesi nel mondo. L'inserimento di un'inserzione è gratuito (scadenza ogni trenta giorni con possibilità di ripubblicazione), ma non è visibile il numero di utenti raggiunti dall'annuncio. È possibile accedere facilmente all'opzione "Lavoro" presente nel menù laterale dell'applicazione, filtrando la zona di interesse e la tipologia di incarico al quale si è interessati. La possibilità di trovare uno spazio completamente dedicato al volontariato è realmente innovativa, poiché permette di chiarire da subito le caratteristiche del Servizio e di ricevere candidature da persone verosimilmente interessate a vivere un'esperienza di condivisione con persone fragili e/o in difficoltà.

L'annuncio

Per l'amministratore della pagina Facebook è molto semplice creare una nuova offerta di lavoro/volontariato e, per quanto riguarda il Servizio IESA, è stato possibile realizzare un'area contenente la locandina volta al reperimento famiglie, aggiungendo una descrizione dettagliata del Servizio ed inserendo due domande pre-impostate alle quali, chi sceglie di candidarsi, ha la possibilità di rispondere in modo affermativo o negativo: "Hai del tempo da dedicare agli altri?" e "Hai una stanza in più?". Questo permette agli operatori che ricevono la candidatura di avere già un'idea in merito all'interesse mostrato per progetti part-time, che prevedono di avere del tempo libero da dedicare all'altro, o per progetti full-time che implicano anche l'accoglienza presso il proprio domicilio. Chi è interessato all'annuncio, premendo "Candidati ora", invia al Servizio una propria scheda in cui sono presenti: nome e cognome, riferimento telefonico e zona di residenza. L'operatore, in seguito, avrà premura di contattare il candidato e, qualora lo stesso sia interessato a fissare un primo colloquio, Facebook permetterà di inviare automaticamente un messaggio contenente un promemoria con data e orario dell'appuntamento preso ed eventualmente indicazioni stradali utili al raggiungimento della sede del Servizio. Qui di seguito un esempio di testo utilizzato per l'annuncio.

Il Servizio IESA ASL TO3 ricerca volontari sul territorio piemontese disposti ad accogliere persone in temporanea difficoltà. Le convivenze sono supportate dai professionisti del servizio IESA.

Quali sono i requisiti per candidarsi? L'ospitante deve avere una camera in più da destinare all'ospite e del tempo libero da dedicargli.

Quali sono i vantaggi? I volontari potranno confrontarsi con un'arricchente esperienza affettiva e relazionale dal prezioso impatto sociale.

In questi anni di attività, centinaia di persone hanno avviato gratificanti convivenze con altrettante famiglie, migliorando la loro qualità di vita.

Per tale collaborazione è previsto un rimborso spese fino a 1030 Euro mensili.

Chi non potesse ospitare a casa propria può sempre collaborare dedicando qualche ora del suo tempo per sostenere e aiutare persone seguite dal nostro Servizio; per tale collaborazione è previsto un rimborso spese pari a 20 Euro ogni mezza giornata trascorsa insieme.

Contatti:

Tel 0114017463

Email servizio.iesa.collegno@gmail.com

Via Martiri XXX Aprile, 30, 10093 Collegno TO, Italia

Metodo di ricerca

Sono stati raccolti i dati relativi all'andamento del reperimento volontari attraverso una ricerca di archivio nel periodo compreso tra Gennaio 2018 e Luglio 2019, considerando il numero di soggetti per i quali è stata compilata una scheda di primo contatto contenente: i dati anagrafici, il luogo di residenza, la composizione del nucleo familiare e l'eventuale possesso di un autoveicolo. La compilazione della scheda viene effettuata se, durante il primo contatto, in prevalenza telefonico, il candidato mostra interesse per il Servizio e decide di fissare un colloquio di conoscenza.

Sono stati in seguito comparati i trimestri Maggio - Giugno - Luglio degli anni 2018 e 2019, ed infine abbiamo confrontato le performances del periodo da Luglio 1998 a Settembre 2012 rilevate attraverso una pubblicazione precedente (Aluffi et al.,2014) con quelle del trimestre Maggio – Luglio 2019.

Risultati

Il grafico (vedi grafico 1) illustra i dati relativi al numero di candidati per i quali è stata compilata una scheda di primo contatto dal Gennaio 2018 al Luglio 2019. È possibile osservare come, grazie all'introduzione della metodologia di reperimento "Offerte di Lavoro; sezione volontariato" di Facebook, a partire da Maggio 2019, vi sia stata una significativa crescita di candidature di possibili volontari. Mettendo a confronto i mesi di Maggio, Giugno e Luglio del 2018 con quelli del 2019, si evidenzia ancor più chiaramente l'impatto dato dall'innovazione (vedi grafico 2).

Grafico 1. Andamento reperimento volontari da Gennaio 2018 a Luglio 2019.

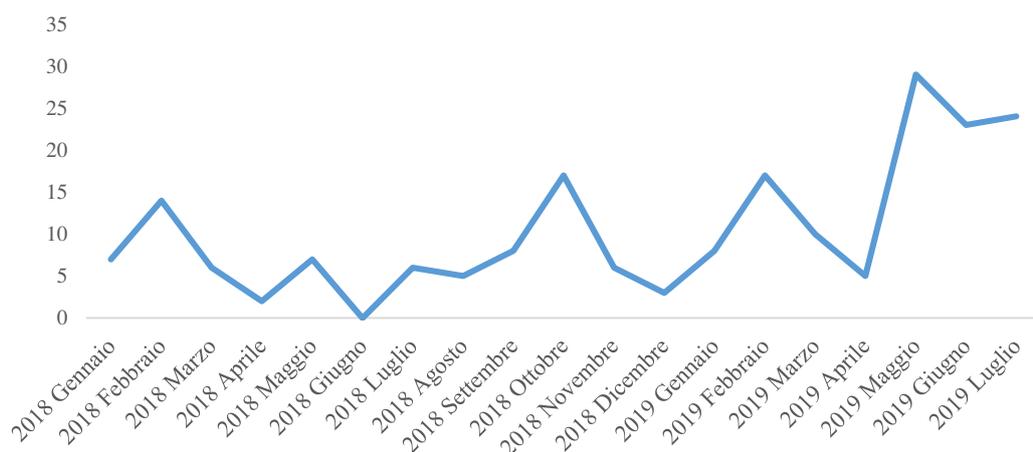
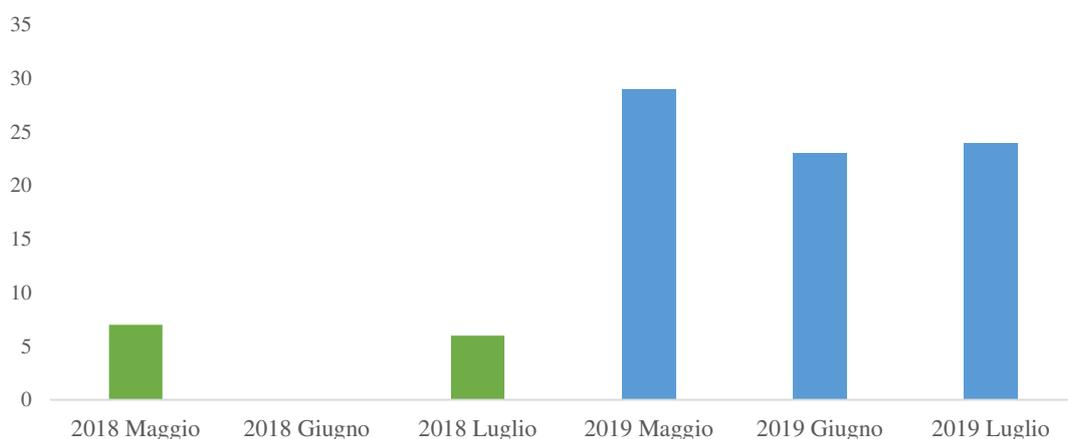


Grafico 2. Confronto trimestri reperimento volontari da Maggio a Luglio 2018 – 2019.



