

PRIME IPOTESI E RIFLESSIONI PER L'INTEGRAZIONE DI UN SERVIZIO DI PRONTA ACCOGLIENZA PER ADOLESCENTI CON PROBLEMATICHE A RILEVANZA PSICHIATRICA ALL'INTERNO DELLA C.E. "12-18"

Da sempre, costituzionalmente, sensibili alle sollecitazioni del mondo che sta fuori dalla comunità, e per prassi attenti ai mutamenti della domanda, riteniamo che la proposta dell'A.S.S., di aprire a problematiche psichiatriche, meriti di essere approfondita e che tale approfondimento passi per la progettualità e per la pratica, e per la riflessione teorica, premessa di qualunque progetto ed esito, indirizzo e elemento contestuale di ogni prassi.

A fronte di una domanda che l'Amministrazione non sa quantificare, e che attualmente assorbe l'offerta, pare agli educatori, comunque, di dover essere disponibili. Da qui, dalla risposta positiva alla sollecitazione dell'A.S.S., si può cominciare.

Tuttavia, va ribadito che la comunità, il servizio, non sono in svendita: la comunità, la sua metodologia, la sua forma organizzativa, non devono essere snaturate da qualunque mutamento della domanda; né sarà possibile e/o credibile qualunque adattamento dei modelli di funzionamento sin qui elaborati e praticati - la comunità non è un'unità produttiva indifferenziata, bensì specializzata e le caratteristiche della specializzazione sono il limite certo della sua capacità "produttiva", nonché del processo di destrutturazione e ristrutturazione implicito nella proposta dell'Azienda per i Servizi Sanitari.

§

La comunità interviene nell'ambito educativo predisponendo progetti trasformativi destinati a adolescenti con personalità non ancora strutturata - adolescenti, per definizione, in fase evolutiva e che, per ragioni di ordine sociale, ambientale, familiare e psicologico, soffrono di disturbi evolutivi. In poche parole: gli ospiti della comunità non sono "cronici" (perciò non sono attendibili il paragone con l'esperienza dei Centri di Salute Mentale e il riferimento alla "reciprocità dei vantaggi" indotta dalla convivenza tra "acuti e cronici").

Senza discutere quella "reciprocità", che è un portato della pratica e della storia dell'esperienza psichiatrica a Trieste, è importante far chiarezza su di un punto cruciale: se la comunità fosse disponibile ad ampliare la sua recettività, consentendo l'accoglimento indiscriminato di adolescenti con problematiche psichiatriche, s'immetterebbe una dose elevatissima di provocazioni (manifestazioni eclatanti di sofferenza psichiatrica) nella quotidianità, tali da ingenerare, negli altri ospiti, processi di regressione incontrollati e slatentizzazioni repentine e improvvise, con corollario conseguente di agiti.

Deve esserci protezione, dunque, per gli altri ospiti della comunità, per i loro percorsi evolutivi, per i tempi e i ritmi di quell'evoluzione, che non può e non deve essere forzata da regressioni incontrollate e incontrollabili. Devono

esserci garanzie per la funzione primaria della comunità, affidataria di adolescenti che il TM ha ritenuto di dover allontanare dalle famiglie, di adolescenti che devono essere tutelati.

§

Come si organizza e si rende funzionante questa "protezione"? Chi e come fornisce questo servizio e come lo si integra con/nella comunità?

Forse con personale infermieristico all'uopo formato – intendendo dire, più precisamente, che la presenza di quel personale deve adattarsi alla metodologia della comunità: piccole cose, di ogni quotidianità, fatta di consuetudini, diritti (*privacy*), doveri, momenti (TV, pranzi e cene, feste, gite). Non ci possono essere interazioni operative disturbate, né improvvisazioni. Chi opera all'interno della comunità, che è la casa dei ragazzini che la abitano, per il tempo di quell'esperienza, deve farlo in sinergia con il personale educativo.

E' necessaria una *équipe* stabile, nella quale la "sinergia" sia la caratteristica funzionale della sperimentazione che si avvierebbe. Non che sia semplice, ma sarebbe necessario, entro una organizzazione e una metodologia che utilizzano la quotidianità non strutturata – o a strutturazione "aperta" – che per gli adolescenti con problematiche psichiatriche inviati alla comunità, la giornata fosse strutturata e il rapporto fosse 1:1. Solo così potrebbe essere possibile una convivenza, altrimenti devastante.

