**17/05/2018**

**Questo (non) è un resoconto su un’esperienza in una Comunità terapeutica del DSM ASL RM 3.**

**Alessio Civerra, Gruppo L.**

A inizio Febbraio vengo contattato da un coordinatore di cooperativa per cui lavoro per una proposta di lavoro come operatore presso una Comunità terapeutico-riabilitativa per giovani pazienti psichiatrici del DSM ASL Roma 3, vicino al quartiere Trullo. Fissiamo un incontro a cui partecipa anche la” responsabile di area”, cioè la referente di cooperativa che coordina il personale di diversi servizi residenziali di quella ASL. Il coordinatore mi descrive la comunità come un posto “difficile”, oltre al personale ASL c’è anche un’altra cooperativa. Dice che c’è un clima di conflitto, “noi” siamo arrivati dopo e con il tempo abbiamo trovato “il nostro spazio”. Parla dell’ iniziale difficoltà di rapporto con i colleghi, descritti attraverso comportamenti ostili, “non salutavano, ti ignoravano”. Adesso dice che va molto meglio, perché da quando lavora lì ha fatto tanto: si è inserito nei rapporti, riorganizzato la gestione della cucina, della spesa, ha comprato una lavastoviglie. Comincia a parlarmi di quanto per lui sia impegnativo organizzare i turni in accordo con la caposala ASL, con il coordinatore dell’altra cooperativa, della grande disponibilità che si aspetta da me. Aggiunge inoltre che “noi” non siamo mai di turno insieme. La questione delle ore e dei turni occupa gran parte del discorso. Mi parla delle attività che si fanno, i pasti vengono preparati in comunità e cucinare occupa gran parte della giornata, poi ci sono le mansioni di gestione della quotidianità; si fanno alcune attività interne, laboratori, gruppi. Non capisco molto, dal modo incalzante in cui mi parla faccio la fantasia che non abbia modo di parlare della sua esperienza in quel contesto. La responsabile di area mi dice che sarà “sincera”con me: il problema è che ci sono i “fagiolini”, cioè che gli operatori dell’altra cooperativa e lo psichiatra responsabile del servizio sono “seguaci” di Massimo Fagioli, “fanno gli psicologi”. Mi mette in guardia: dice di essere contenta che io sia uomo perché lì, sia tra personale ASL che tra le due cooperative, ci sono molte donne e c’è “competizione”, “tutti parlano male di tutti”. Per uscire dal pantano che sentivo, chiedo dei pazienti. “Ah si, i pazienti sono carini” dice il coordinatore; sono 16, tutti tra i 25 e i 35 anni d’età; molti fanno tirocini, studiano, vanno al Centro Diurno e comunque sono molto “autonomi”, anche nella gestione dei soldi. Sembrava un incontro per “dirmi tutto”, per prepararmi a un contesto che già sentivo “ostile”. Ci diamo l’appuntamento per la riunione di servizio che si tiene una volta al mese e concordiamo di fare successivamente alcuni turni di affiancamento con gli operatori di cooperativa prima di iniziare ad Aprile.

