

# Esperienza pilota del VISITING

**I incontro presso la CT “PASSAGGI” di Carsoli (AQ)**

**23 ottobre 2009**

## **Partecipanti:**

- Marta Vigorelli, rappresentante di Mito e Realtà.
- Catuscia Passiu, Psicologa operatrice di "Passaggi".
- Luisa Buonarroti, Psicologa operatrice di "Passaggi".
- Giovanna Cimeli, Psicologa operatrice referente di "Passaggi".
- Edda Leopardi, Psicologa operatrice di "Passaggi".
- Antonello Angelini, Psicologo e Psicoterapeuta responsabile e socio fondatore di "Passaggi".
- Rita Bisanti, Psicologo e Psicoterapeuta, direttrice di "Villa Ratti" (Lombardia).
- Alessandro Bellotta, Psichiatra, responsabile clinico e Direttore Sanitario di Passaggi.
- Laura Nicolotti, Tossicologa e Psicoterapeuta, responsabile clinico de "Il Porto".
- Eva Galliano, Psicologa di "Passaggi"..
- Marino De Crescente, fondatore e responsabile degli ingressi e della Formazione e Ricerca di "Passaggi".
- Luca Gaburri, Psichiatra e Psicoterapeuta. Direttore Sanitario di "Le Vele".
- Matteo Biaggini, Psicologo, Vice responsabile dell'Unità di Reinserimento de "Il Porto".
- Sabrina Caponetti, Psicologa di "Le Vele", responsabile bassa protezione.
- Simona Vendola, Educatrice Professionale, coordinatrice di alta protezione di "Le Vele".
- Salvatore Costantino, Psicologo e Psicoterapeuta, Unità di Reinserimento di "Passaggi".
- Elisa Chiti, Psicologa operatrice di "Passaggi".
- Luigi D'Elia, Psicologo e Psicoterapeuta, fondatore di "Passaggi".
- Fernanda Benedetti, Psicologa e Psicoterapeuta operatrice di "Passaggi".

- Norma Garrido, Mediatore Culturale, operatrice di Unità di Reinserimento di "Passaggi".
- Stefano Alba, Psicologo e Psicoterapeuta, Responsabile programma terapeutico della comunità di "Passaggi".
- Chiara Saccà, Psicologa allieva Laboratorio di Gruppoanalisi

Lo scopo dei visiting è la formazione di una mappa di scambi culturali e clinici, fra comunità con standard "buoni". Il lavoro in comunità rischia di diventare totalizzante ed è frequente il vissuto di isolamento, sembra necessario quindi uscire dall'isolamento e confrontarsi. Il modello è quello inglese, senza adottarne la griglia di osservazione. Si sono scelti dei temi cruciali.

### **TEMA DEL MATTINO: LA RESPONSABILITA'**

A "Passaggi", fin dall'inizio, si è puntato alla diffusione delle responsabilità sia fra gli operatori, sia fra gli ospiti. La responsabilità è di chi sta nelle situazioni, non in vertici astratti, nel leader carismatico; è l'équipe che condivide la responsabilità, soprattutto dove il fine è il cambiamento. Nel modello psicomodinamico della relazione c'è una totale condivisione della responsabilità clinica: il paziente partecipa al cambiamento stesso, non è passivo. Si condivide anche la responsabilità economica con l'operatore che ha uno stipendio base e nel tempo contratta piccoli riconoscimenti. In istituzioni che non hanno come fine il cambiamento, maggiormente gerarchizzate o in comunità non ad impostazione psicomodinamica, la responsabilità è molto più polarizzata.

A "Passaggi" si lavora moltissimo sulla costruzione della motivazione degli ospiti: durante la fase di avvicinamento ci sono degli incontri a casa del paziente, anche se abita molto lontano. In questa fase, benchè spesso ci sia un servizio inviante, non c'è una delibera ed il rapporto è prettamente privato. Il servizio di appartenenza, tuttavia, non va mai by – passato, ma coinvolto anche in queste prime fasi. Successivamente si organizzano visite saltuarie in comunità e la prova di una notte. In Lombardia, dicono i rappresentanti de "Le Vele", non c'è questa possibilità, in genere gli ospiti provengono dalla regione.