§

Tempi: si è parlato di 4/10 giorni di permanenza. La brevità fa presumere un "tempo di osservazione" che la comunità potrebbe garantire, se gli obiettivi fossero preventivamente enunciati, condivisi, e chiari. In un contesto di osservazione plurifocale (educatori, psicologo, neuropsichiatra) la comunità s'incaricherebbe di osservare e individuare le caratteristiche dell'adolescente in un contesto ambientale non stressante. E' chiaro che devono essere garantite e "gestite" sia la copertura farmacologica, che quella psicoterapeutica. E' altrettanto chiaro che l'*équipe* deve incontrarsi con frequenza assai ravvicinata, anche quotidiana.

E poi? Come si garantisce che terminato il periodo di osservazione cessi il ricovero? Se si dovesse rilevare l'impossibilità di un rientro in famiglia, e se l'esito dell'osservazione non fosse l'accoglimento in comunità, quali saranno le risorse in campo? Non le parole, ma proprio le risorse: le strutture residenziali, i denari, gli operatori. Non basterebbero, e sarebbero fallimentari, dichiarazioni volontaristiche, velleitarie o condizionate da un'ideologia del territorio indivisibile e, soprattutto, senza riscontro alcuno nella realtà cittadina e dei servizi.

§

Se il confine tra ambito terapeutico e ambito educativo è sfumato, e se tracce dell'uno si ritrovano nell'altro, tuttavia, esistono "segni di confine", sufficientemente visibili da non poter essere ignorati. La comunità è in grado di intervenire, di dispiegarsi in quanto risorsa, se la problematica psichiatrica non

è prevalente. La risorsa metodologica e organizzativa della comunità è maggiormente significativa quando può concretizzarsi nella presa in carico di malesseri, sofferenze, dolori e paure di origine reattiva. La comunità maneggia quella reattività e la tratta.

La comunità non può nulla nel confronto con disagi strutturali o, se si preferisce, con problematiche in cui l'elemento psichiatrico è prevalente. La comunità non può nulla, o troppo poco perché convenga, quando al suo interno sono immessi adolescenti la cui capacità relazionale è talmente disturbata, turbata, sofferente, da non consentire il rapporto con gli altri ospiti.

Perciò, nella sperimentazione si dovrebbero preferire adolescenti che sono stati protagonisti di forti agiti aggressivi, giovani con forti depressioni, ragazzini che esercitano la fuga in modo compulsivo. La "normalità" della "comunità-struttura di plausibilità" può essere l'ambiente non stressante del quale si è detto poco prima. Casi sociali con problematiche psichiatriche non prevalenti, coi quali sia possibile l'esito "accoglimento" in comunità perché è credibile il progetto trasformativo.

§

Come si entra in comunità? Pronto intervento, pronta accoglienza, fanno immaginare accoglimenti selvaggi. E' indispensabile, invece, che l'accoglimento sia preparato. Il *break-down* deve essere gestito dall'ambito sanitario (la NPI del "Burlo"). Solo così l'osservazione effettuata dalla comunità avrebbe senso e sarebbe finalizzata, perché interessata - mettiamola così - a persone uscite dalla fase acuta, dal c.d. "momento florido". L'osservazione, peraltro, dovrebbe cominciare già all'interno della struttura ospedaliera, quando la crisi è passata, quando la Neuropsichiatria Infantile del "Burlo Garofolo" ha già provveduto alla copertura farmacologica e ha avviato i colloqui. A questo punto potrebbe esserci il primo degli incontri che preludono all'accoglimento in comunità - si tratterebbe di una occasione per rappresentare al ragazzo la comunità e le sue regole.

In questo modo l'educatore - bisognerà capire chi e come - entra a far parte dello *staff* "clinico", seppure per quel che attiene l'ambito educativo, la sua specifica professionalità: la valutazione delle capacità relazionali minime indispensabili per convivere con altri coetanei.

§

La comunità mista, perché questo diventerebbe nel periodo di sperimentazione, ha bisogno di una rete formale e coerente che garantisca che il "caso" non sia 24 ore su 24 in carico alla comunità, né ai soli educatori (le recenti esperienze di chiacchiere fumose non possono né debbono ripetersi).