Nella tabella sottostante (vedi tabella 1) sono stati messi a confronto il numero totale di contatti telefonici con esito positivo totalizzati dal Luglio 1998 al Settembre 2012 tramite l'applicazione dell'insieme delle strategie di reperimento utilizzate dal Servizio (Aluffi et al.,2014) con quelli relativi alla sola ricerca di volontari tramite sezione "Offerte di lavoro – volontariato" di Facebook nei mesi di Giugno, Luglio ed Agosto 2019. Per quanto riguarda i 14 anni compresi tra il Luglio 1998 ed il Settembre 2012, non sono presenti dati relativi alle candidature web o all'apertura di una scheda, ma unicamente quelli sul numero di contatti telefonici positivi (455), al numero di schede di primo contatto compilate (451) ed al numero di primi colloqui realizzati (338). Nei tre mesi del 2019 sono state ricevute 115 candidature, ovvero 115 persone hanno premuto sul tasto "Candidati" relativo al post sulla ricerca volontari nella sezione "Offerte di lavoro" di Facebook. Di questo campione, solo con 101 soggetti è stato possibile un contatto telefonico e 58 tra questi si sono mostrati interessati a procedere nel percorso di selezione, per cui è stata compilata una scheda di primo contatto. Sebbene i periodi presi in analisi siano nettamente differenti (14 anni vs. 3 mesi), l'indicatore di performance (media contatti al giorno), dato dal quoziente tra il numero di contatti ed il numero di giorni considerati, risulta 0,089 nel primo caso e 1,12 nel secondo³, evidenziando come l'introduzione dell'utilizzo della sezione "Offerte di Lavoro - volontariato" di Facebook abbia innalzato sensibilmente il numero di candidature ricevute.

Il metodo introdotto nei tre mesi del 2019 evidenzia un maggiore *drop out* tra il contatto telefonico e l'apertura scheda rispetto al periodo 1998-2012; di 101 candidati contattati, solo 58 potenzialmente potranno realizzare il primo colloquio, ovvero circa il 57% del totale dei contatti. Questo effetto lascia ipotizzare che l'accesso ad una candidatura online, tramite un semplice click, possa fare i conti con superficialità e disattenzione nella lettura della descrizione del Servizio o una sua interpretazione errata in caso di traduzione da parte dello strumento in favore di persone che non comprendono la lingua italiana e quindi inadeguate allo IESA. In questi ed altri casi (es. mancanza di permesso di soggiorno, fraintendimento tra ricerca di lavoro ed offerta di attività di volontariato, carenze strutturali relative all'abitazione, eccessiva lontananza dal territorio di competenza del servizio ecc.) si interrompe il percorso e decade la candidatura. Tale attività di "scrematura" viene solitamente quantificata a monte del dato rilevato come "contatto telefonico" in quelle che sono le procedure "classiche", mentre va a pesare su questo nell'applicazione del metodo relativo al trimestre Maggio – Luglio 2019.

³ 455 Candidature/ 5110 Giorni = 0,089

101 Candidature/ 90 Giorni = 1,12

Tabella 1. Confronto performances Luglio 1998 – Settembre 2012 vs. Maggio 2019 – Luglio 2019

	N° Giorni	Candidature	Contatto telefonico	Media contatti/giorno	Apertura scheda	1°colloquio realizzato
Dal Luglio 1998 al Settembre 2012	5.110	n.d.	455	0,089	451	338*
Da Maggio 2019 a Luglio 2019	90	115	101	1,12	58	19**

* Il dato numerico è totale, poiché tutti i candidati hanno concluso il percorso di selezione.

** Il dato numerico è parziale, poiché i candidati non hanno terminato il percorso di selezione.

Potenzialità e limiti dello strumento

Questo strumento porta con sé numerose potenzialità, ma potrà presentare dei limiti, al momento non evidenziabili, anche a causa del breve periodo di utilizzo di questa modalità di reperimento. La sezione “Offerte di Lavoro”, dedicata all’area del volontariato, ha permesso di aprire un nuovo canale di reperimento gratuito dal quale sono pervenute un significativo numero di candidature in pochi mesi. Questo metodo, grazie anche al poco tempo richiesto per la sua applicazione, risulta facilmente sostenibile per l’*équipe* IESA che in questo modo ottimizza le energie necessarie per la ricerca di nuovi volontari. Effettivamente rispondere ad annunci di inserzionisti, organizzare eventi, creare articoli e quant’altro possa contribuire alla promozione del Servizio sul territorio richiede inevitabilmente più tempo. Inoltre, l’utilizzo di Facebook permette che siano principalmente le persone interessate allo IESA, a seguito della lettura delle informazioni presenti nell’annuncio, ad inviare la propria candidatura. Una sorta di filtro virtuoso che non implica nessun ulteriore investimento in termini di tempo-lavoro da parte degli operatori dell’*équipe*.

Il numero di candidature ricevute grazie a questa modalità di reperimento merita una riflessione; sicuramente le cifre importanti non derivano solo dall’efficacia dello strumento in sé, bensì dal fatto che la novità di utilizzo renda possibile intercettare soggetti “nuovi” rispetto a quelli solitamente contattati con metodi utilizzati da tempo. Inoltre la visibilità ottenuta grazie a Facebook risulta fluttuante e mutevole, a causa degli algoritmi tipici dello strumento stesso. Non è possibile escludere che in futuro vengano apportati cambiamenti relativi alla sezione “Offerte di Lavoro” dedicata all’area del volontariato, come ad esempio l’inserimento di un limite massimo di pubblicazioni dell’inserzione o l’introduzione di una tariffa d’utilizzo.

Conclusioni

L’obiettivo dell’articolo era quello di illustrare una nuova modalità di reperimento da affiancare a quelle fino ad ora in uso, poiché i dati raccolti nei tre mesi di utilizzo della sezione “Offerte di lavoro; sezione volontariato” su Facebook hanno evidenziato interessanti potenzialità, arrivando a rilevare un indice di performance di circa 12,5 volte superiore rispetto a quello ottenuto dalle candidature ricevute da Luglio 1998 a Settembre 2012. Gli alti numeri di candidature non forniscono però previsioni in merito all’effettiva abilitazione ottenuta al termine del percorso di selezione; per avere dati in merito a questo imprescindibile indicatore sarà necessario continuare la ricerca e monitorare le candidature ricevute. Una eventuale prossima pubblicazione amplierà la presente ricerca cercando di evidenziare con maggiore precisione gli esiti derivati dall’applicazione dello strumento esaminato.

Riferimenti bibliografici

Aluffi, G. (2014). *Famiglie che accolgono: oltre la psichiatria*. Torino: Gruppo Abele.

Chaffey, D. (2019). *Global social media research summary*. Tratto da

<https://www.smartinsights.com/social-media-marketing/social-media-strategy/new-global-social-media-research/>

Hofmann, A.L., Proferes, N., Zimmer, M. (2018). “Making the world more open and connected”: Mark Zuckerberg and the discursive construction of Facebook and its users. *New Media & Society*, 20 (1), 199–218.

Il diritto a continuare ad essere una famiglia: lo IESA per genitori fragili con figli minori

Gribaudo C.* , Lucchini M.** , Aluffi G.***

Abstract

L'articolo descrive le possibili applicazioni dello IESA come strumento flessibile di supporto per persone fragili con figli minorenni. Garantire il diritto ad essere una famiglia, anche dove sono presenti difficoltà relazionali, cognitive o di disagio mentale, dovrebbe essere l'obiettivo primario di ogni intervento dei servizi che si occupano di adulti, sia di quelli che hanno in carico i minori. Attraverso l'esposizione di casi clinici viene esplorato come la presenza di una famiglia ospitante o di un caregiver part time IESA possa fornire una possibilità concreta e sostenibile di promuovere la relazione genitore fragile – bambino, nella tutela di entrambe le parti, che vengono così incoraggiate e supportate a sperimentarsi in questa preziosa, ma talvolta non facile, relazione. L'ospitante IESA e la sua casa possono diventare luogo di incontro protetto, che facilita il mantenimento e il consolidamento del legame parentale, dando garanzia ai servizi di un'adeguata presenza tutelante, anche grazie al monitoraggio e all'intervento di mediazione dell'operatore IESA, che diventa un ponte tra le varie istituzioni, con l'obiettivo di rendere il lavoro in equipe allargata sinergico e di consolidare la relazione di fiducia con i diretti interessati, spesso diffidenti nei confronti dei servizi che sono preposti a vigilare sulle capacità genitoriali e che assumono il ruolo di controllori distanti e persecutori. La relazione con il caregiver e l'operatore, caratterizzata da affettività, vicinanza e flessibilità, può essere facilitante per incentivare la collaborazione del paziente e per "normalizzare" l'esperienza del bambino, che può riconoscere figure di riferimento e luoghi quotidiani, non istituzionali.

Parole chiave: minori, IESA per nuclei familiari, genitore fragile, caregiver, case report.

In Italia le basi normative su cui si fondano i servizi preposti al sostegno della genitorialità possono essere individuate soprattutto nella legge 140 del 1983, che sancisce il diritto dei minori di crescere ed essere educati nell'ambito della propria famiglia e costituisce il corollario degli articoli 30 e 36 della Costituzione, che stabiliscono il diritto e il dovere dei genitori di provvedere al mantenimento, all'educazione e all'istruzione dei propri figli, con l'impegno garantito dallo Stato di sostenere la famiglia attraverso idonei strumenti.