La comunità è una palazzina di tre piani e si trova in una stradina tranquilla di una zona residenziale di villette. All’entrata c’è un vigilante. Prima di entrare il coordinatore mi suggerisce di dire che sono psicologo e che ho esperienza dei servizi. C’è un grande movimento, noto che a differenza di altri posti qui è facile capire la differenza tra gli operatori, che sono “grandi”, e i pazienti che sono “piccoli”. Prima della riunione il coordinatore mi presenta i vari operatori della comunità: il responsabile, il caposala, l’assistente sociale, tutti gli operatori di entrambe le cooperative e buona parte degli infermieri. Il personale del servizio è composto da 18 tra operatori e infermieri. La riunione di servizio è un momento molto confuso, c’è una chiassosa amicalità tra tutti, si scherza e si fanno battute sessuali. Mi viene in mente il “davanti-dietro” e mi chiedo dove si fa finta. Gran parte del tempo viene utilizzato per parlare in successione dei vari pazienti. In alcuni casi i toni sono concitati, a volte assumono i connotati di una convulsa riunione di genitori che commenta la condotta dei figli. Gli infermieri, molto partecipi, riportano gli eventi più significativi avvenuti durante le varie attività quotidiane. Gli operatori invece sembrano più in disparte. Si parla di piedi puzzolenti, del disordine delle stanze; “quella è la malattia” sentenzia qualcuno. Si parla del braccare un paziente che non vuole farsi il depot. Il linguaggio utilizzato, soprattutto dal responsabile, degenera spesso nell’estremo volgare, in particolare quando si sfiorano i temi del rapporto con le famiglie “perverse”, da cui allontanarli quale finalità, e la burocrazia che non permette di lavorare. Mi torna alla mente l’esperienza di Francesco Betti presso l’associazione a San Basilio e le parolacce dei ragazzi. Un linguaggio che denota rabbia e impotenza. Poi il responsabile si ricorda che tanto tra due anni va in pensione e la prospettiva lo risolleva. Si parla di dimissioni anche in vista delle numerose richieste di accesso. Se ne valutano alcune; “prendiamo quelli con cui possiamo fare qualcosa”, dice il responsabile riferendosi ad un paziente che per i suoi comportamenti provocatori teme possa squilibrare la vita di comunità, “si li vogliamo sani” aggiunge ridendo un infermiere. Come criterio di valutazione per i nuovi accessi, il responsabile allude alla distinzione tra “problema psichiatrico” e “problema sociale” come orientante la scelta. La riunione si diluisce in un vociare diffuso e si conclude.

Dopo la riunione il coordinatore mi porta a fare un giro per la comunità, è nuova e con ampi spazi, la sala pranzo, salotti con televisori giganti ad ogni piano, una sala strumenti musicali molto attrezzata e una cucina fornita. Una lavanderia e terrazzino con le grate, dove si stendono i panni e si fuma. Hanno anche un giardino dove coltivano ortaggi. “E’ difficile da controllare tutta” dice, quando commento la grandezza della comunità. Per gli operatori ci sono tre stanze, una è del responsabile, un’altra piccolina di medicheria per gli operatori e infermieri, infine la stanza delle riunioni per la caposala. Nella piccola medicheria noto che non ci sono abbastanza sedie, considerando che in turno ci sono sempre 4 operatori, mentre ce ne sono pile intere nella grande stanza della caposala. Faccio la fantasia che in quel posto non ci si ferma mai.

I primi giorni cerco di capire come funziona la comunità: durante la settimana si fanno alcune attività come il giardinaggio, un laboratorio di lettura di libri, l’assemblea di comunità il venerdì pomeriggio dove si fa il punto sui rientri in casa nel fine settimana. Un gruppo di “psicoeducazione” e un “gruppo psicoterapeutico” condotto dal responsabile, una volta al mese. Settimanalmente alcuni pazienti fanno dei colloqui detti di “psicoterapia” con gli operatori dell’altra cooperativa. Ai gruppi di psicoeducazione e a quello psicoterapeutico “noi” non partecipiamo. Ci sono le riunioni di servizio una volta al mese, ci sono le “riunioni cliniche” tra responsabile e operatori che effettuano la “psicoterapia” e poi ci sono le riunioni tra infermieri. Penso alla questione degli “spazi”evocata dal coordinatore: sembra che ognuno abbia il “proprio”. Per le comunicazioni c’è il quaderno delle consegne, “leggilo sempre e non scriverci mai, è degli infermieri”. Non ci sono cartelle cliniche o quelli che io chiamerei “contratti di accoglienza”. C’è il gruppo whatsapp per le comunicazioni di servizio per informare delle decisioni prese dal responsabile o nelle riunioni cliniche riguardo i nuovi accessi o “strategie di intervento”. Le accoglienze consistono in un periodo di tempo in cui il paziente progressivamente comincia a partecipare alla vita di comunità per poi arrivare all’accesso definitivamente. Mi viene in mente l’affiancamento. Anch’io comincio nello stesso modo.