Si parla della responsabilità di accogliere ospiti con problemi giudiziari, la cui condizione non permette di sfruttare tempi di inserimento lunghi. Le comunità Lombarde e

Piemontesi presenti accolgono pazienti del circuito giudiziario, trovandosi di fronte ad "ordini superiori" che impongono inserimenti quasi immediati. Spesso si tratta di pazienti giovani border che corrono il rischio, se non accolti al più presto, di essere stigmatizzati e cronicizzati. "Passaggi", viste le dimensioni ridotte della struttura, fa una selezione stretta, "si prende il lusso" di lavorare molto con la motivazione, escludendo gli inserimenti non gradualmente. I servizi adesso sanno quale tipologia di pazienti può essere accolta a "Passaggi" e in quali tempi e fanno una selezione. Il criterio, spesso, è la scelta del paziente. Così facendo, si verificano molti drop-out, ma poi in genere i pazienti ritornano. E' stato istituito un foglio di "uscita volontaria non concordata" con cui il paziente si assume la responsabilità del suo allontanarsi. Da parte sua, la comunità, di fronte ai drop – out, si riserva di avvertire chi ritiene debba esserlo e predispone una serie di condizioni per l'eventuale rientro, che va sempre concordato. D'altra parte, si assume anche la responsabilità di dare fiducia all'ospite, non chiudendo la delibera, in accordo con la ASL che la sospende per un mese. Emerge che esiste una tariffazione regionale ben precisa che contempla varie evenienze: i drop-out, le vacanze, i permessi straordinari ecc. ecc. Benchè l'Abruzzo venga descritto dai rappresentanti di Passaggi come una regione poco sensibile alla salute mentale, in cui manca una cultura psichiatrica di cura, sostituita da un mero contenimento farmacologico, sembra che in essa si sia trovato un buon equilibrio fra aspetti di cura ed aspetti amministrativi; fra aspetti economici, cultura, aspetti fondativi e personali. Anche le famiglie vengono responsabilizzate e coinvolte in questi aspetti.

Il direttore sanitario di "Le Vele" precisa che, benchè accolgano pazienti che scontano delle pene, e che quindi sono costretti ad intraprendere il percorso di cura, anche loro lavorano molto con la motivazione, dal momento che l'ubicazione della comunità, fra un asilo nido ed un luogo di spaccio di droga, renderebbe facile il ritorno a condotte devianti. Ciò che è molto differente in Lombardia è lo spazio di negoziazione con la Regione, praticamente assente. Dopo tre giorni di abbandono dell'ospite, la Regione si ritiene in perdita e non paga più la retta. Si attribuisce questo atteggiamento alla "cappa di efficientismo economico" che aleggia in ogni ambito amministrativo, in Lombardia dove, pare, non ci si possano permettere "buchi". In Piemonte, spiega il rappresentante de "Il Porto", i ricoveri non vengono pagati, ma c'è la stessa gradazione della retta che c'è in Abruzzo; è molto importante avere una buona alleanza con i servizi, è necessario mediare perchè si studi il percorso migliore per l'ospite. Aspetti economici, culturali, personali, di fondazione si

intersecano così da non permettere modelli passe partout applicabili ovunque. Vengono riportati due esempi, uno di piena collaborazione con il servizio di una paziente che ha pagato tutto, ed uno di un fallimento che ha riguardato un paziente per il quale è stata estinta la retta, visto che non c'era una buona alleanza con il servizio.

A "Passaggi" si lavora molto anche sulla sensibilizzazione dei servizi e sulla mediazione dei vincoli.; viene spiegato che ci sono voluti 3-4 anni perchè la comunità entrasse a regime, e ben dieci anni perchè la ASL in cui si trova, inviasse il primo paziente. Anche in questo caso, viene ribadito che Passaggi lavora molto sulla motivazione intrinseca e sulla qualità del lavoro. Aspetti economici e clinici sono intimamente congiunti ed anche le famiglie vengono responsabilizzate, con la richiesta di partecipare alla retta.