I criteri di valutazione delle competenze genitoriali e delle possibilità di recupero in situazioni di compromissione sono invece riscontrabili nel rapporto dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) del 2002, dove vengono definite come pregiudizievoli per la salute del bambino *"tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale..."*. Storicamente la prima risposta istituzionale alle carenze genitoriali sono stati gli istituti per l'infanzia, gli orfanotrofi, via via sostituiti dalle comunità per minori o per

* Psicologa, Coordinatore Servizio IESA ASL TO3 - Centro Esperto Regione Piemonte, Cooperativa PRO.GE.S.T.

** Psicologa Psicoterapeuta, Operatrice Servizio IESA ASL TO3 - Centro Esperto Regione Piemonte, Cooperativa PRO.GE.S.T.

*** Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Servizio IESA dell'ASL TO3 - Centro Esperto Regione Piemonte e Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica dell'ASL TO3, Vice Presidente del Gruppo Europeo di Ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

mamme e bambini e da decreti di affido dei minori ai servizi sociali, che devono valutare la possibilità di recupero della genitorialità e indicare le soluzioni più adatte alla specifica situazione.

Nel campo della tutela dei minori e delle loro famiglie, gli orientamenti normativi e i modelli teorico-metodologici dovrebbero mirare ad un equilibrio tra la tutela del bambino e il benessere della famiglia nel suo complesso, senza trascurare il diritto dei genitori a svolgere il loro ruolo e dunque essere messi nelle condizioni, laddove permangano delle risorse relazionali potenzialmente idonee, di prendersi cura dei propri figli, con la predisposizione di strumenti di monitoraggio e supporto che rendano ciò possibile e sicuro.

Quando si riflette sui progetti dedicati a genitori con patologia psichiatrica ci si trova di fronte ad un tale livello di complessità, correlata al disagio soggettivo, alle difficoltà di valutazione dei rischi per i bambini e alla mancanza di competenze specifiche sulla malattia mentale all'interno dei servizi sociali, che conduce spesso al prevalere di una posizione che sottolinea le carenze genitoriali, dimenticandone le potenzialità e soprattutto annientando quel diritto di cui accennavamo in precedenza della famiglia a poter essere, a tutti gli effetti, una famiglia, senza dolorose separazioni spesso prive di adeguati interventi mirati a un mantenimento e a un recupero della relazione genitore-figlio.

Gli studi comparati sulle politiche sociali e le conseguenti pratiche professionali in merito agli interventi con minori e famiglie mettono in evidenza due principali linee di intervento: la prima, principalmente collocata nell'area inglese, si caratterizza per l'attenzione quasi esclusiva alla tutela dei minori; la seconda, invece, caratteristica dei paesi del nord e centro Europa, tratta il tema in un'ottica più ampia e si concentra sulla promozione del benessere dei bambini attraverso interventi sul nucleo familiare in difficoltà.

In Italia, pur con evidenti limiti, la politica sociale appartiene alla seconda categoria illustrata, orientata a garantire al minore, per quanto possibile, l'opportunità di vivere all'interno della sua famiglia, separandolo solo in circostanze eccezionali dalla figura genitoriale di riferimento.

Sappiamo purtroppo bene come recentemente questo delicato tema sia stato affrontato e distorto dai media in relazione ad alcuni fatti di cronaca che hanno messo in luce l'annosa questione: come riuscire a tutelare entrambe le parti, genitori e figli, in contesti sociali e familiari compromessi? Come scongiurare il rischio di allontanamenti e separazioni ingiuste, traumatiche, inappropriate, pur non dimenticando il dovere di tutela della salute e della crescita armoniosa dei bambini? Spesso i servizi si trovano a dover valutare situazioni molto complesse, in condizioni peraltro di scarsa efficienza professionale dovuta a una cattiva organizzazione inquinata da iter burocratici rigidi e macchinosi, alla carenza di tempo, alla mancanza di risorse, e non sempre riescono a dare risposte efficaci e appropriate.

Le riflessioni in merito alla tutela di minori, figli di pazienti psichiatrici, vanno contestualizzate all'interno di questo quadro generale, tenendo conto che le insufficienze mentali, anche permanenti, dell'adulto non corrispondono necessariamente e in modo automatico ad una inadeguatezza del ruolo genitoriale.

Il Comitato Nazionale di Bioetica, nel documento "Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici" del 24/11/2000, inserisce tra gli aspetti fondamentali, necessari a tutelare il riconoscimento della piena cittadinanza a persone con disagio psichico, il "*dovere di difendere la genitorialità*". E sottolinea che per tale fine "*è necessario un bilanciamento tra il dovere di beneficiabilità nei confronti dei pazienti e l'interesse del minore ad una crescita sana ed equilibrata*".

Questo è un tema delicato che risulta spesso impregnato di polarizzazioni, visibili soprattutto nella pratica all'interno dei servizi. I Centri di Salute Mentale tendenzialmente cercano di lavorare nell'ottica del mantenimento dei contatti tra genitori affetti da patologia psichiatrica e i figli, con l'obiettivo di valorizzare e incrementare le risorse relazionali residue del paziente garantendogli anche la conservazione di legami di tipo affettivo che possono svolgere un ruolo importante all'interno di un percorso di cura e riabilitazione. Per contro i servizi sociali che si occupano della presa in carico dei minori sono maggiormente incentrati sul ridurre l'esposizione del bambino al disturbo mentale del genitore, preoccupati dagli eventuali rischi derivanti, e spesso gli interventi

rispondono nell'immediato a questa esigenza, senza riuscire poi ad essere integrati con altri tipi di supporto che possano facilitare un recupero della relazione nel rispetto della tutela del benessere di entrambe le parti in gioco.

Per rendere più funzionali gli interventi è necessario assumere una posizione che vada oltre a tale contrapposizione tra il bambino-vittima e il genitore-colpevole, che rischia di limitare la comprensione della complessità intrinseca di queste situazioni e di influenzare in modo disfunzionale la pratica dei servizi preposti.

Lo IESA come supporto per nuclei madre-bambino

In seguito all'attenta valutazione della recuperabilità del rapporto tra genitori e figli è fondamentale la definizione di progetti e la realizzazione di azioni che possano tutelare il minore e contemporaneamente la sua famiglia, portati avanti in modo integrato e sinergico con la collaborazione in rete di diversi servizi, istituzioni e figure professionali.

Lo IESA, che prevede l'inserimento di una persona in difficoltà presso un nucleo di volontari, oppure un supporto diurno da parte di questi ultimi a loro volta affiancati da una équipe di professionisti, può rappresentare una valida alternativa all'allontanamento dei minori dalla propria madre, nel caso in cui permangano capacità genitoriali residue da implementare. Inoltre laddove la misura di allontanamento sia già stata messa in atto, la famiglia IESA può diventare luogo di incontro e di frequentazione tra genitore e figlio, sostituendo il luogo neutro e consentendo loro di cementare la relazione in un contesto protetto ma accogliente, caldo, connotato come una casa.

Nel corso di questi primi 22 anni di attività sul territorio piemontese, il servizio IESA dell'ASL TO3 Centro Esperto della Regione Piemonte si è confrontato con entrambe le eventualità che presentano analoghi, sebbene differenti, livelli di complessità. Esploreremo le peculiarità di questi progetti attraverso l'esposizione di alcuni casi clinici.

La famiglia IESA come "luogo neutro" (ma affettivamente connotato)

In tre casi il Servizio ha supportato madri le cui capacità genitoriali erano state giudicate insufficienti: i figli erano stati allontanati ed affidati ad altre famiglie a seguito di eventi di eccezionale gravità. Tutte e tre queste donne provenivano da nuclei familiari altamente conflittuali e problematici, le loro relazioni affettive al di fuori della famiglia biologica erano invariabilmente disfunzionali, in nessun caso il padre del bambino era presente. In due casi, la patologia psichiatrica della madre aveva influito in modo rilevante sulle condizioni di vita del nucleo familiare, in nessuno dei tre casi la madre era nelle condizioni di sostenere sé stessa e il figlio. La scarsa o nulla consapevolezza di malattia, aveva fatto percepire l'allontanamento dei figli, misura sicuramente sempre assai difficile da integrare nel proprio percorso di vita, come una sorta di "rapimento". Il vissuto di queste madri era di essere in balia di un'istituzione crudele ed imprevedibile, come conseguenza tutte erano diffidenti, sfiduciate e piene di rabbia: le relazioni con gli operatori di qualunque servizio venivano invariabilmente complicate da questi sentimenti che, in un caso, hanno portato una madre a "rapire" la figlioletta dal luogo neutro e darsi ad una breve fuga con conseguenze gravissime sulla sua relazione con la bambina e sul suo ruolo genitoriale già assai precario. In ognuno di questi tre casi, tuttavia, le autorità preposte hanno ritenuto di salvaguardare la relazione madre-bambino e di dare un'ulteriore possibilità introducendo la variabile dell'accoglienza eterofamiliare supportata.

