Essere umani….anche e sempre

Maria Vittoria Bonanno | 31 Ottobre 2018

La sofferenza sembra riuscire ad attivare solo uno spazio, di domande e risposte, pronte e semplici da applicare per annullare o risolvere il problema. Ma così facendo si corre il rischio di perdere la dimensione della complessità, la capacità di tenere aperte le domande, di chiedersi il perché dei nostri comportamenti almeno due volte, di continuare a rivolgersi agli altri ancora come esseri umani…

La mia esperienza in ambito psichiatrico si è sviluppata prevalentemente all' interno dei progetti che E.N.A.I.P. (Ente Nazione Acli Istruzione Professionale) ha realizzato, in Italia e nel Lazio in particolare, a partire dal 1985 fino a metà degli anni '90; progetti realizzati con il supporto dei programmi comunitari e con una forte vocazione alla sperimentazione e al confronto tra diverse realtà e modelli presenti nel contesto italiano, come Trieste, ed europeo.

L'esperienza di Rieti, voluta da E.N.A.I.P. anche in risposta a richieste proveniente dal Servizio di salute mentale della USL, proponeva per la prima volta interventi di formazione professionale per giovani con problemi psichiatrici. Al "Capannone", nome con cui era conosciuto il centro di Rieti, venivano proposti corsi per i mestieri di falegname, giardiniere-florovivaista e tipografo-rilegatore.

Ma si trattava di un modello molto particolare: gli allievi con il supporto di docenti, di artigiani ed esperti, di animatori sociali e di operatori sanitari del servizio pubblico, apprendevano il mestiere partecipando alla creazione di una cooperativa sociale di produzione e lavoro, all'interno della quale potevano svolgere poi attività lavorative, regolarmente retribuite.

La cooperativa "*Lavorare per incontrarsi*", è stata la prima cooperativa nata nel territorio per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichiatrici, aprendo la strada per tante altre esperienze. E' tutt'ora attiva, anche se con un nuovo nome, è si pone gli stessi obiettivi e vede ancora la presenza attiva di alcuni soci fondatori; si occupa principalmente di lavori

tipografici e oltre a sei soci lavoratori, accoglie in tirocinio formativo, altri giovani e adulti con problemi psichici e di dipendenze.

Dal 1986 è stato aperto anche un centro diurno realizzato sempre dall'E.N.A.I.P. – in collaborazione con il Comune di Rieti e il Servizio Psichiatrico USL – finalizzato alla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Rieti, in quel momento ancora funzionante con circa 120 ricoverati, e a realizzare strutture residenziali di accoglienza per le persone dimesse.

Il centro diurno, presente sempre al "Capannone", accoglieva una trentina di persone ricoverate in O.P.; per la maggior parte si trattava di persone internate da lungo tempo, spesso dalla prima infanzia (con un'età media di 30/35 anni), ossia di adulti molto istituzionalizzati, con problemi di handicap psico-fisico e patologie psichiatriche cronicizzate. La maggior parte di loro non aveva ormai da anni contatti con l'esterno e viveva in totale stato di abbandono.

Il centro era gestito da sette operatori sociali, con formazione ed esperienze diverse, soprattutto in ambito di animazione e assistenza a disabili. Il lavoro con le persone, proseguito fino al 1991, era organizzato attraverso dei laboratori che intervenivano su diverse aree o abilità: quella del *recupero di autonomie primarie* (alfabetizzazione di base con attività di disegno e manipolazione, gruppo di alfabetizzazione per il recupero di abilità di lettura e scrittura, gruppo di lettura e discussione su temi scelti); dei *bisogni primari* (organizzazione di spazi personali e di gruppo, cura della persone e igiene, gestione del denaro e acquisti) dei *laboratori pre-professionalizzanti* (falegnameria, tessitura e cucito, laboratorio scenografico, orticultura). Inoltre venivano proposte attività di socializzazione come uscite e visite in città e/o nei propri luoghi di origine, o la partecipazione e organizzazione di momenti di incontro, quali feste e cinema.

