

Third sector bodies for drug addiction and clinical psychological intervention: Premises, problems and resources

*Angela Pizzi, Kristian Avilloni, Domenica Passavanti***, Stefano Zanfino, Francesca Zecca, Margherita Zorzi*

Abstract

The Authors propose an exploration of the collusive, historical and cultural processes that accompanied the birth of the Third Sector bodies that deal with drug addiction.

Through the analysis of three interviews conducted with founders of important cooperatives and associations in the Roman territory, they identify, in the setting-up processes of the affected territorial services' organization, some criticalities that still exist. First of all, the difficulty of building clients in the relationships with public bodies and territory. In this regard, the authors propose reading categories useful for the development of clinical psychological intervention in this area.

Keywords: history of the third sector; services for drug addiction; clinical psychological intervention; social cooperatives; commission.

· Clinical Psychologist, PsyD student in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology And Analysis Of Demand; Member of “La Tenda” ONLUS association. Email: pizzi.angela@gmail.com

· Clinical Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology And Analysis Of Demand. Email: kristianavilloni@libero.it

· Clinical Psychologist, PsyD student in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology And Analysis Of Demand. Email: domenicapassavanti@gmail.com; zanfino.s@gmail.com; francesca.zecca15@gmail.com; margherita.zorzi.psicologa@gmail.com

Pizzi, A.M., Avilloni, K., Passavanti, D., Zanfino, S., Zecca, F., & Zorzi, M. (2019). Enti del Terzo Settore per le tossicodipendenze e intervento psicologico clinico: Premesse, problemi e risorse [Third sector bodies for drug addiction and clinical psychological intervention: Premises, problems and resources]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2), 5-27. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Enti del Terzo Settore per le tossicodipendenze e intervento psicologico clinico: Premesse, problemi e risorse

Angela M. Pizzi, Kristian Avilloni, Domenica Passavanti, Stefano Zanfino, Francesca Zecca, Margherita Zorzi

Abstract

Gli Autori propongono un'esplorazione dei processi collusivi, storici e culturali che hanno accompagnato la nascita degli enti del Terzo Settore che si occupano di tossicodipendenze.

Attraverso l'analisi di tre interviste realizzate con fondatori di importanti cooperative e associazioni del territorio romano, si individuano, nei processi istituenti l'organizzazione dei servizi territoriali, alcune criticità tuttora esistenti; prima tra tutte, la difficoltà a costruire rapporti di committenza con enti pubblici e territorio. A tal proposito vengono proposte categorie di lettura utili per lo sviluppo dell'intervento psicologico clinico in quest'ambito.

Parole chiave: storia del Terzo Settore; servizi per le tossicodipendenze; intervento psicologico clinico; cooperative sociali; committenza.

· Psicologa clinica, Specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda; Socia de "La Tenda" Associazione ONLUS. Email: pizzi.angela@gmail.com

· Psicologo clinico, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Email: kristianavilloni@libero.it

· Psicologi clinici, Specializzandi in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Email: domenicapassavanti@gmail.com; zanfino.s@gmail.com; francesca.zecca15@gmail.com; margherita.zorzi.psicologa@gmail.com

Pizzi, A.M., Avilloni, K., Passavanti, D., Zanfino, S., Zecca, F., & Zorzi, M. (2019). Enti del Terzo Settore per le tossicodipendenze e intervento psicologico clinico: Premesse, problemi e risorse [Third sector bodies for drug addiction and clinical psychological intervention: Premises, problems and resources]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2), 5-27. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa

In questo articolo proponiamo una riflessione sulla funzione psicologico-clinica entro rapporti di lavoro con servizi gestiti da enti del Terzo Settore.

Gli enti del Terzo Settore (cooperative sociali e associazioni, in particolar modo) sono sempre più spesso le organizzazioni in cui i giovani psicologi iniziano a lavorare nel ruolo di operatori, sovente con la fantasia di fare un “lavoretto” per sbarcare il lunario. Fantasia che in molti casi si scontra con la realtà di lavori ad alta complessità e di difficile sostenibilità economica (Carli & Paniccia, 2016). La comunità professionale legata al Corso di Specializzazione in Psicoterapia SPS ha avviato, ormai da anni, un lavoro di raccolta e analisi delle esperienze professionali svolte in tali ambiti, riconoscendo nella competenza a categorizzare interventi un modo per trattare la complessità di tali contesti e sviluppare una competenza psicologico-clinica spendibile anche al di fuori della prassi psicoterapeutica classica. L'utilizzo del modello dell'Analisi della Domanda (Carli & Paniccia, 2003), che propone di occuparsi di rapporti – di dinamiche collusive¹ – piuttosto che di singoli individui, ha permesso di sviluppare una letteratura interessata a costruire modelli di intervento utili a trattare i problemi e le complessità che tali contesti di lavoro propongono (Bisogni, Pirrotta, & Policelli, 2016; Bucci & Giuliano, 2018; Conti, 2018; Di Ruzza, 2018; Di Ruzza et al., 2019; Di Toppa, 2018).

Il presente articolo si pone in continuità con questa letteratura e approfondisce i problemi incontrati dagli enti e dai servizi che si occupano di tossicodipendenze, esplorandoli in rapporto ai processi che hanno portato alla loro costituzione.

Proponiamo a tal proposito, dopo un breve excursus storico sul tema, la sintesi di tre interviste a esponenti di enti del Terzo Settore che si occupano di servizi rivolti a persone tossicodipendenti sul territorio di Roma.

Le sintesi sono seguite da alcune considerazioni sui problemi con cui si confronta chi lavora in questi servizi e sulle risorse che possono promuovere lo sviluppo di tali contesti.

Infine, proponiamo il resoconto² di un intervento presso un servizio di accoglienza rivolto a persone tossicodipendenti e senza fissa dimora, gestito da uno degli enti di cui ci parlano gli intervistati.

Ipotizziamo che l'esplorazione dei processi collusivi, storici e culturali che hanno organizzato il lavoro di tali enti possa contribuire a una riflessione che consenta lo sviluppo di interventi psicologici a supporto dell'incontro tra questi servizi e le persone che vi si rivolgono.

Breve excursus storico

Lo sviluppo degli enti del Terzo Settore in Italia: uno sguardo alle cooperative sociali

Ripercorriamo brevemente alcuni processi che hanno riguardato lo sviluppo degli enti del Terzo Settore a partire dagli anni '80 del secolo scorso, un periodo storico in cui istituzioni e comunità locali erano impegnate a trasformare in prassi le linee guida prodotte dalle riforme degli anni '70.

Una serie di cambiamenti normativi rendevano necessari servizi che potessero proporsi come luoghi di continuità delle cure sul territorio: la legge Basaglia sanciva la graduale dismissione delle istituzioni manicomiali; la riforma del servizio sanitario del 1978 istituiva il Sistema Sanitario Nazionale e le Unità Sanitarie Locali (USL), con mandato di diffusione capillare dei presidi sanitari sul territorio nazionale; così come la legge n. 517 del 1977 disponeva l'abolizione delle classi scolastiche differenziali, fino a quel momento destinate al percorso formativo degli alunni con disabilità fisiche, mentali o di apprendimento e socializzazione. Parallelamente si ampliavano le competenze gestionali delle Regioni, grazie alla riorganizzazione in senso federale dell'assetto amministrativo e i Comuni diventavano autonomie locali, dotati di libertà gestionale. Queste stesse amministrazioni si confrontavano con il blocco della pianta organica degli enti pubblici e con il divieto di assunzione di nuovo personale. Emergeva l'esigenza di

¹ Si definisce con questo termine la simbolizzazione affettiva del contesto da parte di chi a quel contesto partecipa. La collusione rappresenta un processo di socializzazione delle emozioni, che proviene dalla condivisione emozionale di situazioni contestuali (Carli & Paniccia, 2003).

² Intendiamo qui il resoconto clinico come uno strumento utile alla costruzione di ipotesi psicologiche che rappresentino un'alternativa all'agito emozionale entro tali assetti di lavoro. Per un approfondimento sullo strumento del resoconto in psicologia clinica, si veda: Carli & Paniccia, 2005.

razionalizzare la spesa socio-assistenziale; questo ha segnato il passaggio dalla crescita esponenziale delle politiche pubbliche alla fase delle esternalizzazioni³.

Gli enti pubblici, entro un processo di decentramento amministrativo, cominciavano ad avvalersi della gestione di enti privati senza scopo di lucro per l'erogazione di servizi socio-assistenziali. In maniera complementare, si costituivano in forma associativa gruppi di cittadini più o meno professionalizzati, interessati alla costruzione di servizi territoriali di prossimità⁴, volti a trattare istanze locali.