I tre progetti, inizialmente, sono stati intenzionalmente costruiti escludendo la presenza dei minori: la priorità era infatti rappresentata dalla necessità di ricostruire un rapporto di fiducia tra le pazienti e l'istituzione, a partire dalla relazione con l'operatore IESA. Le famiglie individuate dovevano innanzitutto essere identificate come luogo sicuro dalle madri, permettendo loro di esperire la necessità di ricevere aiuto e supporto non come una colpa o come una prova di incapacità e debolezza, ma come un diritto. All'interno di un contesto nuovo si è lavorato sulle capacità e sulle autonomie residue, con l'intento di restituire loro un'immagine di sé più accettabile e di alleggerire sensi di colpa e di inadeguatezza che in ognuno dei casi erano diventati paralizzanti.

Quando le famiglie IESA hanno cominciato ad essere percepite come tali dalle pazienti, ad essere identificate come il luogo sicuro al quale tornare, come il contesto in cui fosse anche possibile fare uno sbaglio senza che questo avesse conseguenze catastrofiche, si è potuto procedere introducendo l'idea che la famiglia potesse sostituire il luogo neutro. Alle famiglie IESA è stata chiesta l'ulteriore disponibilità ad accogliere con cadenza regolare i figli delle pazienti e gli operatori coinvolti negli affidi dei minori.

Il luogo neutro, per sua natura, è in realtà un "non luogo": è transitorio, non può essere personalizzato, non è una casa. Le case delle famiglie IESA invece hanno un'identità precisa, raccontano una storia, hanno un profumo e un calore peculiari, sono inoltre la "casa della mamma", nella definizione chiara e semplice di uno dei figli delle pazienti. In questa casa si possono "dimenticare" giocattoli perché nessuno li porterà via, la mamma ha la sua stanza e non solo per poche ore, ci sono animali, ci sono anche imprevisti a volte, ma questo, lungi dall'essere una complicazione, contribuisce a restituire un senso di normalità alla quotidianità. La famiglia IESA può così diventare un "luogo neutro" che neutro non è, bensì connotato affettivamente, può contenere le ansie dei genitori ed essere tutelante nei confronti del minore, senza rendere artificiale il loro incontro con la proposta di luoghi istituzionali, transitori e impersonali.

L'accoglienza madre bambino: una famiglia a sostegno di un'altra famiglia

In un altro caso il Servizio ha avviato un progetto di convivenza a tempo pieno per una donna proveniente da una comunità madre-bambino con la figlia di 6 anni. Durante il colloquio di presentazione emerge chiaramente la determinazione della madre ad intraprendere un percorso IESA: la motivazione è di poter offrire alla sua bambina un luogo "normale" in cui vivere, una casa vera e propria, senza educatori che si danno il cambio in orari prestabiliti, senza altre persone sofferenti intorno. Vorrebbe che sua figlia, se i compagni di scuola le domandano "dove abiti?" o "con chi?" potesse rispondere semplicemente "in una casa fuori paese, con mamma, Lucia, Roberto, Chiara e Matteo, il cane Lucky e due gatti", anziché "in una comunità". Daniela ha mantenuto delle buone capacità genitoriali di base, soprattutto per quanto riguarda la progettualità, la capacità di comprendere i bisogni della figlia, risulta però deficitaria nel rispondere adeguatamente alle richieste di attenzione della bambina e nel farsi carico di tutte le sue necessità, perché il malessere psichico a volte la blocca, le impedisce di concentrarsi, la affatica. Il percorso IESA le fornisce un contenitore, una rete di sicurezza, dove c'è sempre qualcuno pronto a sostenerla e a spronarla nel difficile ruolo di mamma, senza mai sostituirsi a lei. Le maggiori difficoltà compaiono quando Daniela deve trasmettere regole ferme, ma l'esempio dell'ospitante, che ha cresciuto 4 figli ormai adulti, le è d'aiuto. Dopo 7 anni di inserimento eterofamiliare Daniela riesce ad ottenere una casa popolare e a trasferirsi insieme alla figlia ormai adolescente, avendo raggiunto una buona capacità di gestione autonoma del quotidiano e consolidato una relazione affettiva con la ragazzina, che in questi anni ha sempre potuto contare su una solida base di relazioni sociali in casa e con i pari.

Lo IESA diurno, uno strumento flessibile di supporto a madre e figlio

Al momento dell'invio Giulia vive con il suocero e con il figlioletto di tre anni, il marito si trova ricoverato in hospice in fase terminale. Al servizio viene richiesto di supportare lei e il bambino al proprio domicilio avviando un progetto Full Time con Abitazione Autonoma che prevede una disponibilità h 24 della caregiver senza che venga avviata una convivenza vera e propria. Il progetto prevede anche che la caregiver si occupi del bambino in assenza della madre. La situazione è estremamente complessa poiché la paziente e il marito provengono da nuclei familiari molto problematici e il livello di conflittualità è molto elevato. Il suocero della paziente, lungi dal rappresentare una risorsa, è un soggetto fragile e gli scontri tra i due sono quotidiani e sempre più violenti. Col supporto della caregiver la situazione migliora: la signora riesce infatti ad instaurare una buona relazione anche col suocero della paziente, la sua presenza e il suo aiuto permettono una migliore gestione delle risorse e della casa che torna ad essere vivibile. Dopo pochi mesi dall'avvio del progetto, il decesso del marito della paziente contestualmente alla diagnosi di fibrosi cistica fatta

al bambino fa precipitare la situazione. La presenza della caregiver è fondamentale: la signora infatti non è assolutamente in grado di far fronte a nessuna delle necessità sue e del figlio, l'ansia la paralizza e la porta ad agire in modo disfunzionale. La criticità più grande è rappresentata dal luogo di vita: Giulia non può più vivere col suocero perché sempre più spesso le liti degenerano in agiti aggressivi. La caregiver non è in grado di accogliere la paziente, tuttavia, proprio perché il suo supporto è fondamentale ed è ormai un punto di riferimento non solo per Giulia ma anche per il bambino, si decide di proseguire il progetto e di individuare un nuovo luogo di vita. Nei mesi successivi, grazie al supporto di un'associazione che si occupa di donne in difficoltà, Giulia e il figlio si trasferiscono in una struttura che accoglie madri e bambini. La paziente riesce a far fronte alle necessità del figlio solo grazie al supporto della caregiver e delle altre ospiti del centro, alle quali delega molto spesso la cura del piccolo. Le modalità relazionali di Giulia sono difficoltose e spesso la mediazione della volontaria IESA è fondamentale. Si rende necessaria la nomina di un amministratore di sostegno, figura che la paziente non riesce ad accettare completamente e verso la quale nutre rancore e diffidenza, anche in questo caso la mediazione della caregiver contribuisce a migliorare in modo sostanziale i rapporti. Nel momento in cui la situazione economica della paziente si stabilizza, è possibile individuare un alloggio da affittare non lontano dal luogo di vita della caregiver: questo permette alla madre e al bambino di vivere in autonomia, al di fuori di un'istituzione, grazie al supporto della caregiver IESA e della sua rete familiare e sociale che nel corso di quasi tre anni di progetto ha integrato perfettamente Giulia e il bambino.