Durante i turni di affiancamento gli operatori svolgono il loro lavoro come sempre, nonostante ci fossi io lì affianco, chiedo come posso essere utile, non scambiamo molte parole, nemmeno quando gli chiedo dei pazienti. Mi sento invisibile. Sembra che la proposta sia “guarda e impara”, mi sento spesso in addestramento per imitazione. Passiamo molto tempo in cucina, i pazienti sono incuriositi dalla mia presenza, mi chiedono da dove vengo, quanti anni ho: “ah siamo coetanei!”.Qualcuno mi chiede di fumare insieme, sembra un pretesto per conoscerci. Alcuni fin da subito mi parlano di loro, di quello che fanno, sembra che parlare con uno “nuovo” li possa far sentire nuovi anche a se stessi. La convivenza sembra però occupata dallo svolgimento delle mansioni quotidiane, come la preparazione dei pasti. In questi momenti gli operatori assumono un atteggiamento direttivo, quasi vessatorio, con rimproveri e persino punizioni. Sembra a volte di essere ospite a cena in casa di un’altra famiglia e succede che inizia una discussione a cui tuo malgrado assisti imbarazzato. E come nelle famiglie dopo i litigi si torna a scherzare come fosse niente. Inizialmente lo vivevo come un rapporto dalla violenza e infantilizzazione insopportabili, dove la regola, quale forma di convivenza, si tramuta subito in un braccio di ferro al “chi sottomette chi”. Anche tra gli operatori il rapporto è caratterizzato da una costante “litigiosità” mascherata. Ci si lamenta e valuta sul modo di preparare i piatti, sull’ordine della spesa, il menù, sul far rispettare gli orari dei pasti ai pazienti. Spesso gli infermieri accusano gli operatori dell’altra cooperativa di “non fare niente”, di chiudersi nelle stanze dei colloqui. Valutazione e obbligo sembrano i copioni che caratterizzano i rapporti sia tra operatori, sia con i pazienti. Sembra tutto un modo per controllarsi a vicenda in modo oblativo, e la sconferma di questa modalità viene vissuta come un modo di sottrarsi ai propri doveri. Sembra che il vissuto comune su cui si fa finta di essere d’accordo è quello di essere “fregati” e “manipolati” dai pazienti trasgressivi.

Poi ogni operatore di tanto in tanto, proponendo complicità per condividere la colpa vissuta, si concede qualche piccola trasgressione, mettendo in luce la falsità che si vive nel trattare le regole quale una forma di obbligo e auto-obbligo senza senso. Qualcuno fuma dove è vietato, altri concedono qualche spuntino fuori orario, qualcun’altro dice con tono di complicità ai pazienti di rispettare le regole solo per evitare che la caposala se la prenda con lui. Tutti, compreso i pazienti, sembrano aver capito molto bene la dinamica “davanti-dietro”. Comincio a mettere a questione il concetto di violenza dei rapporti in questo contesto.

Ben presto anch’io divento visibile, soprattutto per la caposala, che quando mi vede in medicheria mi “riprende” spesso, con un incipit “non te l’hanno detto che…ogni tanto si fa un giro per controllare le stanze; non si lasciano i pazienti da soli in cucina perché rubano dal frigo; non si fuma davanti alla comunità”. Mi sento allo stesso tempo “allontanato” e “avvicinato”. Sembra il controllore dei controllori che si accerta che tutti siano adempienti. Alcune volte mi sono reso conto di girare a vuoto per la comunità, come un secondino, come a voler soddisfare le sue attese per essere “accettato”. Mi aiuta pensare che sia un rito di iniziazione per trasformare un estraneo in un operatore che condivide il vissuto di preoccupazione. Penso abbia paura dei pazienti.

Un giorno le parlo, c’è anche l’assistente sociale. Chiedo della comunità, mi raccontano che prima stavano a Trastevere, in una struttura più piccola, ma il quartiere era molto stimolante. I pazienti non arrivavano tramite CSM, sembra bussassero alla porta in una cesta, come gli orfani. L’SPDC è l’unico servizio nominato al di fuori della comunità. Da poco hanno inviato le richieste per l’assegnazione dei referenti psichiatri ai pazienti (mi spiego l’assenza delle cartelle come assenza di rapporti con altri servizi). Alcuni pazienti ancora non lo hanno, eppure sono in dimissione. A tal proposito la caposala parla dei nuovi vincoli aziendali per cui il limite al tempo di degenza è fissato a 3 anni. Si pone la questione del dopo, “non possono tornare in famiglia”, ma per molti sembra l’unico contesto che li aspetta. La caposala sente anche le pressioni della “burocrazia” che chiede con criteri sempre più stringenti rendiconti dei costi. Anche lei ha il suo controllore. La sento molto sola, il responsabile le ha affidato l’incarico di gestione degli aspetti amministrativi, ma sembra che non si fidi di chiedere aiuto a nessuno per condividere il problema del rapporto con terzi, la così detta burocrazia, vissuti come intrusivi.