Il tema della responsabilità esige un confronto sulla presenza o meno in comunità di operatori di riferimento. A "Passaggi", all'inizio la responsabilità era equidistribuita fra gli operatori, poi si è deciso di individuare l'operatore di riferimento che costituisce l'interfaccia fra i curanti e l'ospite, fra la dimensione terapeutica e quella riabilitativa. Cura la fase dell'inserimento e la quotidianità. Ha un punto di osservazione privilegiato, vista la vicinanza all'ospite e costituisce la sua memoria storica, testimonia il suo percorso e si fa responsabile anche di scelte importanti di fronte al paziente, come quella di sospenderlo, se necessario. E' presente anche agli incontri con i genitori e funge da collante fra gli altri livelli. Questa grande responsabilità è stata attribuita agli operatori di riferimento perchè, spesso, gli ospiti modificano notevolmente il loro comportamento a seconda della persona con cui interagiscono e sono molto attenti a non "passare il limite" con chi ha il potere, con i curanti. E' stato dato, quindi, più potere agli operatori.

A "Il porto" c'è l'operatore di riferimento da sempre, mentre il medico è un consulente ed il referente dell'operatore è il responsabile dell'équipe. Nella struttura più piccola c'è un solo operatore di riferimento, mentre nelle due maggiori ce ne son o due. Si discute sulla differenziazione dei ruoli, su cui "Il Porto" si è molto evoluto, differenziando i compiti. Ciò che non cambia è che l'operatore è sempre molto centrato sulla relazione, sulla condivisione della terapia, è molto investito dai residenti e partecipa agli incontri con le famiglie. Ci sono anche due consulenti familiari che partecipano agli incontri e possono richiedere dei colloqui individuali con i familiari.

L'esperienza di Villa Ratti è un po' diversa: hanno tentato di porre un operatore di

riferimento, ma il progetto non è andato a buon fine; adesso ci sono educatori referenti per le attività, i gruppi casa, la quotidianità ed una caposala che tiene i rapporti con i familiari. Tengono l'ambito riabilitativo e quello clinico, che fa capo ad un referente, distinti. Il referente clinico è un medico psichiatra con formazione psicoterapeutica. Tutti i referenti si incontrano poi nell'équipe. In effetti, tutti concordano sull'importanza dell' équipe in cui "precipitano" tutti i ruoli, le funzioni ed i contenuti e sarebbe fondamentale analizzare, da un punto di vista gruppoanalitico, le dinamiche di questi incontri.

Anche a "Le Vele" è presente un referente, ma solo nell'alta protezione. Gli ospiti parlano con tutti e scelgono con chi si trovano meglio, anche se sono invitati a non confidarsi esclusivamente con uno. C'è poi un coordinatore che cura i contatti con i CPS e le famiglie e detiene la storia di ogni ospite e di tutta la comunità. Nella bassa protezione non si usa l'operatore di riferimento, nè il coordinatore. Ci sono due psicologi presenti per poche ore al giorno e gli ospiti sono molto responsabilizzati, tanto che scelgono anche i nuovi ingressi.

Vengono descritte le modalità di accesso a "Le Vele" e come viene fatta la selezione dei pazienti. C'è una prova gratuita di tre giorni, in seguito alla quale si decide, senza interpellare gli ospiti già presenti.