Conclusioni

In ciascuno dei casi analizzati, la linea operativa del Servizio IESA è chiara ed univoca: il volontario non sostituisce mai la madre, la supporta. È fondamentale che il bambino non smetta mai di cercare la figura genitoriale come punto di riferimento, di avere fiducia in lei, di desiderare di averla accanto. Altrettanto fondamentale è sostenere nella madre la certezza che può dare al figlio ciò di cui maggiormente ha bisogno, insieme con la consapevolezza che i bisogni del bambino sono diversi dai suoi. Il ruolo dei volontari è quindi complesso e diversificato, la casa e la rete sociale degli ospitanti diventano lo scenario all'interno del quale si sviluppa il cambiamento. La relazione di fiducia tra le pazienti e i caregivers garantisce sostegno nei momenti di maggiore difficoltà, senza che questi vengano vissuti come fallimenti. La capacità di chiedere aiuto e di delegare l'accudimento del figlio esce dalla dimensione del vissuto di colpa e di incapacità, diventa invece occasione di crescita. Il confronto con il caregiver, lungi dall'essere umiliante, diventa un momento di apprendimento che avviene in un luogo sicuro. La consapevolezza che, anche nei momenti di maggiore fragilità della madre, il bambino non è mai in pericolo, che non è spaventato, che non è danneggiato, permette alle pazienti di rivendicare il proprio momento di crescita, senza che ad esso venga associato un giudizio negativo o il timore di aver "fallito" una prova fondamentale che porterà inevitabilmente all'allontanamento del figlio. Progetti di questo tipo sono molto articolati e prevedono, inevitabilmente, il coinvolgimento di più servizi, talvolta del Tribunale dei Minori, e il rischio è che pazienti e volontari possano essere sopraffatti da tale complessità. L'operatore IESA diventa pertanto uno dei cardini su cui poggia la progettualità, un agente in grado di "semplificare" la realtà, facendosi carico del compito di tenere le fila di tante e così complesse relazioni. La continuità della sua presenza all'interno del progetto, così come la flessibilità del suo ruolo, rendono questo possibile: l'operatore IESA è reperibile sulle 24 ore, durante l'orario lavorativo può, se necessario, muoversi sul territorio riuscendo ad essere al fianco di paziente, bambino e ospitante se la situazione lo richiede, offrendo sostegno e/o mediazione, talvolta rilevando le criticità e portandole all'attenzione delle parti interessate. Nella relazione con gli altri servizi coinvolti è un alleato che evita triangolazioni e contribuisce a minimizzare il rischio che gli interventi effettuati siano vissuti in modo persecutorio. Tutti gli sforzi profusi, la professionalità, la presenza e la dedizione non possono garantire la riuscita di questi progetti: va da sé che tali livelli di complessità si accompagnano ad analoghi livelli di imprevedibilità. L'evolvere delle relazioni umane non è determinabile senza margine di errore e l'impegno di tutti talvolta non paga. È un rischio che dobbiamo accettare con la consapevolezza che

la posta in gioco è troppo alta per rinunciare; con la certezza che, quando il progetto ha successo, sono tante le vite che ne beneficiano in modo sostanziale, che il circolo vizioso dello stigma e dell'isolamento sociale possono essere interrotti, che non ci sono cause perse, ci sono persone che con un po' di aiuto possono scrivere un nuovo inizio della loro storia.

La “Patato-terapia”

Cébula J.C.*

Una Famiglia Ospitante racconta:

Attualmente stiamo ospitando una donna sulla quarantina. Quando arrivò a casa nostra soffriva di insonnia e di molti altri disturbi. Di notte sentiva delle voci che la denigravano e percepiva come un bussare alla finestra della sua camera. Andava a letto molto presto la sera, ma alle due o alle tre del mattino si svegliava, tanto da non riuscire più a riaddormentarsi. Una volta sentì battere alla porta, o forse alla finestra, e le voci iniziarono a perseguirla, le dicevano che era una brutta ragazza... e altre cose che non avrebbe mai voluto sentirsi dire.

Le dissi che quando non riusciva a dormire e non si sentiva bene poteva venire da me. Io di solito non vado mai a letto prima delle due o le tre del mattino. Normalmente la sera faccio le faccende di casa, stiro, guardo la posta ecc.

Così un giorno si è presentata da me intorno alle due del mattino dicendo: “Mi sento male, non riesco a dormire, le voci mi insultano, battono sulle piastrelle”. Dopo aver terminato ciò di cui mi stavo occupando, le ho risposto “Non andiamo subito a letto, c’è una cassa di patate che ci aspetta...le sbucceremo per domani mattina”. Le ho fatto questa proposta come a dirle “facciamo qualcosa di utile insieme...sbucciamo le patate e chiacchieriamo un po’!”.

Ci siamo adoperate per pulire le patate trascorrendo circa un’ora insieme. Anche se eravamo in due ci abbiamo messo parecchio tempo; per una ragazza che non ha mai pelato patate non è cosa veloce da fare!

La persona che ospito è una donna di origini benestanti, certamente non abituata a occuparsi delle faccende di casa, soprattutto nel cuore della notte. Dopo aver sbucciato le patate abbiamo pensato a come cucinarle: se farle fritte, in insalata oppure preparare un purè.

Non è venuta a trovarmi tutte le notti. All’inizio mi cercava una sera su due, poi una su tre, una su quattro, fino a non presentarsi più. In quelle notti insonni, dopo aver pelato, pulito e lavato le patate le dicevo: “Pensi che abbiamo lavorato a sufficienza per ritenerci stanche e andare a riposare?”. Il più delle volte mi rispondeva di sì ma quando la risposta era no, rimanevamo insieme ancora per un po’ di tempo e poi la mandavo a letto.

Ha raccontato ai suoi genitori che quando soffriva di insonnia veniva con me a sbucciare le patate e, successivamente, ha detto loro che non aveva più bisogno delle patate poiché riusciva a dormire meglio. “Penso sia stata la patato-terapia a guarirmi”, disse ai suoi cari. Era la figlia di un medico e, forse per deformazione, aveva coniato questo nuovo termine per spiegare il nostro modo di approcciare alle sue difficoltà.

La patato-terapia divenne un rituale di casa: se non si riesce a dormire, si sbucciano le patate e poi ci si addormenta con maggiore facilità. “Lavorando” un po’ ci si stanca e si va più volentieri a letto.

* Psicologo, Direttore Istituto di Formazione Ricerca e Valutazione delle pratiche sanitarie e sociali (IFREP) Paris, Presidente Gruppo Europeo di ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA



Foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore

Patato-terapia:

1. Pre-requisiti dell'ospitante

Avere patate a disposizione

Amare le patate e conoscere ricette differenti per cucinarle sulla base dei gusti personali

Possedere almeno due pelapatate

Non essere disturbati dall'insonnia e dalle sue manifestazioni

Saper sbucciare le patate e saperlo insegnare

Amare sbucciare patate in piena notte quando non si dorme e si ha terminato di stirare e di guardare la posta.

Chiacchierare mentre si sbuccia.

2. Posologia

Ad ogni manifestazione di insonnia, una cassa di patate o anche meno. Il dosaggio dipende dalla capacità della persona insonne di stancarsi quando sbuccia le patate. Utilizzare ogni qual volta si ritenga necessario.

3. Avvertenze e precauzioni

Scegliere delle patate che si pelino facilmente e uno strumento adatto di pulitura (in inverno il pela patate può andar bene ma in estate, per le patate novelle, è meglio utilizzare un apposito coltello).

Non continuare a sbucciare patate una volta sopraggiunta la stanchezza. L'obiettivo non è quello di addormentarsi durante il procedimento ma di procedere per arrivare a sentirsi assonnati.

Sono stati riscontrati fenomeni di assuefazione in casi in cui gli argomenti dei discorsi di accompagnamento alla pelatura risultavano troppo coinvolgenti e stimolanti. È necessario che l'attività mantenga un carattere ripetitivo e rilassante.

4. Principi attivi

La trascendenza del sintomo: è compito di un terapeuta analizzare le cause dell'insonnia andando a proporre un metodo di approccio o un sonnifero per ridurre la sintomatologia.

La consapevolezza delle proprie difficoltà ad addormentarsi e il sereno utilizzo di buone pratiche per porre rimedio al problema come stirare, leggere la posta oppure sbucciare le patate. L'applicazione dei principi “ciò che è buono per me è buono per l'altro” e “per dormire bisogna essere stanchi”. La serena condivisione di preoccupazioni simili diventa rassicurante

5. Limiti della patate-terapia

Non è possibile applicarla ad ogni situazione

L'associazione con altri principi è possibile ma gli effetti non sono ancora stati osservati

La famiglia può diventare insofferente ai pasti consumati dopo la ripetuta applicazione di tale pratica. Cercare di evitare che il menù settimanale diventi: lunedì patate, martedì patate, mercoledì patate ecc.

6. Conclusioni

Naturalmente le famiglie ospitanti non curano l'insonnia ma i disturbi relazionali

Le famiglie ospitanti sono in grado di porre soluzioni quotidiane a problematiche profonde attraverso il loro approccio basato sul “buon senso”. Esse agiscono come “artisti del quotidiano” durante il percorso di accoglienza¹.

¹ Winnicott D.W., Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique » dans de la pédiatrie à la psychanalyse. In: Winnicott D.W., (1969) De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris

“La nostra teoria dello sviluppo di un essere umano deve contemplare l'idea che questi sia sano e normale quando sia in grado di difendere il proprio Sè da una carenza specifica ambientale, congelando la situazione di carenza”. Aggiunge inoltre: “Nei casi estremi occorrerà che il terapeuta si offra attivamente al paziente con una funzione di buon *maternage*...”. “In altri termini la psicosi è strettamente collegata con la salute, nella quale innumerevoli situazioni di fallimento ambientale vengono congelate, ma possono venire individuate e scongelate grazie ad alcuni fenomeni curativi insiti nella vita quotidiana: le amicizie, le cure ricevute durante una malattia fisica, la poesia, ecc...”