Mentre si avviava un processo di decentramento e delega delle amministrazioni centrali agli enti pubblici locali, questi ultimi cominciavano a sperimentare vissuti di vicinanza, valoriale e di intenti, con le realtà volontaristiche territoriali.

Tra gli enti interessati a tradurre il desiderio della cittadinanza di essere parte attiva nell'intervento sociale, ci sembra utile tracciare alcune specificità della forma associativa "cooperativa sociale" rispetto ad enti del Terzo Settore come le associazioni ONLUS. Questa forma organizzativa, infatti, permette di retribuire coloro che prestano attività nei servizi erogati mentre le associazioni prevedono che chi vi collabora possa solo in minima parte percepire una retribuzione. Nel contesto sociale ed economico italiano, la forma di cooperativa era già utilizzata per concentrare in un solo modello organizzativo le risorse di più soggetti che, singolarmente, non avrebbero potuto sostenere le logiche del mercato. Questa forma societaria è stata utilizzata primariamente per iniziative relative al settore economico. Si trattava di cooperative di produzione e lavoro, consumo e distribuzione di beni. Le cooperative di produzione erano volte a collocare sul mercato i prodotti o il lavoro dei soci alle migliori condizioni, per procurare vantaggi ai soci stessi. Secondo un processo analogo, le cooperative di consumo perseguivano l'obiettivo di fornire beni ai soci a condizioni più favorevoli di quelle presenti sul mercato, cioè al minor prezzo. In entrambe le situazioni l'organizzazione cooperativa si costituiva a vantaggio degli stessi soci, che individuavano una risorsa nell'associarsi.

Di contro, le cooperative sociali si proponevano con differenze sostanziali rispetto alle cooperative di produzione e lavoro, in quanto volte a perseguire l'interesse generale della collettività. Tra la fine degli anni '70 e gli anni '80 si sono costituite centinaia di cooperative sociali in tutta Italia, entro differenze locali di mission e di statuto. Saranno disciplinate dalle disposizioni della legge n. 381/1991. Riportiamo l'art. 1:

Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso:

- a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;
- b) lo svolgimento di attività diverse – agricole, industriali, commerciali o di servizi – finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (L. 381/1991, art. 1, comma 1).

Nella definizione si coglie un cambiamento della natura mutualistica che faceva da premessa all'assetto organizzativo di cooperativa. Se il fine di una cooperativa ordinaria era quello di realizzare gli scambi mutualistici tra i soci, qui si negava che il cliente⁵ dell'ente associativo fossero proprio i soci e si assumeva che la cooperativa si rivolgesse all'esterno, erogando servizi utili alla collettività.

Le cooperative sociali sono, quindi, un soggetto atipico, con una natura contemporaneamente pubblica e privata: pubblica riguardo agli scopi, privata per la forma organizzativa.

Più avanti la legge n. 381/91 nomina persone svantaggiate quali:

³ I sistemi pubblici di welfare nell'ultimo ventennio sono entrati in crisi a causa della difficoltà per lo Stato e per gli enti pubblici di mantenere il ruolo di produttori diretti e di finanziatori di un ammontare crescente di beni e servizi. La necessità di riduzione del livello della spesa pubblica, insieme a quella di accrescere l'efficienza e la qualità dei servizi, ha condotto i soggetti pubblici ad affidare ai soggetti privati l'erogazione dei servizi attraverso il ricorso a nuove formule organizzative. Progressivamente si è assistito, così, all'abbandono del monopolio pubblico nel sistema di erogazione dei servizi alla persona per abbracciare un sistema misto che vede per lo più coinvolte le organizzazioni senza fini di lucro, maggiormente specializzate nell'erogazione delle prestazioni sociali proprio in quei settori dove maggiormente evidenti sono stati i fallimenti dello Stato e delle istituzioni (Gualdani, 2018).

⁴ Sono definiti servizi di prossimità gli interventi rivolti ai cittadini residenti in una determinata zona urbana o rurale, o all'interno di stabili/condomini (custodia sociale), finalizzati a svolgere una funzione di "sensore" dei problemi della popolazione e di prima risposta alle esigenze emergenti all'interno di specifiche comunità.

⁵ Lo sviluppo delle organizzazioni dipende dallo sviluppo del loro cliente. E' quindi utile una definizione psicologica della funzione cliente. Il cliente va considerato come un modello di rapporto tra individuo e contesto: è l'estraneo dal quale dipende lo sviluppo. L'estraneità è infatti il luogo dello sviluppo della convivenza, quindi dello scambio e del prodotto, quali obiettivi dell'intervento psicologico. La relazione con l'estraneo implica processi di comunicazione e costruzione di conoscenza (Carli & Panizza, 2003).

gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa o in situazioni di difficoltà familiare, le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione (L. 381/1991, art. 4, comma 1).

Ipotizziamo che vengano indicate categorie di individui portatori di bisogni da soddisfare e diritti da tutelare, a fronte di una carenza di reti sociali e servizi. Gli enti del Terzo Settore sembrano aver fatto proprio il mandato sociale di intervenire su questa carenza e su questa marginalità. Questi enti trovano legittimazione offrendo una risposta alla domanda sociale di famiglie, quartieri, gruppi informali che si confrontano con il vissuto del farsi carico, in solitudine, di tali individui entro i luoghi della convivenza quotidiana.

Cenni storici sui servizi per le dipendenze

Il modo in cui si sono istituiti i servizi rivolti ai tossicodipendenti, in risposta alla diffusione del consumo di sostanze, ci sembra rappresentativo del processo attraverso il quale le cooperative e gli altri enti del Terzo Settore hanno fatto proprio il mandato di tutela di quei soggetti considerati svantaggiati.

Prima del 1975, le leggi in materia di tossicodipendenza avevano carattere repressivo: le persone tossicodipendenti erano assimilate a criminali o malati psichiatrici. La devianza sociale del tossicodipendente veniva medicalizzata, riconducendo l'intervento al ricovero forzato negli ospedali psichiatrici, o criminalizzata, ricorrendo all'incarcerazione per punire l'utilizzo di sostanze, considerato reato⁶.

Nei primi anni '70, con la crescente diffusione dell'eroina, la mobilitazione del mondo dell'associazionismo, dei gruppi cattolici di base, del movimento studentesco e della sinistra extraparlamentare ha contribuito a un ripensamento delle leggi in materia (Cippitelli, 1996; Conti, 2018; Di Ruzza, 2018). La legge n. 685/75 sanciva il passaggio dalla criminalizzazione del tossicodipendente alla tutela dei suoi diritti: da una parte depenalizzava l'acquisto e la detenzione di sostanze per uso personale, dall'altra concepiva, per la prima volta, l'apertura di servizi per la prevenzione, il trattamento e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti. La finalità di inclusione sociale era affidata all'utilizzo del trattamento farmacologico sostitutivo dell'eroina, il metadone. L'individuo, non più pazzo, veniva considerato comunque un malato, ma con il diritto di essere curato entro "normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali [...] con esclusione degli ospedali psichiatrici" (L. 685/1975, art. 90).

Se la legge faceva riferimento alla tossicodipendenza come ad un problema sociale oltre che sanitario, di fatto i servizi che si andavano a costituire - i Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) - offrivano unicamente prestazioni mediche di cura e riabilitazione. In essi era centrale il ruolo del medico in quanto erogatore di metadone. La legge sanciva che fossero di pertinenza del Ministero della Sanità sia l'implementazione che il coordinamento degli interventi, demandati alle Regioni.

Gli articoli 92 e 94 della legge n. 685/75 introdussero nuovi enti e nuove figure che potevano occuparsi di "prevenzione, cura e riabilitazione" della tossicodipendenza accanto ai servizi pubblici: gli enti ausiliari e gli assistenti volontari che avrebbero potuto operare all'interno dei CMAS.⁷

Ci concentreremo, in questa sede, sulla funzione svolta da associazioni e cooperative in quanto enti ausiliari. Il servizio sanitario pubblico, non ancora costituito in Sistema Sanitario Nazionale, era carente rispetto alla possibilità di intervenire dal punto di vista psicosociale sui problemi legati alla diffusione della dipendenza da eroina. Allo stesso tempo, entro l'ideologia della tutela dei diritti, agli enti del Terzo Settore era demandata l'assistenza e l'inclusione sociale dei tossicodipendenti. Il rapporto con questi enti veniva disciplinato prescrivendo loro la posizione di enti "sottoposti a controllo"⁸.