A "Passaggi" gli ospiti non sono direttamente responsabili della scelta dei nuovi inserimenti, ma vengono studiate le dinamiche di gruppo che si verificano: scissioni, proiezioni, scontri con il leader. A volte il nuovo arrivato viene escluso in pochi giorni. L'inserimento graduale serve anche a studiare la situazione in vari momenti e nel tempo. Anche quando il paziente sembra inserirsi facilmente, arriva sempre un momento in cui deve riscegliere, in genere dopo una crisi o un rientro a casa, assumendosi la responsabilità di restare anche dopo la fase di "luna di miele". I primi tre mesi non sono considerati un ingresso, ma un periodo di prova a cui segue una nuova negoziazione. Si sottolinea che l'alleanza terapeutica è un processo e che tale concetto è accettato anche in ambito giuridico, dove le consulenze stanno diventando più lunghe ed accurate.

Si parla dell'accesso all'Unità di Reinserimento. A Passaggi, visto che l'unità di reiserimento è giovane, non ci sono mai stati ingressi dall'esterno, ma sempre dalla comunità, ma si pensa di aprire la possibilità di accesso anche agli esterni. Per ora si tratta di un processo di dimissione soft. A "Il Porto" accettano, nella loro comunità "di fase avanzata", ingressi esterni, ma ciò crea molte difficoltà, perchè le persone che non vengono

dalla comunità sono avvertite come corpi estranei, non hanno una dimensione di appartenenza. In questo caso, i pazienti non scelgono chi resta e chi se ne deve andare; c'è uno psicologo di riferimento che media gli inserimenti, ma è sempre molto importante l'allenanza con il servizio inviante, affinché l'inserimento a la cura abbiano successo. Vengono riportati a tal proposito degli esempi clinici.

Si pone il quesito sulla responsabilità nei gruppi di équipe, dove si condivide e polarizza la responsabilità; dove convergono aspetti di potere, libertà e negoziazione e dove, inevitabilmente, viene portato il conflitto, necessario ed ineliminabile se c'è libertà, a meno che non si gerarchizzi la struttura e non si entri in una dimensione di regime. Il conflitto non riguarda, quindi, solo gli ospiti, ma anche gli operatori che, a volte, non si sentono legittimati a parlare. Forse temono di essere danneggiati e puniti? Fatto sta che tale difficoltà blocca il processo di apprendimento dall'esperienza.

Vengono descritti gli schemi secondo i quali ci si riunisce nelle varie comunità; alcune operatrici parlano dei propri vissuti di fragilità. A "Passaggi" si tiene una riunione settimanale di tre ore in parte clinica, in parte organizzativa; una volta al mese si riunisce l'assemblea, con gli ospiti, un gruppo mediano per gli aspetti organizzativi. Ogni settimana c'è poi il gruppo terapeutico per gli ospiti. Alla riunione d'équipe settimanale si lavora su due punti fissi: l'organizzazione e la quotidianità, che comprende le relazioni fra gli ospiti, fra gli ospiti e le famiglie, ma anche fra gli ospiti e gli operatori. La prima parte è dedicata a cosa succede nel gruppo terapeutico e nell'assemblea; successivamente si parla anche di clinica individuale e della richiesta dei ragazzi. Emerge la necessità, per gli operatori, di trovare delle "zone di decompressione", in cui confrontarsi per regolare reciprocamente l'ansia data dalla quotidianità con gli ospiti ed alla familiarità con le loro storie. Come ci si sente a contatto con gli ospiti per molte ore al giorno? Questo nodo centrale è stato affrontato negli anni passati in supervisione, ma non c'è ancora una vera condivisione. A "Passaggi" si è fatto l'esperimento di istituire dei gruppi di co-visione fra operatori, in cui discutere senza giudizio, senza prendere decisioni e senza gerarchia. Probabilmente però i migliori momenti di co-visione si verificano al cambio turno. Ciò che ribadiscono gli operatori è la loro sensazione di fragilità, accompagnata però dalla consapevolezza che ogni volta che riescono a parlare nel gruppo, questo li accoglie.