A piccoli passi. Storia di Alessandro e Graziella

Lucchini M.*

Secondo una ricerca dell'American College of Sports Medicine (ACSM), una persona fa, in media, 5.100 passi al giorno. Provate a moltiplicare questa cifra per 365, osservate i decimali mettersi in fila come soldatini e poi provate a moltiplicare la cifra che avrete ottenuto per 12 anni: immaginate che tutti quei passi siano orme sul terreno e vi sembrerà di essere circondati dall'Invincibile Armata o che l'Esercito di Terra Cotta cinese sia venuto a sgranchirsi le gambe nel vostro giardino. Tutti quei passi Alessandro li ha percorsi a fianco di Graziella (quindi le orme vanno moltiplicate per due, per amore di precisione...).

Raccolgo le fila di tutti questi anni in una conversazione informale con Graziella, che è stata la sua caregiver per tutto questo tempo. Quando ci sediamo al tavolo, la prima cosa di cui riusciamo a parlare è l'assenza di Alessandro. Per la prima volta in dodici anni, la sua stanza è vuota, non si sente il ticchettio ritmico del suo bastone o la sua voce che chiama gentilmente "Graziella, Graziella..." con un tono interrogativo un po' esitante. Tra una frase e l'altra Graziella prepara una borsa con le cose di Alessandro da portare in ospedale, le sue condizioni di salute si sono deteriorate rapidamente e improvvisamente, rendendo l'accudimento offerto da tutta la famiglia 24 ore su 24 comunque insufficiente. Ora Alessandro ha bisogno di interventi sanitari mirati e non è previsto che ritorni in questa casa, eppure mai come ora ha avuto bisogno di una famiglia. E questa famiglia IESA, l'unica che abbia conosciuto, non ha tradito le sue (e nostre) aspettative, non ha arretrato davanti a questo imprevisto, non ha avuto bisogno di carta stampata o autorizzazioni per restare al fianco di colui che, tra quelle mura, non è mai stato solo un paziente psichiatrico.

Decidiamo insieme di cominciare dal primo ricordo che Graziella ha di Alessandro.

G: "Il primo ricordo è l'incontro al Centro Crisi. Lui percorre questo lungo corridoio a piccoli passi, tu mi dici che cammina piano piano, che è timido. Io penso che è delicato. Non conoscevo nessuno che avesse queste problematiche, tu non mi avevi parlato della patologia. Non sapevo chi era, ma dovevo scoprirlo da sola. L'ho osservato. Il secondo giorno abbiamo passeggiato nel parco e lui mi ha regalato dei fiorellini! Mi ha detto di aver bisogno di affetto, l'impatto è stato piacevole, lui era gentile ed educato. Ho capito che dovevo avere pazienza, rispettare i suoi tempi. Questo era compatibile con me, io sono paziente.

Siamo andati a pranzo insieme, gli ho detto che ci saremmo rivisti e lui era felice...era come una promessa di fidanzamento. Quando abbiamo pranzato insieme l'ho osservato mangiare, si muoveva con precisione e attenzione e ho pensato che fosse adatto alla mia famiglia, ne ero colpita."

Il secondo ricordo che Graziella condivide è quello dell'arrivo di Alessandro a casa, il primo giorno della loro nuova vita insieme. Il suo punto di vista è peculiare:

G:" Essendo mamma c'erano cose che osservavo: aveva scarpe enormi ma un piede piccolo, abiti enormi e non adatti, non aveva nulla. Era stato trascurato, mi sono sentita come se adottassi un bambino. Certo lui fumava e questo a volte non era semplice da gestire, abbiamo dovuto adattarci gli uni agli altri, imparare a tollerare le nostre imperfezioni, capire come potevamo stare davvero bene insieme.

Non lo vedevo come una persona malata, lo vedevo come una persona che esprime amore. L'amore copriva tutto il resto."

Sorrido mentre Graziella allinea calzini e magliette perfettamente stirati e piegati con cura e l'orologio.

G: "Lui ne ha bisogno per stare tranquillo, ma non sempre, se è troppo agitato e lo guarda troppo spesso allora lo affida a me". In questo gesto, apparentemente semplice e quasi ingenuo, vi è la chiave di volta di questi 12 anni di vita insieme: la fiducia.

* Psicologa psicoterapeuta, Operatrice Servizio IESA ASL TO3, Cooperativa PRO.GE.S.T.

Lascio emergere il mio ricordo dei primi giorni di progetto con Alessandro: il suo vissuto era così evidente che non si poteva ignorarlo, il suo sguardo, la sua postura, i suoi gesti ossessivi, tutto evidenziava un misto di paura e diffidenza. Alessandro trascorreva ore in camera da letto costruendo complicate architetture con la sua collezione di accendini, allineando i pacchetti di sigarette come tessere di un domino, tutto in precario equilibrio sul cuscino o sulla scrivania: quello era, avrei scoperto in seguito, il suo personale sistema di allarme, tutto in ordine significava niente effrazioni. Bastava una leggera vibrazione a far crollare le sue sicurezze e fargli temere che qualcuno avesse sottratto qualcosa dei suoi pochi averi (tra cui l'orologio a cui teneva più che ad ogni altra cosa).

Nei primi mesi di progetto, Graziella mi ha chiamata quasi ogni mattina. Mi raccontava dettagliatamente cosa fosse successo, si confrontava, spesso mi chiedeva di intervenire per rassicurare Alessandro. La famiglia non ha mai reagito con fastidio o superficialità alle sue fragilità: i figli di Graziella hanno tollerato pazientemente quel signore anziano che ogni tanto li additava come responsabili della sparizione di ben 2 centesimi, limitandosi a smontare letteralmente il letto e ad aiutarlo a ritrovare la monetina scomparsa, accettando le scuse che venivano subito dopo. Dodici anni dopo, per Alessandro questi due giovani uomini sono ancora "i Pupi", quando ne parla mette la mano ad altezza bambino e mima il gesto di una carezza.

G: "La sua patologia ogni tanto lo faceva interagire in modo non adeguato. Tuttavia le sue difficoltà erano sopportabili, lo capivamo. Tutte le sue ritualità non abbiamo cercato di "correggerle". Siamo stati pazienti come famiglia, abbiamo fatto il possibile perché lui acquistasse fiducia, abbiamo lavorato su questa cosa perché diversamente lui soffriva, soffriva a non potersi fidare. Abbiamo lavorato per cambiare questo. L'unica cosa necessaria era dargli serenità. Il sostegno, quando mi serviva, me lo davi tu, telefonavo e raccontavo tutto quello che succedeva, nel raccontare mi scaricavo, mi sfogavo. Io sono riuscita a trasmettere serenità perché io ero serena. Se non lo capivo ti chiamavo, questo mi calmava e poi trovavo la soluzione con Alessandro."

Mentre raccolgo i molti ricordi di Graziella, mi accorgo che dal suo racconto non emerge quella che è la maggiore difficoltà di Alessandro: il linguaggio. Alessandro è affetto da una grave disartria, durante il nostro primo incontro, l'impatto con la sua parlata è sconcertante, tutto quello che sento è un mormorio monotono e continuo, non distinguo nessuna parola anche se è evidente il tentativo di comunicare, le sue mani, i suoi occhi e il tono della sua voce sono carichi di significato ma, almeno inizialmente, questo non basta. Ogni tanto entrambi ci scoraggiamo e io mi chiedo se per una famiglia di volontari questo non sia uno scoglio troppo arduo da superare. Graziella ride quando glielo faccio notare, come se si accorgesse di questo solo ora. Eppure, più di una volta, sia io che lei siamo state chiamate a fare da "interpreti" per lui. Il mio ricordo più significativo risale al giorno in cui ha avuto bisogno di un intervento chirurgico: l'équipe medica mi chiese di entrare in sala operatoria e di restare durante tutto l'intervento. Alessandro ride ancora oggi ricordando la sua dottoressa col camice verde e la mascherina che gli strizzava l'occhio mentre lui era sul tavolo operatorio.

Alla fine si è trattato solo di concedergli e concedersi più tempo: tempo per comprenderlo, tempo per imparare quali fossero le sue necessità e come si potessero armonizzare con quelle della famiglia.

G.: "Abbiamo dovuto imparare di nuovo ad organizzarci, abbiamo fatto in modo che le sue fragilità non impattassero sui tempi, la comunicazione fatta con dolcezza non lo stressava. Se si stressava aveva più difficoltà. Accettava l'aiuto se era proposto con dolcezza. La casa ha due bagni e il bagno rosa è diventato il bagno di Alessandro, così lui non si sentiva pressato, sapeva che poteva non avere fretta. Il resto della famiglia poteva permettersi tempi diversi."