⁶ Legge n. 396/1923; Legge n. 1145/1934; Legge n. 1041/1954. Per un approfondimento, si rimanda a: Cippitelli, 1996.

⁷ La legge n. 685/1975, art. 92. definisce gli enti ausiliari ed i loro rapporti con enti e servizi pubblici: i Comuni, le comunità montane, i loro consorzi ed associazioni, i servizi pubblici per le tossicodipendenze costituiti dalle unità sanitarie locali, singole o associate, ed i centri previsti dall'art. 91 possono avvalersi della collaborazione di gruppi di volontariato o degli enti ausiliari di cui all'art. 93 che svolgono senza fine di lucro la loro attività con finalità di prevenzione del disagio psicosociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti ovvero di associazioni, di enti di loro emanazione con finalità di educazione dei giovani, di sviluppo socio-culturale della personalità, di formazione professionale e di orientamento al lavoro.

⁸ Legge n. 685/1975, art. 94. "Convenzioni":

1. L'esercizio delle funzioni di prevenzione, di riabilitazione e reinserimento indicate negli artt. 90 e 91, nonché la realizzazione di ogni altra opportuna iniziativa della Regione o degli enti locali potranno essere attuati mediante apposite convenzioni da stipularsi tra le unità sanitarie locali, gli enti ed i centri di cui all'art. 91 e gli enti, le cooperative di solidarietà sociale o le associazioni iscritte nell'albo regionale o provinciale.

Da una parte, si autorizzavano associazioni e cooperative a erogare servizi rivolti a tossicodipendenti lasciando loro un ampio margine di azione per quanto concerneva il tipo di interventi, dall'altra, si legittimava un rapporto di subordinazione con la definizione di enti "ausiliari". Il rapporto tra Terzo Settore e Ministero della Sanità sembrava organizzarsi attorno ad asimmetrie di potere.

Entro questi vissuti si agiva la contrapposizione ideologica tra servizi pubblici erogatori di metadone ed enti privati come le comunità di recupero. Le comunità prescrivevano alle persone con problemi di abuso l'astinenza da qualunque tipo di sostanza, considerando il metadone uno stupefacente; altri enti del Terzo Settore, non opponendosi alla somministrazione di metadone, dichiaravano di lavorare in continuità con i servizi pubblici, identificandosi nel vissuto di "ausiliarità" attribuito loro dalla legge.

I riflettori puntavano sulle linee ideologiche da cui sarebbero originate le finalità degli interventi psicosociali. Il periodo tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, definito, nel linguaggio giornalistico e politico, del "riflusso nel privato"⁹, fu caratterizzato dal rifiuto delle ideologie politiche e di massa, che avevano occupato la scena nel decennio precedente. Allo stesso tempo ci fu un rilancio dei consumi ed un ritorno alla sfera privata. Con la fine della stagione delle riforme degli anni '70, problemi come la malattia mentale, la disabilità, la tossicodipendenza, prima presi in carico dalle istituzioni pubbliche – allora definite "totali" – sembravano diventare indicibili, intrattabili e ritornavano nella privatezza del nucleo familiare.

Facciamo l'ipotesi che a seguito del decentramento amministrativo e della delega da parte delle amministrazioni centrali, gli enti locali condividessero con i cittadini questo vissuto di isolamento.

La disomogeneità tra le Regioni nell'applicazione della legge del 1975 era in rapporto con la difficoltà di tradurre la legge stessa in interventi applicativi, rispetto a problemi su cui queste sentivano di avere pochi strumenti, nonostante la nuova organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale. A tal proposito, ricordiamo il "Documento sul problema delle tossicodipendenze"¹⁰, in cui alcuni assessori della regione Veneto denunciavano l'assenza di un'organizzazione sugli interventi di prevenzione e reinserimento sociale a fronte di una mobilitazione esclusiva sull'aspetto sanitario.

La legge programmatica successiva a quella del 1975 fu il frutto di un acceso dibattito sull'opportunità dell'inasprimento della punibilità del consumatore di sostanze, a fronte di una sempre più evidente diffusione del fenomeno. Con il DPR n. 309 del 1990, si stabilì che la Presidenza del Consiglio dei Ministri dovesse coordinare l'implementazione delle politiche su prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze.

Al fine di vigilare, venne istituito il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione antidroga: il Ministero della Sanità e i servizi sanitari regionali continueranno ad occuparsi del problema ma dovranno rispondere, da quel momento in poi, alla Presidenza e al Comitato.

Per la prima volta, secondo la nuova legge, gli interventi di prevenzione e cura dei servizi pubblici dovevano essere erogati da specifiche strutture, accreditate sul problema della tossicodipendenza: i servizi per le tossicodipendenze – i SerT – non più ospedali o servizi sanitari ambulatoriali generici. Il ruolo e gli interventi affidati agli enti ausiliari diventavano sempre più confusi, disorientati dal mandato della legge che si posizionava contro l'uso di sostanze. Con il DPR n. 309/90 ritornava la punibilità del consumatore, assimilato allo spacciatore, a prescindere dalla quantità e dal tipo di sostanza detenuta, e si introduceva la possibilità per i tossicodipendenti incriminati di seguire un percorso terapeutico in alternativa alla pena detentiva.

In opposizione alla concezione punitiva e criminalizzante della legge, si costituiva un cartello di enti del Terzo Settore sotto lo slogan di "Educare, non punire" in cui confluiva anche il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza¹¹. Entro questa cornice, la legge istituiva un Fondo Nazionale di intervento per la

2. Le convenzioni con gli enti, le cooperative di solidarietà sociale e le associazioni aventi sedi operative in territorio estero devono coprire per tali sedi anche gli oneri per le prestazioni di assistenza sanitaria. Le convenzioni devono prevedere l'obbligo di comunicare all'ente concedente il numero degli assistiti ed i risultati conseguiti nell'attività di prevenzione e recupero.

3. Le convenzioni dovranno essere conformi allo schema tipo predisposto dal Ministro della sanità ed a quello predisposto dal Ministro di grazia e giustizia ai fini di cui all'art. 47 bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, come sostituito dall'art. 12 della legge 10 ottobre 1986, n. 663.

4. L'attività di enti, cooperative di solidarietà sociale e associazioni in esecuzione delle convenzioni è svolta in collegamento con il servizio pubblico che ha indirizzato il tossicodipendente ed è sottoposta al controllo e agli indirizzi di programmazione della Regione in materia.

⁹ Si fa riferimento con tale termine all'atteggiamento caratterizzato dal disimpegno politico e sociale e dal ripiegamento nella sfera del privato in un clima di disillusione e ritorno a valori del passato.

¹⁰ Approvato dagli Assessori Regionali alla Sanità a Venezia, nelle giornate del 21 e 22 marzo 1980.

¹¹ Federazione di organizzazioni nata all'inizio degli anni '80 dall'interesse di persone che si occupavano di tossicodipendenza e marginalità sociale di proporre riflessioni e politiche di sviluppo sui temi del disagio e dell'esclusione sociale.

lotta alla droga e ad esso, da questo momento in poi, faranno capo tutti gli enti del Terzo Settore per il finanziamento e la realizzazione degli interventi e dei progetti di contrasto alle dipendenze.

Di fatto, i servizi che si occupano di tossicodipendenze manterranno un mandato ambiguo, al contempo di cura e di controllo sociale, anche se un referendum nel 1993 abrogherà alcune delle misure più repressive. In quegli anni si sviluppava infatti il dibattito intorno a un'alternativa alla guarigione del tossicodipendente: le politiche della riduzione del danno. Se da una parte queste strategie rappresentano un interessante punto di svolta negli interventi, poiché l'obiettivo non è più l'interruzione dell'assunzione di sostanze, dall'altra sembra che, ancora una volta, sia poco esplorata la riflessione sul rapporto tra la tossicodipendenza e i contesti di convivenza. La "riduzione del danno" mira a diminuire gli effetti negativi dell'assunzione delle sostanze intervenendo con la finalità di evitare l'aggravamento della condizione psico-fisica dei tossicodipendenti e di contenere i rischi sociali delle persone in contatto con questi ultimi. Il rischio, ancora una volta, può essere quello di declinare questo approccio proponendo medicalizzazione degli interventi e controllo sociale. A tal proposito ricordiamo le parole di Stefano Vecchio, presidente del Forum droghe e direttore del Dipartimento Dipendenze Napoli 1:

Sarebbe riduttivo limitare la riduzione del danno a una pratica di servizi o anche di politiche di servizi in quanto questa deve essere considerata come una prospettiva di lettura complessa e alternativa del fenomeno degli usi e consumi delle sostanze psicoattive e di inquadramento delle politiche e degli interventi rivolte ai consumatori non solo nell'area dei servizi, ma anche, ad esempio, del sistema penale, del governo del fenomeno nelle città, ormai consolidata nel nostro paese e riconosciuta sia nelle diverse comunità cosiddette scientifiche che dalle persone che usano droghe. La riduzione del danno si configura in primo luogo come una visione e un movimento che interessa la società civile nel suo complesso e le sue diverse componenti (Vecchio, 2019, p. 68).