Sono state utilizzate tecniche di animazione (teatrali, espressivo-manipolative, corporee, musicali) per facilitare l'espressione di sé, la riappropriazione di abilità individuali, la riflessione su sé stessi e sul gruppo; si é utilizzato molto anche il lavoro in gruppo, con momenti assembleari e di piccolo gruppo, attraverso i quali sviluppare e consolidare le relazioni e la comunicazione. Il lavoro del centro era arricchito da attività didattiche e di animazione nelle scuole elementari della città e da brevi esperienze residenziali di vacanza con piccoli gruppi di ospiti, dove si poteva sperimentare la vita di tutti i giorni e lasciarsi alle spalle, per un breve periodo, l'istituzione.

Negli ultimi tre anni (dal 1989 al 1991), tutto questo lavoro è stato finalizzato alla realizzazione e al passaggio di alcune persone in case famiglia dislocate nel territorio provinciale (Cantalice e Rieti). In collaborazione con i Comuni che avevano aderito all'iniziativa, sono stati individuati tre appartamenti e poi, con il coinvolgimento delle stesse persone che sarebbero andati ad abitarle, sono stati arredati e organizzati gli spazi di vita.

Una volta in casa gli utenti, con il supporto di operatori sociali e sanitari hanno, re-imparato a gestire la vita quotidiana, a conoscere i vicini e il luogo in cui vivevano, cercato di riprendere i contatti con i familiari. Questa esperienza si è conclusa con l'apertura di tre case famiglia e le dimissioni dall'O.P. di 15 pazienti.

E' stato poi avviato un progetto dentro l'Ospedale Psichiatrico (1991/1994*)* ancora aperto al momento e in condizioni di grave deterioramento, promosso, come il precedente, dall'E.N.A.I.P., in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale di Rieti e finanziato dalla Regione Lazio. L'obiettivo era quello di incidere sulla struttura manicomiale per favorire un cambiamento dall'interno che andasse a modificare in primo luogo le condizioni di vita dei pazienti e favorisse la preparazione di questi e del personale verso nuove situazione di cura e assistenza all'esterno (quali case famiglia o comunità alloggio); il gruppo di lavoro era composto in parte dagli stessi operatori del centro diurno e in parte da operatori provenienti da esperienze di formazione professionale.

L'intervento si strutturava, come il precedente, con *attività di formazione* (falegnameria, impianti sportivi e aree verdi, servizi di pulizia e lavanderia) *e di riabilitazione* (cambiamenti organizzativi, interventi di riabilitazione sanitaria, socializzazione e realizzazione di comunità alloggio) ma avveniva all'interno dell'istituzione in collaborazione con il personale sanitario. Il gruppo di pazienti era composto da sessanta persone, di cui una piccola parte aveva partecipato alle attività del centro diurno, mentre tutti gli altri erano persone rinchiuse da molti anni nell'istituzione e con gravi patologie psichiatriche cronicizzate e aggravate dal deterioramento istituzionale.

La situazione all'interno si presentava esattamente come quelle descritte nelle istituzioni manicomiali prima della riforma, con reparti aperti dove le persone girovagano abbandonate a sé stesse e reparti chiusi dove si trovavano persone con gravi disabilità o molto deteriorate, il tutto aggravato da un forte stato di abbandono e incuria derivante dall'annunciata e forse prossima chiusura.

Nonostante una serie di rigidità, derivate dall'essere in un struttura istituzionale, siamo riusciti ad avviare un processo di riabilitazione; le condizioni di vita sono un po' migliorate, le persone hanno cominciato ad uscire o ad organizzare attività all'interno che hanno aperto il luogo a nuovi rapporti. Il personale ha iniziato a modificare il suo atteggiamento nei confronti dei pazienti, almeno in parte, e ad accettare la possibilità di lavorare in un altro modo.

I due reparti coinvolti sono stati organizzati *in piccole comunità di dieci/dodici persone*, che, pur se dipendenti ancora dall'organizzazione generale del manicomio, hanno consentito un primo e parziale recupero di autonomia alle persone coinvolte. L'esperienza non si é conclusa con la chiusura del manicomio, avvenuta solamente nel 2000, ma ha consentito la realizzazione di una quarta casa famiglia esterna e di tre comunità residenziali all'interno

della struttura.

Questo racconto offre solo una rapida e sintetica descrizione degli eventi di quel periodo che non riesce a rendere conto pienamente dell'entusiasmo, delle fatiche, delle sofferenze, dei problemi, dei successi, delle tensioni, dei cambiamenti che li hanno caratterizzati e accompagnati.