I figli di Graziella ci raggiungono e arricchiscono il racconto della madre con il loro ricordo di bambini, prima, e di giovani uomini ora, dopo questi dodici anni di vita insieme. Enrico ricorda che quando Alessandro è arrivato a casa lui era un bambino piccolo, faceva le elementari e non aveva ancora le chiavi di casa: Alessandro lo accoglieva quando tornava da scuola, aveva il compito di aprirgli la porta. Per lui era importante che la sua capacità di assumersi delle responsabilità fosse riconosciuta: mai una volta ha perso le chiavi di casa, ha dimenticato rubinetti aperti o ha omesso di comunicare i suoi spostamenti. Graziella ricorda il loro sistema fatto di bigliettini decorati, disseminati per tutta casa.

Andrea, il figlio maggiore di Graziella, negli ultimi tempi, appena prima del ricovero, si è occupato spesso di Alessandro: gli ha preparato il pranzo, spesso gli ha fatto il caffè, ha sostituito la madre quando è diventato evidente che le autonomie di Alessandro erano scemate al punto da non poterlo più lasciare solo, nemmeno per un'ora. Tutti i membri della famiglia hanno fatto questo, con discrezione: per lui è sempre stato importante ritenersi autonomo, nella sua precedente condizione la sua inadeguatezza gli era stata rinfacciata spesso e senza pietà, come fosse una colpa, come se il diritto di avere un posto lui dovesse pagarlo a caro prezzo, lasciandolo in una condizione di costante insicurezza e di macerante senso di colpa. Questo Graziella lo ha capito senza che dovessi dirglielo, si è accorta di quanto disfunzionali fossero le relazioni passate di Alessandro e, serenamente, ha deciso di non dare spazio a queste voci.

G: “Lei (riferito alla donna che si è occupata di Alessandro dopo la morte dei suoi genitori) mi parlava di Alessandro anche se io non volevo, lei raccontava tutto, io Alessandro dovevo scoprirlo, quello che vedo io è diverso da quello che vede un dottore e lei nemmeno lo era. L'ambiente era nuovo, lui poteva ricominciare. Non riconoscevo Alessandro in quello che mi raccontava. Io non dividevo quello che lei mi diceva. Alessandro si faceva voler bene, il passato non importa. Quello che conosceva lei non era Alessandro. Lui ha accettato delle regole ben precise e ha capito. C'era un equilibrio e una trasparenza nel nostro rapporto con lui”. La relazione di fiducia con il Servizio ha permesso alla famiglia IESA di sentirsi sempre tutelata, di avere la certezza che l'ospite in alcun modo avrebbe potuto rappresentare un pericolo per tutti loro, questo ha fatto sì che potessero permettersi di non sapere tutto e Alessandro ha avuto l'opportunità di scrivere un nuovo capitolo della sua storia con loro. Ma non solo. Quando si è sentito abbastanza sicuro, Alessandro ha espresso il bisogno di tornare nei luoghi del suo passato, nel paese dove era nato, un piccolo borgo medioevale nella parte più orientale del comune di Torino. Per settimane ci ha descritto la sua vecchia casa, il suo giardino, la strada in salita che porta al cimitero dove sono sepolti i suoi genitori, si è permesso di raccontare, di dipingere per noi il paesaggio della sua infanzia (un albero di melograno, una rosa rampicante, le scale per andare al piano di sopra...). Io, Alessandro e Graziella ci siamo messi in viaggio insieme in una giornata calda e luminosa, dall'uscita dell'autostrada, una volta riconosciute le sue colline, Alessandro mi ha guidato con sicurezza verso casa sua. Mancava da quel luogo da più di trent'anni. La casa non gli appartiene più ma tutto il paese lo ha riconosciuto e avere il permesso di entrare per permettergli di rivedere il luogo è stato facile: un passaparola rapido, volti sorridenti e increduli, qualche lacrima. Ha raccolto le rose del giardino da portare ai genitori, ha presentato me e Graziella solennemente a tutto il paese. Ci siamo fermati in un ristorante con un bellissimo pergolato, Alessandro ha offerto il pranzo e lasciato la mancia alla cameriera carina, poi ha deciso che era ora di tornare a casa. “Casa nostra” ha specificato, guardando Graziella.

Graziella chiude la borsa per l'Ospedale con un sospiro: stare senza Alessandro non è facile, tutta la famiglia non si rassegna alla sua assenza. Non passa giorno senza che qualcuno vada all'Ospedale, Graziella ci passa intere giornate e si preoccupa che non gli manchi mai nulla, soprattutto l'amore di una famiglia, quello che hanno condiviso tra le mura della casa “troppo bella”, così lui l'aveva definita la prima volta che aveva varcato la soglia.

Prima di partire c'è ancora spazio per ricordare le numerose vacanze fatte insieme: in Spagna, a Montecarlo, in Liguria e sulle Dolomiti. Graziella prende la scatola delle fotografie, ogni famiglia che si rispetti ne ha una, e sparpaglia sul tavolo decine di immagini di loro e di Alessandro, immortalati in quelle pose un po' buffe, con la mano alzata, col gelato in mano, coi piedi a mollo nel mare e i calzoni arrotolati...

Niente di eccezionale: a ben guardare sono solo attimi condivisi nella meravigliosa normalità di cui la vita di ogni giorno è fatta.

Postilla: 18 Luglio 2019

Sometimes when you're doing simple things

*Around the house
Maybe you'll think of me and smile
(Warren Zevon – Keep me in your heart)*

Giornata assolata di Luglio, il marito di Graziella mi viene incontro lungo il viale del cimitero. Non ricordo di aver mai visto lui e i figli col vestito delle grandi occasioni. Al cancello c'è un piccolo gruppo di persone, parlano sottovoce, chinandosi gli uni verso gli altri, come spesso ho visto fare ai funerali. La foto di Alessandro è l'unica cosa che riesco a guardare inizialmente: è ritratto in una giornata estiva, lui indossa una maglietta a righe, sorride e fa il saluto militare, dietro di lui ci sono delle palme. Decido che è esattamente questo il ricordo che voglio conservare di lui. Cerco Graziella in mezzo alle altre persone un po' ansiosamente: le ultime trenta ore di assistenza ad Alessandro le ha passate in piedi accanto al suo letto e le sono costate una notte in pronto soccorso. Quando me lo ha comunicato era già stata dimessa e stava tornando in ospedale. "Non voglio che muoia da solo" mi ha detto con la massima semplicità, "Come se lo fosse mai stato", ho pensato io.

Mentre camminiamo lentamente, lo scricchiolio della ghiaia e il rumore sommesso del motore del carro funebre sono coperti dai nostri ricordi di Alessandro che condividiamo sorridendo. Il figlio minore di Graziella, capelli e occhi nerissimi come sua madre, ci rimprovera "Questa non è una festa!". Lo capisco. La perdita di una persona cara in quella sua età così acerba ha un sapore differente, segna il suo viso serio e gli conferisce tratti da adulto. "Possiamo permettercelo sai, perché per lui abbiamo fatto il meglio, questa serenità è quella che Alessandro ci ha lasciato.", rispondo. Vedo con sollievo il respiro che smette di trattenere e capisco che ho detto la cosa giusta: il dolore degli altri è un territorio in cui bisogna entrare sempre con la massima attenzione. Ascolto i ricordi che la famiglia e gli amici vogliono condividere, la traccia che questo uomo gentile ha lasciato dietro di sé è evidente, alcune frasi che gli vengono rivolte le ho trovate trascritte fedelmente nel suo diario: ricordava le cose belle, le custodiva. Sono felice di sapere che i suoi diari resteranno a Graziella. L'amore e il supporto di questa famiglia gli ha permesso di esprimere la sua natura più vera, oltre la fragilità, oltre la patologia. La ricchezza interiore di Alessandro ha potuto emergere ed essere condivisa grazie a quello che questa famiglia ha saputo offrirgli con continuità.

Graziella conclude leggendo una lettera che ha composto mentre lo assisteva in ospedale, prendendosi il tempo per salutarlo, dando valore ad ogni singola ora.