Con il DPCM del 12 Gennaio 2017 la riduzione del danno è entrata a far parte dei Livelli Essenziali di Assistenza¹² diventando un diritto alla tutela della salute e alla funzionalità sociale per le persone che usano sostanze psicoattive (Vecchio, 2019). Se da una parte questi cambiamenti vanno nella direzione di garantire per mandato un'assistenza di tipo sanitario alle persone tossicodipendenti, dall'altra rimane l'esigenza di mettere in rapporto i problemi di convivenza con le prestazioni e i servizi afferenti ai LEA.

Il lavoro di ricerca delle cosiddette organizzazioni della società civile (OSC) che operano nel campo delle tossicodipendenze può rappresentare un'occasione di andare in questa direzione. Sebbene queste organizzazioni abbiano perlopiù compiuto ricerche concernenti l'impatto delle politiche penali, sociali e sanitarie sulle vite dei consumatori, emerge un interesse a coinvolgere nella ricerca le persone che usano sostanze, in quanto soggetti attivi portatori di competenze: si comincia a parlare di "ricerca partecipata", in cui sono gli stessi consumatori a costruire, insieme a questi enti, gli obiettivi della ricerca e a suggerire criteri per la lettura e l'interpretazione dei dati (Ronconi, 2019). Pensiamo che un modello di ricerca così concepito possa offrire un'occasione per esplorare il rapporto tra consumo di sostanze e problemi di convivenza e pensare a strumenti di verifica degli interventi. La psicologia clinica – proponendo ipotesi sul rapporto tra individui e contesto – può contribuire a dare una direzione a questo lavoro.

Le interviste

Introduzione

Ci interessa esplorare le questioni critiche vissute dai professionisti che lavorano in enti del Terzo Settore entro l'ambito della tossicodipendenza. Pensiamo che tale proposta permetta di ripensare i limiti che sembrano caratterizzare il lavoro e le risorse che possono promuoverne lo sviluppo.

Pensiamo che esplorare problemi – il desiderio e la difficoltà di cooperative e associazioni di ottenere un riconoscimento del proprio lavoro da parte delle istituzioni, il faticoso tentativo di sviluppare e mantenere con esse una committenza, i limiti riguardanti la retribuzione dei lavoratori – sia un metodo utile a individuare una cornice entro cui ripensare l'intervento con le persone tossicodipendenti.

A giugno 2018, a partire dall'interesse ad approfondire i problemi incontrati prestando la nostra attività professionale in enti del Terzo Settore, abbiamo intervistato tre persone che hanno ruoli di responsabilità entro un'associazione ONLUS e una cooperativa sociale che si occupano di servizi rivolti a persone tossicodipendenti sul territorio di Roma, enti conosciuti attraverso rapporti di lavoro. L'obiettivo delle

¹² I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

interviste, in una prima fase, si inseriva nella cornice di un seminario di storia del corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica SPS¹³. In tale seminario, utilizzavamo la contestualizzazione storica dell'istituirsi delle cooperative sociali per capire meglio i problemi del lavoro nel presente (Pizzi et al., 2018). Oggi pubblichiamo una sintesi dei testi delle interviste che si propone di essere quanto più fedele al testo originale. La ricchezza di queste interviste apre a nuovi spunti di riflessione sui quali lavorare.

Abbiamo incontrato Anna Maria Loguercio, ex presidente dell'associazione ONLUS La Tenda, e proponiamo per prima la sintesi di questa intervista in quanto ci sembra riepilogativa di alcuni problemi che verranno approfonditi nelle successive. Segue quindi il contributo di Mario German De Luca, membro del direttivo della stessa associazione, ed infine l'intervista a Claudio Cippitelli, socio fondatore dell'associazione, ora cooperativa, Parsec.

L'intervista ad Anna Maria Loguercio

L'intervistata comincia col descrivere la storia della fondazione de La Tenda, associazione di cui Loguercio è entrata a far parte nei primi anni '90, diventandone in seguito presidente.

La nascita dell'associazione, avvenuta nel 1982, viene descritta come esempio di "riscatto dal basso". Un gruppo di madri di persone con problemi di tossicodipendenza del quartiere Tiburtino III – zona periferica e allora sprovvista di servizi per la popolazione – si riunirono intorno a un comune vissuto di "disperazione", come viene definito dall'intervistata. Misero in piedi una protesta – all'inizio apparentemente poco organizzata – contro lo spaccio nel quartiere, allestendo un presidio in uno spiazzo sulla via Tiburtina nella forma di una tenda da campeggio. Da qui il nome della futura associazione. Il presidio andò ampliandosi con l'occupazione di alcuni locali in disuso di proprietà dello IACP (Istituto Autonomo Case Popolari). Tra i volontari fondatori del presidio, Loguercio ricorda in particolare un medico di base, Flavio Veneziale, e sua moglie, una psicologa, evidenziando il coinvolgimento di professionisti nel movimento di occupazione.

Il presidio cominciò a offrire servizi per i giovani tossicodipendenti, a cominciare da uno spazio dove poter stare e all'occorrenza passare la notte. Si voleva rendere visibile il problema delle tossicodipendenze, su cui allora vi era ancora poca consapevolezza.

L'intervistata evidenzia come il presidio fosse nato in un periodo storico in cui vi era ampia diffusione dell'eroina tra i giovani e le norme e le politiche italiane esistenti in materia di tossicodipendenza avevano matrice proibizionista ed erano considerate "coercitive e criminalizzanti" da chi lavorava sul problema. Nei primi anni '90, invece, a partire da altri paesi europei si diffusero diversi approcci metodologici al problema della tossicodipendenza, scaturiti da nuove riflessioni teoriche sui meccanismi della dipendenza e dell'abuso di sostanze.

In quel periodo Loguercio entrò a far parte de La Tenda. Frequentava allora la facoltà di Scienze Politiche e si descrive come "reduce della Pantera", il movimento studentesco di contestazione politica che nei primi anni '90 prese piede in tutta Italia. L'intervistata parla di come la animasse un desiderio di trasformare l'impegno politico in attivismo a stretto contatto con le problematiche della società civile. Allora viveva nel quartiere Tiburtino III, zona popolare che descrive come "abbandonata" e "degradata". Il suo medico di famiglia era Veneziale, fondatore de La Tenda, un "comunista di quelli illuminati", che in quel periodo stava costruendo un nuovo gruppo di volontari che potesse aprire al territorio lo spazio gestito dall'associazione, attraverso l'organizzazione di attività culturali come mostre e cineforum al suo interno; questo per combattere l'etichettamento di quello spazio come "luogo per tossicodipendenti" e il suo conseguente isolamento dal resto del quartiere. L'intervistata si unì a questa impresa di costruzione di rapporti con il territorio, che per un periodo riuscì efficacemente. Successivamente però, si riconobbe un problema di scarsa "strutturazione" degli interventi, in ragione di una non sufficiente interlocuzione con le istituzioni locali, che non consentiva la costruzione di committenze pubbliche per i servizi.

Nei primi anni '90, l'unico servizio offerto da La Tenda era il Centro Diurno, un luogo adibito, dice Loguercio, ad "attività di recupero" con i tossicodipendenti, che potevano passare la giornata in quegli spazi.

¹³ La domanda-stimolo posta agli intervistati è stata la seguente: "Siamo un gruppo di psicologi che sta lavorando sulla costruzione di un seminario di storia sugli anni '80 e '90 entro l'assetto di una scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Siamo interessati a mettere in rapporto quel periodo storico con il diffondersi in Italia di nuove forme di partecipazione e socialità che hanno portato alla costituzione di associazioni e cooperative sociali. Facciamo l'ipotesi che possa essere rilevante ripercorrere il rapporto tra servizi pubblici e privato sociale tenendo a mente il ruolo che la politica ha assunto in quegli anni. Abbiamo individuato in lei un referente che ha partecipato attivamente a quel periodo e che partecipa ancora del processo e reputiamo che la sua esperienza e le sue riflessioni possano essere utilizzate come testimonianza utile in questo lavoro di indagine".