Mi piace, per far comprendere meglio quel clima, aiutarmi con una piccola storia, quella di una delle persone ricoverate in O.P., che un giorno è uscita con due operatrici per comprarsi un vestito. Anna, la chiameremo così, era stata ricoverata molto giovane, e non era più uscita da quel luogo da almeno quarant'anni, molti dei quali passati legata a letto, perché aggressiva e autolesionista. Un giorno, veniva da poco al reparto dove stavamo lavorando, le chiediamo se, invece di portare sempre le solite vestagliette dell'ospedale, vuole andare in città per comprarsi un vestito nuovo, e lei, combattuta tra rifiuto e curiosità, dice di si.

Entriamo in un negozio di abbigliamento da donna e le proponiamo alcuni abiti che con fatica accetta di provare; intanto le commesse ci osservano tra l'incuriosito e il preoccupato. Esce con indosso un abito di maglia di un bel color ciclamino e con preoccupazione si guarda allo specchio, e poi, con un gran sorriso, dice alle operatrici "guarda, guarda anche le matte so' belle, anche le matte so' belle, anche Anna è bella".

Sono passati molti anni ma questa frase e questo momento mi sono rimasti nella memoria per l'emozione che ha coinvolto tutti i presenti, commesse comprese, e per il significato, diverso per ognuna di noi, di riparazione che sembra proporre (Anna è poi andata a vivere in una casa famiglia esterna seguita con una minimo supporto diurno da operatori sociali).

Credo però che la parte più potente delle frase sia quell'*anche* che per me sottolinea e sintetizza la filosofia o se vogliamo la strategia con cui abbiamo costruito tutti gli interventi che ho descritto: l'attenzione e il valore della/delle persone con cui stavamo lavorando. Indica la possibilità di recuperare, dopo e attraverso dolori, patologie, sofferenze, una dimensione individuale di essere umano tra altri esseri umani. Nelle relazioni, come dice Paul Ricoeur, "*C'è un livello in cui la reciprocità si impone. Ma è nella stima e nel rispetto, non nella capacità di essere o di fare. […] Vale a dire che il folle, il moribondo sono ancora uomini. E' necessario che io mi rivolga a loro ancora in quanto esseri umani*." (Y. Pelicier, "Etica e vivere bene. Conversazione con Paul Ricouer" (in CIPA a cura di) *Il male,* Raffaello Cortina, Milano 2000 p.6)

Questa espressione descrive, con parole più chiare e comprensibili per l'epoca attuale, le modalità con cui ci si avvicinava in quegli anni al lavoro sociale e alle persone in difficoltà. In ENAIP si chiamava proposta formativa e parlava di "centralità delle persona", concetto e modello operativo analogo a quello promosso dal lavoro anti-istituzionale avviato attraverso

le esperienze di chiusura dei manicomi e di organizzazione dei servizi territoriali (Gorizia e Triste in primo luogo e poi Arezzo, Perugia, Roma, ecc.). Un percorso di restituzione, socializzazione e riabilitazione che aveva al centro la persona e il recupero di dignità e diritti, realizzato attraverso un prendersi cura attento ai diversi livelli e alle loro interazioni, quelle dell'individuo, del gruppo, dei familiari, delle comunità di riferimento e delle istituzioni.

A distanza di tempo e in condizioni sociali diverse, ciò che resta importante di questa storia e dei cambiamenti che ha prodotto, è quell'approccio alla sofferenza che considera e valorizza in primo luogo il soggetto che ci si trova dentro, accolto e ascoltato nella sua intera storia e condizione; modalità non abituale di rapporto con i pazienti psichiatrici, "i matti", esseri estranei e pericolosi nell'immaginario di molti.

Riportando l'attenzione al momento attuale mi sembra, dalla mia esperienza sia nella formazione professionale che nell'attività terapeutica, che sia sempre più presente, sia dal lato della domanda che da quello delle possibili soluzioni, una modalità di interazione spesso accompagnata da una dimensione di urgenza, immediatezza, rapidità; la sofferenza sembra riuscire ad attivare solo uno spazio, di domande e risposte, pronte e semplici da applicare per annullare o risolvere il problema. Ma così facendo si corre il rischio di perdere la dimensione della complessità, la capacità di tenere aperte le domande, di "*chiedersi il perché dei nostri comportamenti almeno due volte* "(Savater, 2009), di continuare a rivolgersi agli altri "*ancora come esseri umani*".

Tags: Enaip Rieti Trieste