Mentre ci allontaniamo penso ai prossimi progetti ai quali dovrò dedicarmi, alle prossime famiglie che mi faranno entrare nelle loro case, alle persone alle quali proporrò di accettare l'accoglienza in famiglia, dovendo talvolta vincere il loro sconforto e la loro diffidenza. Ricordo che durante il percorso di conoscenza con Alessandro, prima dell'inserimento presso la famiglia di Graziella, lo avevo accompagnato a prendere un caffè fuori dalla casa di cura in cui era ricoverato da mesi. Volevo spezzare la monotonia delle sue giornate, inoltre io stessa trovavo l'atmosfera di quel luogo opprimente. Al ritorno, mentre Alessandro tormentava nervosamente il cordino attorno al polso a cui aveva assicurato la chiave del suo armadietto, avevo sbagliato strada ed eravamo finiti in aperta campagna. Lui mi aveva guardata con un misto di paura e diffidenza e aveva detto sottovoce "Ma dove mi porta?". Ne avremmo riso, negli anni a venire, di quel mio goffo tentativo di conquistarmi la sua fiducia: eppure quel momento di disorientamento mi era servito più di ogni altra cosa a comprendere quanto gli stessi chiedendo, a non dare per scontata la parte che anche il paziente è chiamato a mettere in gioco quando accetta un progetto di accoglienza eterofamiliare. Sento che questi dodici anni mi hanno resa una professionista migliore, oggi vedo la meta con estrema chiarezza e sono in grado di raggiungerla senza esitazione.

Lo IESA presso l'Île de la Réunion

Jiquel C. *, Jean Cébula J.C.**

L'isola della Réunion è un dipartimento francese situato a 11.000 km dalla Francia, nell'Oceano Indiano, vicino al Madagascar. La Réunion ha più di 850.000 abitanti (la Francia, circa 68 milioni)



Figura 1. La Réunion, il cui capoluogo è Saint-Denis, ha una superficie di 2.512 km². L'isola appartiene all'arcipelago delle Mascarene. Di origine vulcanica, è caratterizzata da rilievi scoscesi e da una marcata erosione. Dal punto di vista socio-economico è una realtà piuttosto fragile, pur essendo dipartimento francese. Il tasso di disoccupazione è particolarmente elevato nell'ordine del 29% della popolazione in età da lavoro e per il 60% da giovani. Ad oggi il maggior settore economico dell'isola è rappresentato dal turismo.

Questo territorio ha sviluppato progetti di accoglienza familiare per anziani e disabili. Attualmente sono presenti:

- 661 famiglie ospitanti abilitate (per prendere parte a questa attività è necessario essere autorizzati dai servizi sociali del dipartimento).

* Psicologa Formatrice IESA.

** Psicologo, Direttore Istituto di Formazione Ricerca e Valutazione delle sanitarie e sociali (IFREP) Paris, Presidente Gruppo Europeo di ricerca sullo IESA (GREPFa), Formatore IESA.

-1.435 posti per le persone da accogliere (ogni famiglia ospitante può accogliere da 1 a 3 persone, secondo le proprie capacità e le caratteristiche dell'appartamento).

Per dare un'idea, nei 100 dipartimenti francesi, ci sono circa 11.000 famiglie ospitanti.

Diversi sono i fattori che spiegano il gran numero di famiglie ospitanti abilitate presso la Réunion:

- Nei primi anni 2000 si è affermato un vero e proprio impegno politico, attraverso un nuovo regolamento che ha predisposto in modo più preciso lo statuto di famiglia ospitante. A livello locale, questo si traduce in aiuti nella ristrutturazione delle abitazioni e in un'ampia diffusione di informazioni su questa forma di accoglienza familiare.
- La mancanza di posti in strutture per anziani o disabili, che non possono o non riescono più a provvedere autonomamente al loro quotidiano. L'invecchiamento della popolazione rende necessario trovare nuovi modi per aiutare o accogliere soggetti sempre più dipendenti (115.000 ultra sessantenni nel 2013, fino ad arrivare a 289.000 previsti per il 2050). Presso La Réunion, le famiglie che accolgono sembrano essere considerate sempre di più come uno degli strumenti al servizio della politica gerontologica.
- I problemi economici:

La disoccupazione è molto rilevante e coinvolge circa il 30% della popolazione. La diffusione dell'accoglienza familiare consente alle famiglie di svolgere un'attività sufficientemente remunerativa per soddisfare i propri bisogni

Nella Réunion, la maggior parte delle persone anziane o disabili hanno pochi mezzi finanziari per pagare le proprie cure. L'aiuto sociale del dipartimento finanzia l'inserimento in famiglie che accolgono il cui costo globale è due o tre volte più basso rispetto al costo di un ricovero presso le strutture tradizionali.

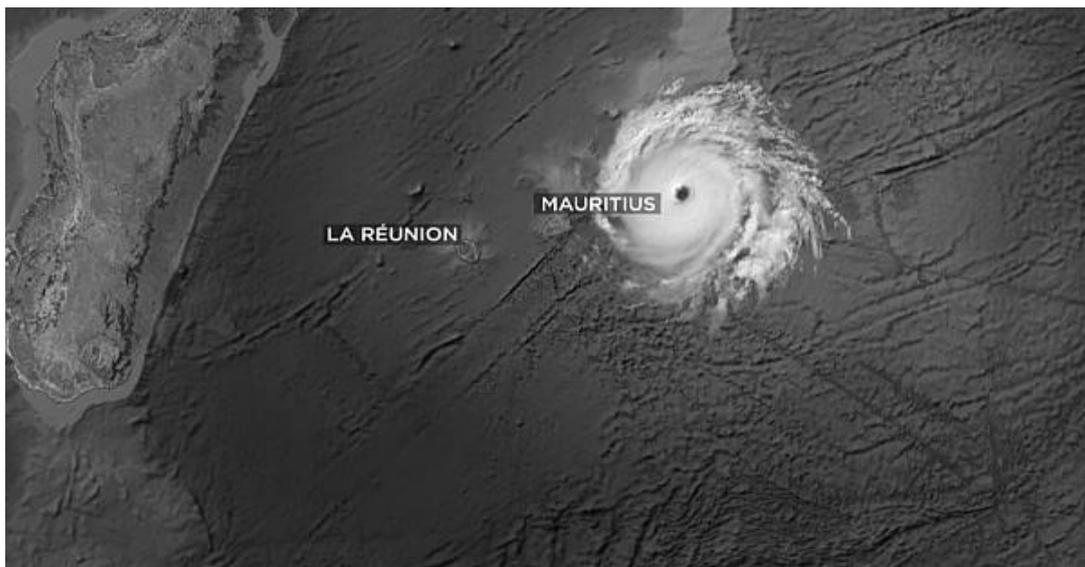


Figura 2. L'isola della Réunion si trova nella traiettoria dei cicloni tropicali, la cui stagione va da novembre a maggio, sebbene siano piuttosto frequenti anche tra dicembre e aprile. Il clima tropicale ha un forte impatto sulla vita sociale e relazionale degli isolani in quanto limita gli spostamenti e le occasioni di condivisione. Gli effetti, alle volte devastanti, sul territorio hanno

fortemente influenzato la situazione socio-economica del paese, rendendo ancor più difficile l'offerta di sostegno e supporto alle persone svantaggiate o con fragilità.

Oltre all'accoglienza familiare per anziani e disabili organizzata dai servizi sociali del dipartimento, nell'Isola della Réunion (come in altri dipartimenti francesi) esistono servizi psichiatrici che hanno predisposto lo IESA con dei caregiver pagati dall'ospedale e supportati dal personale sanitario al fine di rendere autonome le persone affette da disturbi psichiatrici all'interno di un processo di reinserimento.

La diffusione dell'accoglienza familiare coincide anche con una mutazione epocale della solidarietà familiare. Tradizionalmente, la famiglia risponde ai bisogni degli anziani¹ o delle persone disabili. Recentemente, si osserva una differenziazione delle forme familiari e l'emergere di nuovi ruoli maschili/femminili che, pur ispirandosi agli standard metropolitani, non abbandonano alcuni elementi della tradizione creola come l'importanza della famiglia, che produce una cultura basata sull'aiuto reciproco e sulla solidarietà: uno dei principi fondamentali della socialità e della vita comunitaria presso l'Ile de la Réunion. Così, i nonni vengono aiutati dai bambini e mantengono ancora il loro posto all'interno del nucleo familiare, come zii, zie. Tutti si sentono responsabili, anche il vicinato.

Pertanto, l'inserimento degli anziani nelle strutture è vissuto molto male dalle famiglie, quasi come un segno di abbandono.

La trasformazione degli habitat (dalla casa creola all'appartamento), la perdita di autonomia e l'allettamento degli anziani sempre più importante, la graduale scomparsa del medico di famiglia e la paura di ritrovarsi soli portano le famiglie a cercare "un'altra famiglia", generalmente non sconosciuta e vicina, nel comune o nel proprio quartiere.

L'accoglienza familiare diventa una nuova forma di forte solidarietà familiare presso la Réunion.

¹ Solitamente gli anziani vengono chiamati *gramounes*, termine che ha una valenza affettiva importante.