Sembra difficile stare sulla quotidianità, esplorare gli aspetti conflittuali, quindi in

gruppo devia e si intromette il tema della leadership. Ci si chiede con che leadership ci si debba confrontare e si fa riferimento al capo carismatico de "Le Vele" dove esiste un gruppo di responsabili. Il rappresentante de "il Porto" spiega che presso di loro si tiene un gruppo plenario con tutti i livelli e che se la responsabilità è troppo diffusa si rischia di non decidere. Contrapposto a questo stile, c'è la "dittatura dell'équipe" che a volte riguarda "Le Vele". Hanno inoltre una sorta di sostegno esterno, mentre manca una vera supervisione clinica. Si accenna al fatto che, più che di supervisione, si ha bisogno di una manutenzione attraverso il decentramento dell'équipe, come sta avvenendo nell'incontro odierno.

Si abbandonano il tema della leadership per un po', con la descrizione dei gruppi di équipe di "Villa Ratti" e si torna quindi alla quotidianità ed ai vissuti degli operatori. Ci sono tre momenti di consegna a cambio turno ogni giorno, una riunione quotidiana con gli ospiti, un'assemblea di comunità ogni due mesi circa, con un ordine del giorno deciso dai pazienti. Hanno deciso di partire sempre dalla verifica delle decisioni; hanno un osservatore del gruppo che studia le dinamiche del cerchio e che può dare un feed-back in presa diretta. Il coordinatore della riunione cambia ogni volta, si fa a turno; si cerca di parlare sempre di uno o due pazienti. A Villa Ratti hanno avuto anche la possibilità di studiare la percezione soggettiva dei partecipanti alla riunione ed è emersa la necessità di verificare le decisioni. In seguito a questa osservazione si è deciso anche di cambiare il coordinamento del gruppo ogni volta. In questo periodo si dà particolarmente voce al conflitto nell'équipe che riflette il conflitto fra gli ospiti.

Qualcuno fa notare che è importante anche lavorare sulle rappresentazioni che hanno i curanti dei pazienti, chiedendosi se esse sono integrate o non integrate. Più tardi, si legherà questo tema, così arricchente e presente nelle comunità in cui la responsabilità è gestita, al tema del conflitto che, in molti casi, non emerge nelle équipes. Avviene invece che il conflitto venga esplicitato verso gli altri, non all'interno del gruppo. Il conflitto tra gli operatori è forte soprattutto dove sono molto responsabilizzati e spesso prendono decisioni in disaccordo con il resto dell'équipe. Il conflitto è efficace quando apre al confronto, non al giudizio. Si riflette su quanto sia difficile accettare la critica che permette di creare nuovi spazi. La paura, spesso è che si perda il proprio lavoro, ed è necessario che ci sia coerenza nella critica, mentre va evitata la rabbia che blocca il processo.

Si torna a parlare di leadership. A "Le Vele" ci sono quattro capi: un presidente carismatico, responsabile di tutta l'area sociale e riabilitativa, il direttore del personale che gestisce gli

stipendi, il direttore sanitario che si occupa di ingressi e dimissioni e che partecipa alle équipes, un direttore amministrativo. Non si capisce quale capo debba, a buon diritto, partecipare alle riunioni. Ciò aggrava le difficoltà degli operatori ad esprimersi nel gruppo e fa insorgere vissuti persecutori. Si ribadisce la difficoltà di far emergere i conflitti nelle équipes o nelle supervisioni, mentre emergono nel rapporto duale fra ciascun operatore ed il coordinatore. Ma se non si riesce a superare l'interdetto fra gli operatori, come si supera l'interdetto psicotico dei pazienti? Si sta sperimentando un gruppo nuovo, un'assemblea settimanale con gli ospiti, per parlare di quotidianità, clima umano e dei rapporti con gli operatori. I contenuti emersi vengono poi portati all'équipe settimanale, ma non in modo sistematico come avviene a Passaggi. Si tratta di riunioni consultative non obbligatorie, durante le quali viene redatto un verbale dagli ospiti che viene reso pubblico, disponibile anche per chi non partecipa. Nella struttura a bassa soglia non c'è riunione d'équipe perchè sono due operatori, entrambi responsabili e la riunione con gli ospiti è a richiesta. In questo caso, il rapporto operatore-paziente è alla pari e personale, non si può delegare. La gestione clinica è demandata all'esterno. La permanenza in comunità di bassa soglia è di massimo tre anni. Si portano alcuni esempi clinici.