Per quel servizio, l'associazione ricevette i primissimi finanziamenti comunali, utili a pagare i professionisti che vi lavoravano.

Nel periodo dell'arrivo dell'intervistata, venne avviato il servizio di Unità di Strada, gestito prevalentemente da volontari inesperti (definiti "allo sbaraglio"); il servizio prevedeva un banchetto allestito la domenica mattina nelle piazze del quartiere, e offriva ai tossicodipendenti siringhe pulite, preservativi, acqua distillata, e altre misure per la riduzione del danno. Un medico accompagnava i volontari, per assicurare l'adeguatezza sanitaria del servizio offerto. Loguercio parla dell'Unità di Strada come "un'esperienza formativa e umana" importante per lei, comprensiva comunque di vissuti di paura rispetto al rapporto con i tossicodipendenti – caratterizzato spesso da aggressività e violenza – e di impotenza rispetto a un problema vissuto dai volontari come "più grande di loro".

In reazione a questi vissuti di impotenza e inadeguatezza, l'associazione provò ad attrezzarsi scrivendo un progetto sull'Unità di Strada per richiedere fondi al Comune con cui poter finanziare la formazione degli operatori. L'équipe dell'Unità di Strada si andò così trasformando; ai soli volontari si sostituirono degli operatori formati ad hoc o assunti in qualità dei loro titoli di studio. Loguercio divenne coordinatrice di quel servizio, che continuò a crescere anche grazie alla committenza del Dipartimento delle Politiche Sociali del Comune, portando avanti gli interventi di riduzione del danno, ormai sempre più affermati in tutta Europa, ricoprendo inoltre una funzione di invio ai servizi pubblici competenti per tutti quegli utenti che ne facessero richiesta.

Loguercio specifica che la professionalizzazione del servizio si è resa necessaria nel momento in cui si è passati da un'azione volontaristica a un progetto finanziato dalle istituzioni pubbliche, per cui era indispensabile garantire degli standard di professionalità. Altra richiesta del committente pubblico era un ampliamento degli orari del servizio (dalla sola domenica mattina a 5 giorni a settimana) per gestire i quali divenne indispensabile individuare nuovi operatori, adeguatamente formati. La stessa intervistata ha proseguito la sua formazione dopo la laurea in Scienze Politiche, con un corso post-universitario in ambito sociologico, ritenendolo importante per il lavoro portato avanti presso l'associazione. La professionalizzazione dell'équipe è consistita anche nel porre maggiore rilevanza alla presenza di medici, considerata un valore aggiunto per l'intervento. Al contrario, l'associazione ha scelto di non assumere ex tossicodipendenti in qualità di operatori – prassi invece diffusa in altri enti del settore – non ritenendo in nessun modo l'esperienza di tossicodipendenza un indice di competenza utile a lavorare in questo ambito.

Successivamente, vi è stata una fase di espansione dell'associazione La Tenda. Il servizio di Unità di Strada ha continuato a ricevere finanziamenti pubblici; con la committenza della Regione Lazio, il servizio si è ampliato e ha attraversato diversi cambiamenti, l'ultimo dei quali è stato un trasferimento dell'Unità nella zona della stazione Tiburtina, il che ha portato a un importante cambiamento di utenza.

La crescita e lo sviluppo dell'associazione ha significato anche la costruzione di nuove reti e rapporti. La Tenda è entrata a fare parte del CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza); inoltre è diventata ente ausiliario della Regione ed è entrata nel CEARL (Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Lazio). Questo ha fatto sì che il servizio di Centro Diurno venisse trasformato in una Comunità Terapeutica Semiresidenziale accreditata con il Servizio Sanitario Regionale e con i tribunali, sviluppando al contempo il proprio metodo di intervento.

Questo sviluppo del metodo e delle prassi organizzative è stato agevolato da un contemporaneo diffondersi delle politiche improntate sulla riduzione del danno, ancora molto osteggiate dalla parte politica più conservatrice, ad impronta proibizionista.

Le prassi legate alla riduzione del danno si basano sull'idea che costringere un tossicodipendente a non consumare è inefficace, che il comportamento non va criminalizzato in quanto "la droga c'è sempre stata nella cultura dell'umanità", e che "chiunque in qualsiasi fase della propria vita ha diritto ad un'assistenza commisurata ai propri bisogni e al proprio livello complessivo". La riduzione del danno è diventata uno dei pilastri delle politiche europee in fatto di tossicodipendenza; a livello nazionale il DPR. 309/1990 ha permesso l'individuazione di fondi per finanziare progetti su questo tema, finanziamenti diventati quindi di competenza delle Regioni. Successivamente la Regione Lazio si è dimostrato interlocutore sensibile sul tema e ha cominciato a finanziare molte iniziative di riduzione del danno, tra cui quelle de La Tenda. Alcuni di questi progetti sono stati realizzati in partenariato con altre associazioni romane: gli anni dal 1990 in poi (dopo il DPR. 309) hanno quindi rappresentato un periodo fertile in cui l'associazione è uscita da un isolamento per costruire collaborazioni e rapporti con altri interlocutori, che costituissero anche occasioni di scambio di esperienze e formazione. Un esempio di questo è il rapporto con Parsec, che nacque a metà anni '90 in occasione di una formazione sulle metodologie di riduzione del danno, su cui Parsec aveva allora più esperienza; altre occasioni di scambio di esperienze e metodologie erano gli incontri del CNCA, coordinamento nazionale a cui anche La Tenda afferiva.

Nel corso dell'intervista, Loguercio ricorda anche i rapporti tra l'esperienza nel movimento studentesco della Pantera e le successive scelte lavorative. Descrive la Pantera come un'esperienza politica partecipativa in cui i giovani pensavano davvero di poter influire sulla politica e sulla società. Chiusa quell'esperienza, i giovani che l'avevano vissuta rimasero legati all'idea che associandosi era possibile incrementare le proprie quote di potere all'interno della società. Da qui il desiderio dell'intervistata di intraprendere l'attività da volontaria presso La Tenda, associazione di cui ha fatto parte per 25 anni.

Al momento dell'intervista Loguercio non è più presidente de La Tenda da circa due anni. Ricordando il lavoro lì, lo descrive come coniugato con l'impegno politico e sociale, cosa che ha dato a quell'attività un senso e un peso che altri impieghi non avrebbero avuto. Racconta poi che, dopo 14 anni da presidente dell'associazione, sopraggiunse un vissuto di stanchezza legata a difficoltà interne all'associazione e a una scarsa sostenibilità economica del lavoro, anche in rapporto ai ritardi dei finanziamenti pubblici, poco ammortizzabili da un'associazione di piccole dimensioni come quella che presiedeva.

Attualmente l'intervistata lavora in un centro di ricerca, un impiego che, non essendo strettamente legato a un impegno sociale, ha per lei meno senso di quanto ne avesse il lavoro a La Tenda, a cui ripensa comunque con grande nostalgia.

L'intervista a Mario German De Luca

L'intervistato arriva a La Tenda tra 1993 e 1994, quando l'ente ha già più di 10 anni di vita. Per parlare della fondazione dell'associazione fa riferimento alla borgata in cui è nata, il Tiburtino III, un quartiere di case di edilizia popolare in cui durante i primi anni '80 era molto diffuso l'uso di eroina e non c'era ancora alcun servizio sul territorio. Per De Luca, il "dato fondativo" de La Tenda è rappresentato da una manifestazione promossa da alcune mamme di giovani tossicodipendenti residenti nel territorio, donne che richiedevano alla Circoscrizione servizi per i propri figli. Ricorda in proposito una foto delle mamme del quartiere ricevute dall'allora Presidente della Camera Nilde Iotti. La nascita dell'associazione era stata promossa dalla sezione locale del PCI: il primo presidente e fondatore de La Tenda era il segretario della sezione locale. In quel periodo si sviluppò un movimento, definito di "advocacy", in cui si rivendicava l'intervento delle autorità sul territorio con il coinvolgimento sia di cittadini comuni che di persone di riferimento per il quartiere, come il medico di base di Pietralata, Flavio Veneziale, poi artefice del passaggio da organizzazione volontaristica a servizio. All'epoca il primo interlocutore dell'associazione non era il SSN, ma la Circoscrizione, il Comune, il quale assegnò nel 1985 all'associazione la sua prima sede, in una casa popolare. Il servizio allora si chiamava "Centro Crisi" ed era rivolto a persone con problemi di dipendenza da eroina, problema principale dell'epoca. Lo spirito era quello di accogliere persone in difficoltà, a prescindere dalla loro condizione.