E' allora fondamentale l'occasione formale delle riunioni UOT/UOBA e C.E.. In questo contesto le C.E. sono parte integrante, componente paritaria. Quella sarebbe la sede in cui si decidono gli interventi, si individuano e si attivano le risorse. Non può che essere una occasione di prassi condivise, che attualmente non esiste e che è tutta da costruire. E parlando di prassi

condivise: oltre al protocollo già esistente per accoglimenti e dimissioni, andrebbe predisposto un nuovo protocollo per le procedure di accoglimento e dimissione riguardanti adolescenti con problematiche psichiatriche, nonché un protocollo che definisse ambito e metodo del gruppo di lavoro integrato ASS/Comune.

In quella sede andrebbe progettato, collegialmente, il percorso terapeutico per il ragazzo dimesso dalla comunità. L'individuazione non può più essere *in toto* delegata agli educatori della comunità. Che sia, dunque, l'ambito sanitario, anche per evitare facili critiche ideologiche - inutili e insopportabili - a definire un quadro realistico e accettabile delle risorse adeguate di tipo residenziale presenti sul territorio.

§

Infine, in ordine sparso:

- la comunità ha sei posti; due sarebbero riservati a adolescenti con problematiche psichiatriche (più o meno valutate in due o tre occorrenze all'anno); l'A.S.S. pagherebbe il vuoto per pieno? sarà evitato, in futuro, a fronte di una comunità che ospiterebbe soltanto quattro ragazzi, l'attacco subito in passato [...] con l'indicazione di chiudere in fretta visti gli alti costi e l'esiguo numero di "passaggi" in comunità. Se i ragazzi saranno 4, ciò sarà per scelta esplicita dell'Amministrazione;
- nel progetto 285 che si andrebbe a predisporre gli educatori devono essere presenti e visibili; non sarà un progetto della A.S.S. o della UOBA, né del Servizio Sociale Comunale, ma un progetto in cui sono presenti a pieno titolo e paritariamente, fatte salve le rispettive e specifiche competenze, le diverse componenti interessate;
- nel progetto 285 deve essere previsto, contestuale alla sperimentazione, un percorso formativo, (il momento della riflessione teorica, prima, durante e dopo) sui contenuti del quale ci si riserva di intervenire e di sindacare;
- se la sperimentazione dovesse far rilevare sconnessioni, assenze, rotture, tali da mettere a serio rischio ospiti e educatori (la salute mentale, certo, ma anche quella fisica, la loro incolumità), laddove i primi sono lì ricoverati per essere tutelati e protetti, e laddove i secondi sono stati specificatamente assunti per operare all'interno di strutture residenziali educative, deve essere possibile interrompere da subito l'esperienza, per correggerla, eventualmente, o per chiuderla;
- non è interesse degli educatori, e neanche della Amministrazione, che la comunità diventi un servizio sanitario;
- è chiaro che la situazione del personale delle comunità deve essere affrontata e risolta, sia con strumenti convenzionali - nodo Comune/Provincia - e concorsuali, sia con le sostituzioni - *team* di sostituzioni. Presso gli uffici comunali ci sia una persona individuata, col compito di occuparsi delle questioni amministrative delle tre comunità

alloggio (trasmissione relazioni, trasmissione orari, tramite col consorzio di cooperative per le sostituzioni, divulgazione ipotesi formative, riepiloghi per il giudice tutelare, conservazione della documentazione delle comunità);

- non è possibile affrontare il percorso cui ci si sta accingendo, nella situazione confusiva e di disagio provocata dalla soppressione del Servizio Minori;
- sia definito il ruolo dei responsabili delle comunità, la loro potestà di coordinamento riconosciuta, la loro funzione all'interno della rete sancita in modo inequivocabile, per stabilire livelli paritari indispensabili per il funzionamento di organismi complessi;
- sia data visibilità e rilevanza nazionale al progetto; in questo senso il CNCM potrebbe essere destinatario di informazioni circa le modalità della sperimentazione, circa gli esiti della stessa, nonché luogo ideale per il confronto fra esperienze;
- sia quindi riconfermata la associazione a quel coordinamento nazionale, non solo con le parole, né soltanto con i denari, ma riconoscendo e investendo risorse umane nella vita associativa;
- sia riconsiderata la necessità di formare e riqualificare il personale delle comunità, insistendo perché la Regione mantenga l'impegno assunto di portare a compimento il percorso di ri-qualificazione già cominciato e poi proseguito soltanto per gli educatori del privato e del privato sociale.