Viene riportata l'esperienza de "Il Porto". Comprende tre strutture con tre équipes più dei consulenti. Qui gli operatori sono meno infantilizzati che altrove, prendono decisioni autonomamente e vengono recuperati elementi di naturalezza, senza che si resti ingessati in ruoli e funzioni. Sono stati fatti tentativi di dare freschezza alle strutture ed opportunità agli ospiti: partecipazione a gare sportive, bar e ristoranti interni che provocano reazioni nell'équipe.

Viene rilanciato il tema della conflittualità legato alla responsabilità, ma si fa fatica ad affrontarlo, in qualsiasi ambito. Quando si riesce ad affrontare il conflitto, a non buttarlo fuori, il gruppo lo integra, lo accetta, altrimenti c'è paralisi. Viene fatto un esempio relativo ad un ospite di "Passaggi", conclusosi con una sospensione decisa dall'operatore in turno. Si ricorda che in passato, quando un operatore sospendeva un ospite, non sempre veniva appoggiato dai responsabili. I familiari spesso non comprendono la sospensione, o sono in difficoltà a riaccogliere l'ospite, mentre il servizio inviante in genere appoggia la comunità.

Si conclude che la possibilità di dare responsabilità agli operatori è data dal processo di formazione autonoma e dalla profonda lettura psicomica. Ciò che va salvaguardata, sempre, è la coerenza. Si tocca anche il tema dell'errore, che fa parte del lavoro, mentre è



difficile ammetterlo. Riconoscere lo sbaglio, così come reintegrare il conflitto, permette di andare avanti.

## **TEMA DEL POMERIGGIO: LE DIMISSIONI**

Il problema del reinserimento si pone soprattutto quando non ci sono risorse nè nella famiglia nè nei servizi invianti; spesso in queste situazioni ci sono anche poche risorse personali del paziente. La comunità deve essere un luogo di transito per definizione, ma deve "inventarsi" qualcosa per queste situazioni più critiche, deve avere una funzione creativa. Questo tema in particolare verrà ripreso nel prossimo visiting.

Tutti sono concordi nel dire che spesso il problema è di costi, ma è necessario valutare anche le risorse affettive. In molti casi si tratta di adottivi, senza una famiglia alle spalle, che arrivano "matti e abbandonati". A "Passaggi" moltissime dimissioni sono problematiche perchè i servizi, soprattutto al sud, non hanno risorse. Viene riportato l'esempio di un ospite di Passaggi, oggi in Unità di reinserimento, che dopo una dimissione fallimentosa è stato messo in unità di reinserimento ed ora sta concretamente preparando l'uscita; ma si conviene che è un caso "fortunato" perchè ci sono almeno risorse economiche. Ma se non ci sono neanche quelle come fai a dimettere il paziente? - Ci si chiede.

Si riporta un incoraggiante esempio relativo ad un ex ospite di "Passaggi" che adesso conduce una vita a Carsoli con sufficiente autonomia, nonostante provenisse da un percorso di quindici anni di istituzionalizzazione. Come lui, ci sono stati altri successi, si raccontano alcune storie di pazienti di "Le Vele" e di "Passaggi".

Purtroppo, spesso la dimissione è un nuovo passaggio in SPDC.