Al Centro Crisi arrivavano utenti non solo dal Tiburtino III, ma anche da Pietralata e San Basilio, zone ancora più periferiche. Data la grande risposta dei cittadini al progetto, con il supporto della moglie di Veneziale, psicologa, si cominciarono a diversificare gli interventi. Un filone si rivolse ai ragazzi, un altro alle famiglie che chiedevano supporto su come affrontare la tossicodipendenza dei figli. Si costituirono a tal fine gruppi familiari di sostegno, organizzazioni laiche e soprattutto non di impronta proibizionista.

In quel periodo c'era una certa diffidenza nei confronti delle istituzioni totali; allora l'unica risoluzione individuata e praticata, l'unica risposta possibile alle dipendenze, erano le comunità residenziali. D'altro canto, al Tiburtino III si pensava che quello dell'eroina fosse un problema collettivo, legato al territorio, non a carico dell'individuo: pertanto non si considerò la comunità residenziale come l'unico intervento possibile. Parallelamente cominciarono a stabilizzarsi i servizi pubblici, che invece consideravano la tossicodipendenza come una malattia: si ricorda come il DSM III dicesse "malattia cronica recidivante".

De Luca ritiene che La Tenda stesse in una posizione intermedia tra l'approccio sanitario e quello comunitario, secondo i quali l'abuso di sostanze era un problema di carattere, di forza di volontà, di mancanza di fede. Entrambi gli approcci la consideravano una questione individuale mentre La Tenda, pensandolo come problema collettivo, interveniva anche con le famiglie. Successivamente, si intervenne anche nell'ambito dell'alcolismo utilizzando nei gruppi metodi clinici come il metodo Hudolin¹⁴, che si ponevano in discontinuità con i metodi degli alcolisti anonimi.

Quando De Luca arrivò a La Tenda l'esperienza del Centro Crisi era terminata ed era attivo un Centro Diurno convenzionato con la ASL, finanziato con un budget esiguo. Già in quegli anni era visibile il

¹⁴ Hudolin è uno psichiatra e neurologo croato. Sosteneva che l'alcolismo non può essere considerato una "malattia" ma un particolare modello comportamentale, uno stile di vita che riguarda non solo il cosiddetto "alcolista" ma tutta la famiglia e la comunità locale di appartenenza. Hudolin propone quindi di abbandonare un paradigma medico di tipo tradizionale per abbracciare un'ampia visione che denominerà "approccio ecologico-sociale ai problemi alcool-correlati e complessi".

passaggio per l'associazione dallo spontaneismo delle mamme e dal volontariato puro all'implementazione di un servizio d'impronta clinica organizzato da figure specializzate: medici, psicologi, infermieri o assistenti sociali. Si stava allora pensando all'attivazione di un nuovo servizio, un'unità mobile, perché nella cultura della Tenda i professionisti dovevano pensare a intervenire in luoghi diversi dall'ambulatorio e dalla Comunità. Così le prime esperienze di Unità di Strada vennero finanziate dal Fondo Nazionale Politiche Sociali tramite la presentazione di progetti al Ministero. Successivamente il fondo venne trasferito alla Regione.

L'intervistato ricorda la prima famosa Conferenza Nazionale sulle Droghe del 1993 a Palermo, alla quale parteciparono con grande interesse molti membri dell'associazione e che fu di ispirazione per il lavoro. Gli atti della conferenza sono stati materie di studio negli anni successivi per tutti coloro che vi lavoravano, soprattutto per quanto riguarda gli interventi di riduzione del danno e il reinserimento lavorativo: l'associazione era rivolta da una parte verso la clinica e dall'altra verso nuovi approcci. Secondo De Luca, all'epoca i progetti non erano particolarmente elaborati però le proposte erano innovative: il primo anno si propose l'Unità di Strada ed il secondo anno, oltre a questa, un centro notturno. La Tenda ha sempre pensato che l'idea era più importante della raffinatezza della progettazione, anche perché il Ministero all'epoca vedeva arrivare pochi progetti e li finanziava tutti.

Il Fondo Nazionale, istituito a partire dalla legge 309 del 1990, era diventato un'occasione per gli enti di costruire un rapporto con la Pubblica Amministrazione e attivare risorse che altrimenti non ci sarebbero state. L'intervistato ricorda come gli interlocutori principali fossero solo due: i cittadini e la Circostrizione. All'epoca le istituzioni sanitarie non avevano peso né autonomia, ma costituivano solo il braccio operativo della Pubblica Amministrazione: erano solo quelli che davano le medicine. Se si voleva parlare con i servizi sanitari per le dipendenze lo si faceva attraverso il presidente del Municipio. Data l'origine dell'associazione, legata alla sezione locale del Partito Comunista, i consiglieri del PCI erano proprio "lo sponsor naturale". I partiti come il PCI e il Partito Socialista mediavano il rapporto tra cittadini e Pubblica Amministrazione.

In quegli anni i rapporti con gli altri enti del Terzo Settore erano di tipo spontaneistico, anche se nella fase iniziale La Tenda ha avuto il sostegno e il supporto di molte associazioni di altri Municipi, ad esempio durante il primo presidio dell'associazione, durato trenta giorni.

Secondo De Luca il percorso dell'associazione è sempre stato orientato da una parte alla clinica e all'approccio professionale e dall'altra all'attenzione alla relazione e in particolare "all'aggancio" delle persone tossicodipendenti nella fase preliminare dell'intervento. La Tenda si occupava di "tossicodipendente attivo" mentre la cultura generale del trattamento era orientata in un'altra direzione: le comunità terapeutiche e i servizi pubblici come il Ser.T., che in quel periodo si stavano sviluppando sempre più, tendenzialmente prevedevano un'utenza che aveva già una motivazione a smettere. In particolare le comunità terapeutiche volevano che le persone fossero già disintossicate, condizione che oggi sarebbe, invece, considerata un esito del percorso di comunità. I trattamenti medici, psicologici e farmacologici erano erogati solo in assenza di uso di sostanze.

La mission che si proponeva La Tenda era quella di "occuparsi degli ultimi", cioè di quelli di cui non si occupava nessuno. Intercettare i soggetti in difficoltà per l'uso delle sostanze e poi offrire loro un servizio specialistico. Per De Luca, lungo il percorso di sviluppo dei servizi de La Tenda, dal Centro Crisi al Centro Diurno, poi trasformatosi in una Comunità Terapeutica Semiresidenziale, si è sviluppata anche "la parte trattamentale, clinica, con un impianto psicologico e terapeutico". L'associazione si è specializzata nella costruzione di una Comunità attiva in regime diurno, alternativa al modello della "Comunità Terapeutica H24", considerato da La Tenda segregante e non in grado di lavorare per lo sviluppo dell'autonomia degli utenti. Il trattamento diurno della Comunità de La Tenda, invece, durava otto ore e poi la persona tornava a casa "alle sue tentazioni", confrontandosi con la vita reale, senza un "distacco". In seguito, la Tenda avrebbe riconsiderato l'idea fino a ritenere che una fase di isolamento – per rafforzare le capacità dell'individuo – non fosse necessariamente sbagliata, ma all'epoca non era concepibile un trattamento comunitario di tre o cinque anni. Successivamente lo spirito anticomunitario sarebbe stato ridimensionato anche a seguito dei cambiamenti delle Comunità che, da custodialiste diventarono "terapeutiche" in quanto vi lavoravano dei professionisti, prendendo le distanze dal modello delle comunità organizzate attorno alla figura di un "santone", di un leader carismatico.

Dagli anni '90 fino al 2000 De Luca ricorda una progressiva attivazione di servizi de La Tenda ad "alto profilo professionale". Prende ad esempio l'Unità Mobile, sperimentata con i volontari ma attivata con psicologi e medici: per l'intervistato la presenza del medico è stata la specificità delle Unità Mobili de La Tenda. Il personale sanitario a bordo era una caratteristica differente anche dalle Unità di Strada nate un paio di anni prima per opera di altre associazioni del territorio. In quelle Unità di Strada, almeno in quel primo periodo, c'era una forte presenza di ex tossicodipendenti. La Tenda non sposava questo approccio, non aveva mai pensato che un ex tossicodipendente avesse, solo in quanto tale, le competenze per lavorare in un'unità

mobile. Si riteneva, al massimo, che gli ex tossicodipendenti potessero avere una maggior facilità nel primo aggancio rispetto ai professionisti.