In una successiva riunione di servizio, la caposala espone il problema delle dimissioni e, facendo riferimento a un paziente ricoverato in comunità da quasi tre anni, propone “drasticamente” di cominciare a dimettere. L’operatrice che effettua i colloqui con il paziente nominato dice che è prematuro parlare di dimissioni, anche perché ancora non hanno trattato la questione in sede di colloquio. La caposala, arrabbiata e incredula, rimprovera “ma allora che state facendo?”. L’operatrice non risponde. Faccio l’ipotesi che il cambiamento delle direttive aziendali, che vede l’introduzione del limite di tempo, metta in crisi la scissione tra gli “spazi di autonomia” nei rapporti tra operatori, e su un altro piano, in rapporto a interlocutori esterni. In questa scissione sento si inscrivono anche le relazioni che sto costruendo con alcuni pazienti, di cui non so come condividerne il senso, in un vissuto di solitudine.

Il primo giorno conosco Maria e Alessio, andiamo insieme a comprare il pane per la cena. Maria dice che dimentica le cose dopo pochi minuti, soprattutto i propositi. Ne parla come una sua identità stabile, indimenticabile. Alessio mi chiede se anch’io bestemmio, qui gli operatori a volte bestemmiano quando si arrabbiano, e lui li fa sempre arrabbiare perché si “blocca” nel fare quello che gli chiedono. Dice che fa sempre delle cavolate, scappa in SPDC, o per tornare dalla madre alla quale riferisce che gli operatori bestemmiano, ma lei non lo vuole a casa e lo rimanda in comunità. “Siamo una famiglia povera, mio padre si è giocato la nostra casa alle macchinette”. Arrivati al supermercato mi chiede se può prendere un ovetto e metterlo sul conto della comunità. L’ho sentita come una triangolazione, ma anche una dichiarazione di intenti belligeranti mascherati da una finta passività. Al nostro ritorno racconta l’accaduto a un’operatrice e della mia prova superata; “gode a farsi sgridare” dice lei, e di fatti lo sgridano. Mi racconta poi che la madre crede che il figlio sia omosessuale a causa di una malattia che ha avuto da piccolo. Io credo voglia farsi cacciare per tornare a casa.

C’è Emilio, siciliano, laureato in filosofia, ha la faccia sfigurata. All’inizio era stupito che fossi un operatore più giovane di lui. Gli dico che se si aspetta che l’operatore educhi, anch’io sarei contrariato come lui. Ci facciamo due risate, dice che vorrebbe essere più “english”, hanno “humor” spiega. Mi chiede sempre di fumare con lui in terrazzo. Un giorno parla del suo volto, lui lo chiama “incidente” il suo essersi buttato dalla finestra, ma quest’ultimo dettaglio non lo racconta. Fa riferimento a un amico che lo ha deluso molto, non riesce a proseguire e sembra molto angosciato. Io allora controllo che al terrazzo ci siano ancora le grate. Non ne parliamo più. Spesso mi racconta del suo insoddisfacente tirocinio presso un azienda agraria, non sa cosa farà dopo la comunità, non vede prospettive. Ho paura di lui perché la sua faccia la vivo come un ricatto quando vuole parlarmi di problemi che non so trattare.

C’è Marcello, un “ragazzo” che si mette sempre i soliti “stracci”, infatti gli operatori gli dicono continuamente di farsi la doccia, ma lui scherzosamente dice che “no, la doccia puzza!”. E’allegro e pronto allo sfottò, tanto che risulta simpatico a tutti, anche se solo per brevi periodi di tempo. Se la mattina lo saluto e gli chiedo “come va?” lui risponde sempre qualcosa in rima, del tipo “pesce fritto e baccalà”; e si va avanti così. Mi sono accorto che in certi momenti, per riuscire a fare qualcosa insieme, reattivamente tendo a dargli dei compiti, tipo tagliare il pane o apparecchiare. Lui ci sta, ma comunque prima risponde che “no, il pane puzza!” o “no, apparecchiare puzza!”. A volte si incuriosisce, chiedendo qualcosa ai suoi interlocutori, che poi diventano nuove informazioni su cui costruire nuove provocazioni. Nonostante sia molto scherzoso, comincio a non sopportarlo più, sembra che la sistematica battuta infantile sia un modo di controllare: è sempre lui a decidere per il suo interlocutore, infatti non si parla di niente, come a volersi assicurare di mantenere il vuoto nei rapporti. Un giorno vorrei parlargli di questi miei vissuti, anche rischiando una risposta del tipo “no, i vissuti puzzano!”.