Si riflette sulla mancanza di risorse affettive. Gli ospiti dell'unità di reinserimento di "Passaggi", pur avendo fatto molta strada, non hanno ancora l'esperienza sociale per essere autonomi. Si sta lavorando sulla possibilità di aiutare gli ospiti a trovare una casa ed un lavoro, ma mantenendo un contatto con la comunità, dove tornare per dei colloqui. Per qualche ora potrebbero avere anche l'operatore a casa, ma sperimentando la realtà del cambiamento fuori dalla comunità. Il dubbio è se sia peggio dimetterlo troppo presto o tenerli in comunità troppo a lungo. A "Passaggi" i percorsi sono brevi, durano un anno e mezzo - due come media, anche se i tempi si sono un po' allungati perchè ci si rende conto che i processi terapeutici hanno bisogno di tempo; a "Le Vele" tre anni, ma in realtà la

maggior parte permane per percorsi molto più lunghi, alcuni pazienti sono ricoverati da più di dieci anni. A "Villa Ratti" restano in media due anni, anche se il contratto va di sei mesi in sei mesi; a "Il Porto" i percorsi durano circa un anno. Il rappresentante de "Il Porto" suggerisce che una persona si occupi solo della sistemazione sul territorio, che trovi risorse e che abbia tempo e dedizione. Il direttore di "Passaggi" pensa che la loro idea di sdoppiare il programma vada proprio in questa direzione, di dare possibilità sociali e personali. Si mette in luce la necessità che anche il paziente si responsabilizzi e che cerchi delle soluzioni, correndo il rischio; solo così può emergere la resilienza di ciascuno che, nella fase di ricovero, è in incubazione ma non emerge. La comunità si costituisce riferimento per chi esce, fornendo sostegno, psicoterapia "a scalare" ed aiuto pratico nella ricerca delle opportunità lavorative. Si riflette su quanto sia difficile, per la comunità, accettare di lasciare andare i pazienti e sui paradossi che a volte si creano: da un lato gli ospiti sono considerati bisognosi di tutto, dall'altro si fa la fantasia che lavorino. In realtà, dietro a questa fantasia, c'è l'aspettativa inconscia che il peggio venga portato all'esterno, preservando la quiete in comunità. Si cerca di fare però un esame di realtà ed un tentativo di deidealizzare le comunità. Secondo il rappresentante di "Le Vele" il paziente va restituito al servizio, senza accaparrarselo. Si fa riferimento al fatto che a volte è funzionale alla sopravvivenza delle comunità pensare che i servizi siano insufficienti ed inadeguati. Forse la pretesa di tenere sul territorio della comunità tutti i casi difficili è irrealistica e alla lunga irrealizzabile. Qualcuno suggerisce un certo fatalismo "Chi è sfortunato è sfortunato...", a cui si contrappone la necessità di promuovere un "intenzionamento", una sensibilizzazione delle famiglie. Si suggerisce la possibilità di fare delle verifiche periodiche con i servizi, dopo le dimissioni. Ci si chiede se non ci sia una sorta di collusione con i servizi che non hanno un progetto dopo la fine della delibera. Si tende a non sollecitare il servizio per tempo, prima che cessi la presa in carico, perchè finchè il servizio paga non si pone il problema.

Nelle intenzioni il progetto terapeutico prevede il paziente, il servizio e la famiglia, ma nella pratica si sta pensando adesso di organizzare dall'inizio degli incontri con questi tre soggetti. Le comunità dovrebbero prendersi la responsabilità di mettere insieme le cose e, eventualmente, di dimettere sei mesi prima i pazienti per fargli fare un percorso esterno.

Forse un'altra cosa da fare è mettere il paziente e le famiglie di fronte all'operato del servizio e spingerli ad attivarsi, a contrattare direttamente con il servizio. Ci sono dei momenti in cui

la comunità si deve sottrarre, persino dimettere, per lasciare emergere le risorse dei pazienti e dei servizi.

In chiusura, si fa l'ipotesi di una comunità che si dimette e crea una rete permanente esterna, sul modello delle "reti naturali" del Niguarda che prevede la possibilità di usare gruppi di auto – mutuo – aiuto e formule di "buon vicinato abitativo" nella regione in cui il paziente decide di rimanere. Per fare questo, ci vogliono delle équipes ad hoc, come avviene a "Le Vele", dove il fondatore ha costituito la cooperativa "il germoglio" che, sganciata dalle comunità, lavora sulle reti sociali, nonostante le difficoltà economiche che si trova ad affrontare.