La valorizzazione della presenza del medico che ha promosso La Tenda in questo specifico ambito è stata peculiare. L'intervistato ricorda che da allora si sono avvicinati solo cinque o sei medici, professionisti noti per la loro competenza anche nel circuito nazionale dell'ambito perché "sapevano stare per strada". Fondamentale per i medici era avere buone capacità di relazionarsi anche nei colloqui informali e occasionali, rispettando i tempi e gli spazi della persona tossicodipendente. Solo dopo si sarebbe messa in campo la competenza professionale. Le unità mobili della Tenda, ricorda, intervenivano in caso di overdose, ma il personale medico era utile anche per altri interventi sanitari come le medicazioni delle ferite, molto frequenti.

Quando il Fondo Nazionale delle politiche per le droghe passò alla Regione, La Tenda propose i progetti alla Regione e attivò altri centri diurni e notturni. Secondo De Luca, se prima il finanziamento avveniva grazie alla mediazione delle Circoscrizioni locali che facevano da garante con gli altri servizi pubblici e permettevano di facilitare i rapporti tra ente e servizi sanitari, poi, con l'istituzione del fondo, era l'ente che si presentava direttamente al Pubblico, tramite il progetto. La legge n. 309/90 che aveva istituito il Fondo, chiamata anche Craxi-Jervolino-Vassalli, era stata promulgata da un governo di centro-sinistra, costituito all'epoca da DC, PSI e repubblicani e aveva un'impronta proibizionista che successivamente venne ridimensionata con un referendum abrogativo. Nel 2000 venne promulgata un'altra legge sulle droghe, stavolta dal centrodestra, la Fini-Giovanardi, che riprendeva l'ottica proibizionista. La legge da un lato si schierò dalla parte delle comunità "di vita"¹⁵, dall'altro introdusse la punibilità del consumatore, senza distinzione per il tipo di sostanza, dato che per la legge non c'era differenza tra le droghe. Questo, secondo De Luca, era lo scenario culturale di quegli anni ed entro questo conflitto perenne si sarebbero istituiti diversi servizi. Gli approcci di tipo proibizionista generavano sistemi amministrativi e penali contenitivi perché si riteneva che la punibilità fosse un deterrente al consumo. Si supportavano le comunità terapeutiche e i servizi orientati alla finalità dell'estinzione dell'uso delle sostanze mentre si riteneva il carcere il luogo deputato ai consumatori che non volevano smettere.

L'intervistato ricorda come attorno al '95/'96 La Tenda cominciò un percorso di apertura con altri enti, interloquendo in particolare con quelle associazioni che attivavano programmi di riduzione del danno, come ad esempio Parsec, con cui già negli anni '80 aveva condiviso le battaglie per l'istituzione dei servizi. La Tenda decise inoltre di aderire al CNCA (Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza), un coordinamento costituito da 13 preti con un approccio laico, che non vincolavano l'adesione al servizio alla fede religiosa. Si trattava di preti "di strada": nomina quelli di Trento, don Luigi Ciotti e don Luigi Albanese, quelli di Bolzano, di Verona e di Parma. Fu un luogo di scambio culturale e di rapporti con tutti gli enti del Lazio che vi aderivano e da lì si aprirono anche nuove collaborazioni e si cominciarono a fare progetti in partenariato. Nel 1997 si fece il primo progetto cittadino dentro le discoteche, rivolto a consumatori di sostanze sintetiche, partecipando con un ampio partenariato ad un bando del Comune di Roma. Per De Luca fu un lavoro pionieristico. Attorno a questo progetto si avviò una ricerca e si pubblicò un libro¹⁶.

In quegli anni il Comune – con la giunta Rutelli – costituì l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze e questo facilitò gli enti che potevano interloquire direttamente con essa, rendendo più agevole il reperimento dei fondi e l'istituzione di servizi. Allora a Roma gli interlocutori erano da una parte le Comunità tradizionali e dall'altra le associazioni "strane" che si occupavano di riduzione del danno, come La Tenda. Sotto la successiva giunta di centro-destra di Alemanno, l'Agenzia decise di non finanziare più i servizi di riduzione del danno, incentivandone la chiusura, che avvenne nel giro di due o tre anni. Per l'intervistato la vittoria di Alemanno fu frutto di un clima politico in cui il conflitto si giocava sempre tra proibizionisti e non proibizionisti. Secondo chi veniva annoverato tra gli antiproibizionisti si trattava di una distinzione troppo schematica, il motto principale del CNCA era "Educare, non punire", un modello alternativo alla dicotomia "proibizionismo sì/no".

Intanto, parallelamente alla costruzione degli enti del privato sociale, avveniva negli anni '90 l'implementazione e la progressiva professionalizzazione dei servizi territoriali per le tossicodipendenze previsti dalla legge 309; oggi ci sono numerosi Ser.T., almeno uno per ogni ASL. In Italia è presente un servizio capillare, assente in paesi come il Regno Unito; inoltre, prevedono équipe multidisciplinari di alto profilo. Ciononostante, per De Luca il sistema italiano "non è mai riuscito a diventare una forza trainante"

¹⁵ In Italia le prime comunità nascono negli anni '70 ad opera di gruppi religiosi o del mondo del volontariato che non hanno modelli di intervento formalizzati ma sono spinti da un desiderio di occuparsi degli altri e di intervenire attivamente nella società. In questo senso si definiscono comunità di vita, in contrapposizione alle comunità terapeutiche, nate negli anni '90 e caratterizzate da una maggior attenzione ai rapporti con la rete dei servizi per le dipendenze e una specializzazione nei trattamenti.

¹⁶ Per un approfondimento, si veda: Bagozzi & Cippitelli, 2003.

come previsto dalla legislazione, piuttosto è sempre stato “sottodimensionato” e spesso, durante i primi anni, ha fatto da porta di ingresso per i professionisti nel sistema sanitario, diventando un luogo di approdo da cui presto trasferirsi.

Per La Tenda l'ASL ha rivestito un ruolo centrale, finanziando il Centro Diurno ma anche la Comunità Terapeutica Semiresidenziale; il Ser.T. si costituiva come servizio inviante e dava il nulla osta per il finanziamento delle rette per le persone che volevano intraprendere un percorso in Comunità.

L'intervistato ricorda invece come ci fossero altre Comunità in conflitto con i Ser.T. perché qui si somministrava il metadone. La Tenda non ha mai considerato contrapposti il sistema comunitario residenziale e i sistemi ambulatoriali dei Ser.T. La tenda era estranea a quel conflitto ma, se avesse dovuto partecipare, si sarebbe schierata sempre con i servizi pubblici. Era favorevole alla somministrazione del metadone, perché, secondo la cultura condivisa della riduzione del danno, era un elemento essenziale per poter avviare percorsi con le persone. Quando si cominciò a parlare di basso dosaggio e scalaggio metadonico, invece, chi proveniva da questa cultura non concepì il tipo di intervento. All'epoca il clima culturale e politico rifletteva una contrapposizione stereotipata tra destra proibizionista e sinistra antiproibizionista, ma vi erano secondo De Luca in realtà posizioni più complesse riguardo alle questioni tecniche, etiche e politiche; il tema della dipendenza è sempre stato controverso perché legato a un conflitto culturale, politico e religioso.

I trattamenti proposti dai servizi pubblici si sono evoluti nel tempo. I Ser.T. non potevano essere sbrigativamente definiti “dispensatori di metadone”, come diceva la destra, anche se in essi si dava ancora molta importanza al trattamento medico individuale. In questi servizi sono state fatte nuove esperienze come l'avvio di terapie di gruppo e terapie familiari. Quando gli operatori pubblici si sono stabilizzati, successivamente alla fase in cui si veniva assunti al Ser.T. per poi chiedere il trasferimento altrove, i medici, gli psicologi e gli assistenti sociali hanno investito sulla formazione. Invece, diversamente dal resto d'Italia, gli psichiatri che si sono dedicati alle dipendenze nel Lazio sono sempre stati pochi.

Anche se spesso i Ser.T. erano coordinati dai medici, gli assistenti sociali hanno costituito “una forza predominante nella loro gestione”, De Luca ricorda l'alto profilo e la cultura di molti di loro.

La Tenda, attraverso il Fondo per le Politiche Nazionali, ha partecipato a progetti – aventi come capofila l'ASL del territorio – che si occupavano di reinserimento lavorativo e prevenzione. Questo approccio di collaborazione prevedeva che l'istituzione sanitaria non si chiudesse nella sua “clinica” ma costruisse un sistema di relazioni nel territorio.