C’è Fiamma, una donna minuta che quando si muove sembra una faina che sta preparando un agguato. Gli operatori sono arrabbiati con lei perché dicono che “non fa niente”, quando non è impegnata in qualche improbabile corso di formazione per commessi, si aggira in comunità fino al fine settimana, per poi andare dalla madre la domenica, tornando spesso angosciata, a volte ubriaca. “Non ci ha mai considerato un punto di riferimento” dice il responsabile, ha mandato a monte tirocini e progetti vari, poi la madre è “bugiarda come lei”. Sembra che vogliano che “molli la presa” sulla figlia, ma lei continua a darle di nascosto i soldi che prontamente vengono sbarazzati in spese inutili. Un giorno Fiamma si “avventa” ad un infermiere chiedendogli a bruciapelo come si fa con i sensi di colpa. L’infermiere, fantasticando qualche magagna, arrabbiato le risponde che “si fa non facendo stronzate”. Con la stessa modalità, poco dopo si avvicina dicendomi che non lo fa apposta a fare così, ma è che quando sta male perde il contatto con la realtà, io le dico che forse è il contrario: quando entra in contatto con la realtà sta male. Sembra pensarci un po’. Ne parlo con l’operatrice con cui fa i colloqui. Dice che è inutile perderci tempo, tanto “è stupida”, “non vuole crescere e stare troppo tempo qui in comunità non fa bene”. Ripenso all’esperienza di Krizia Destino e la fatica del sostenere un rapporto non stupido.

Penso che la trasgressione, se non diventa elemento di coesione finta dell’equipe, rappresenti l’evento critico nel rapporto con i pazienti. E’ il caso avvenuto la scorsa settimana quando un paziente, Leonardo, chiede ad un infermiere di continuare un lavoro di riparazione che insieme stavano effettuando su un armadio della comunità. Quest’ultimo gli risponde di no perché c’è il laboratorio di lettura. Leonardo decide di non fare il laboratorio perché “noioso” e va in camera sua. Sceso per la merenda l’infermiere gli nega la possibilità di farla al contrario degli altri partecipanti. Leonardo dopo un po' si mette a urlare, imprecando e prendendo a pugni i muri. L’infermiere lo blocca, nasce una colluttazione a cui si unisce un secondo infermiere, riescono a trascinarlo di forza fuori dalla comunità. Lui urla accusandoli di fare ciò che hanno sempre fatto in SPDC, l’infermiere gli assicura che se fosse vero gli avrebbe già spezzato le ossa. Dopo un po' Leonardo rientra per chiedere scusa, ma ribadisce all’infermiere che non è più disposto a sopportare violenza fisica, e gli ricorda che sei mesi prima lo aveva afferrato per il collo per un evento simile. L’infermiere scosso gli dice che lo fa per lui, non per cattiveria. Aggiunge che ultimamente lo vede arrabbiato e trasgressivo, provocatorio. Leonardo dice che è arrabbiato con i sui genitori, l’ha capito in un colloquio di psicoterapia. L’infermiere dice che quelle sono “cazzate”, che secondo lui è arrabbiato perché a breve sarà dimesso dalla comunità e ha paura; gli dice che fuori lavora e ha impegni, amici, che lo vede cambiato, lì in comunità invece si comporta come ha sempre fatto, e questo lo fa arrabbiare.“Di questo devi parlarci!”. Leonardo si mette a piangere. Anche se l’infermiere ha sadicamente provocato l’evento (forse negandosi di avere lo stesso desiderio di lavorare all’armadio) sento che gli ha parlato con ciò che definirei affetto, cioè facendogli capire che le sue emozioni per lui sono importanti. Questo evento mi ha fatto vivere un conflitto. Tra loro c’è stata violenza e di conseguenza tanta reciprocità, confuse nello stesso momento, e io non riuscivo a scinderle. Forse parla delle scissioni che organizzano questo contesto.