Dopo che lo Stato ha deciso di ripartire il Fondo Nazionale alle Regioni, la Regione Lazio ha continuato a mantenere la quota di fondi che riceveva – si parla di una somma non irrisoria di circa 4 o 6 milioni – a prescindere dal colore politico delle giunte che si sono susseguite. I servizi finanziati dalla Regione, una cinquantina, hanno continuato a sussistere fino ad oggi, mentre tutti e venti i servizi finanziati dal Comune di Roma, ad esclusione di uno, sono stati chiusi.

I servizi regionali, negli ultimi anni, hanno avviato un difficile processo di accreditamento e “si trovano nella Babilonia”. Molti di quei servizi sono gestiti in partenariato con gli Enti Pubblici e la presenza dei Ser.T. secondo De Luca potrebbe aver aiutato a garantire la continuità dei servizi. L'accREDITamento è una certificazione del fatto che quel servizio è essenziale e di interesse pubblico e non può essere annoverato tra i progetti, in quanto questi ultimi hanno una durata limitata nel tempo. Le tortuosità e le lentezze di questo percorso di accREDITamento sarebbero dovute alla difficoltà di adeguare i servizi ad un Sistema Sanitario improntato sulle prestazioni individuali e non a un atteggiamento di ostracismo da parte della Regione.

Secondo l'intervistato è difficile per il sistema pubblico integrare gli interventi di tipo socio-sanitario e il rischio è di trasformarli in servizi che erogano prestazioni, pensate come esclusivamente sanitarie.

Inoltre in questo ambito sembra difficile fare una valutazione dell'impatto dell'intervento utilizzando i criteri propri della sanità. Questo ha generato difficoltà e conflitti tra servizi del Terzo Settore e Regione: gli enti sono un soggetto debole ma influenzano le decisioni, per cui si crea un clima di incertezza che esita nelle “proroghe”. Anche se la proroga non è un accREDITamento, secondo De Luca indica un impegno da parte dell'Ente a dare continuità al servizio. Questo non garantisce che i servizi non vengano modificati, magari danneggiandoli per incapacità, ma “non c'è il disegno da parte della Regione di abbandonarli”.

Per l'intervistato, tutti i partiti, a livello regionale, hanno portato avanti le stesse politiche, l'unico acceleratore è stata la giunta Zingaretti, che ha deciso di avviare l'accREDITamento; quando culturalmente si afferma l'urgenza, l'importanza e la validità dei servizi, considerandoli pubblici, si vince una battaglia culturale e ciò sarebbe avvenuto anche in diverse altre regioni che hanno investito nella costruzione di un sistema di servizi articolati che non fossero solo i Ser.T.

Negli ultimi anni, d'altro canto, si evidenzia che i servizi de La Tenda sono stati nell'incertezza e questo ha determinato un “clima angosciato e depresso che ha favorito il burn-out degli operatori ed il loro frequente turn over”. Per De Luca, i processi che riguardano i cambiamenti negli assetti di questi servizi hanno a che

vedere con i cambiamenti culturali che determinano l'ingaggio del personale che opera negli enti di Terzo Settore. Oggi prevarrebbero motivazioni legate alla retribuzione e all'arricchimento della propria esperienza professionale e non più le ragioni sociali, politiche e culturali che hanno caratterizzato la partecipazione ai progetti da parte di De Luca e degli altri professionisti. Questo approccio culturale alla professione è una scelta politica e sociale: rifletterebbe la scelta di stare in un processo culturale e politico in nome del quale ci si occupa degli "ultimi della lista, i discriminati, i maltrattati come Cucchi". In passato "non si era mai visto un socio de La Tenda fare vertenza contro l'associazione perché non retribuito", non era concepibile dieci o quindici anni prima, all'epoca in cui l'arrivo dei soldi era un "accidente complementare". Adesso questo clima è cambiato e bisogna capire come la natura dell'organizzazione può essere trasformata in una forma organizzativa che produce lavoro per i propri associati. Anche se per l'intervistato "non c'è niente di male" nel pensare questo cambiamento, è utile "prendere la decisione di fare un'altra cosa rispetto a prima: costruire una cooperativa il cui primo obiettivo è dare lavoro ai propri soci", però si sente il rischio di farlo "a prescindere dalla qualità del progetto". Per De Luca sarebbe necessario trovare tra i soci dell'organizzazione un equilibrio tra le esigenze professionali retributive e esigenze ideali; molti enti del Terzo Settore si stanno confrontando su queste questioni.

Nel frattempo, le organizzazioni del Terzo Settore non sono più viste unanimemente in modo favorevole: c'è "un clima di bufera" perché la politica e il giornalismo cominciano a guardare a questi enti con diffidenza (De Luca ricorda Salvini che definisce le ONG vice-scafisti e lo scandalo di Mafia Capitale), accusandoli di "lavorare con gli ultimi, ma guadagnandoci sopra". I media valorizzerebbero l'azione dei volontari, mentre "massacrerebbero" i professionisti che lavorano in questo campo. Se da una parte gli enti si devono quindi porre il problema della retribuzione dei propri soci, dall'altra parte si sente il rischio che questo possa portarli ad accaparrare risorse, portando avanti progetti che non si condividono, come le campagne di prevenzione contro l'uso di sostanze. Molti soci del La Tenda vorrebbero uscire dal processo di accreditamento, perché questo rischia di modificare irreversibilmente i servizi, ma non si vede un'alternativa.

L'intervista a Claudio Cippitelli

L'intervistato racconta come il lavoro nel sociale abbia una storia breve, se paragonata a quella della medicina, che vanta tremila anni di storia. Ripercorre le origini del servizio sociale sottolineando, innanzitutto, come ritenga un "errore semantico" definire oggi gli interventi ad esso riconducibili "servizi alla persona". I primi servizi sociali possono esser fatti risalire già all'immediato dopoguerra della Prima Guerra Mondiale (si riferisce a figure come la levatrice, il medico condotto, ecc). Un momento importante nel loro strutturarsi riguardò il periodo dal '45 in poi, in cui l'incremento dei processi migratori all'interno del territorio italiano avrebbe motivato una maggiore attenzione ai bisogni sociali degli individui, confrontati con cambiamenti di tipo culturale e antropologico, su cui era necessario intervenire. Negli anni '60, poi, ci sarebbe stata un'esplosione di nuovi bisogni sociali, nuove "pulsioni societarie", data dalla fine di quello che l'intervistato definisce *mainstream*, cioè la rigidità dei canoni sociali e culturali che regolavano i diversi ruoli, le rappresentazioni e i rapporti tra individui. Questa possibilità di reinterpretare il proprio ruolo sociale, che sviluppa nuovi desideri, venne presa in carico – dice Cippitelli – dal movimento che all'epoca si definiva rivoluzionario, ma che oggi chiamerebbe "riformista", ovvero orientato alla realizzazione di profonde riforme della società italiana.

A proposito di questo movimento, l'intervistato ritiene si componesse di "due facce": "la sinistra di classe" da una parte, e il mondo cattolico dall'altra, che in quegli anni riscopriva una vicinanza con i propri fedeli attraverso l'impegno nel sociale. Nascono, così, i primi interventi sociali portati avanti congiuntamente da soggetti che provenivano dalla cultura comunista/socialista e soggetti più legati alla cultura cattolica. Un clima societario diffuso, accomunato dal desiderio di far uscire l'Italia da una cultura "tardo-contadina" per entrare, invece, nella modernità. La "mobilitazione della politica di base verso le istanze sociali", fa scoprire soggetti nuovi, ovvero soggetti che fino agli anni '70 erano rimasti "in penombra". Tra questi: i giovani, protagonisti del movimento rivoluzionario di quegli anni, ma anche portatori di bisogni specifici; i carcerati, fino a quel momento relegati in una terra di nessuno e di cui invece si comincia a parlare; le donne, non considerate come aventi un pensiero autonomo e attorno al quale si sviluppa tutto il movimento femminista teso all'emancipazione della condizione femminile.

Negli anni '80, a partire dall'incremento di questi nuovi fenomeni sociali, si costituiscono le prime cooperative chiamate a occuparsi di tali questioni, indicando anche qui Chiesa Cattolica e Partito Comunista come principali promotori. I nomi delle prime cooperative – Magliana 80, Bravetta 80 – esplicitano il legame tra quegli anni e la nascita di tali realtà. Secondo Cippitelli gli scopi di queste prime cooperative erano principalmente due. Il primo era aprire uno spazio di lavoro e di impiego per i "ragazzi del Baby Boom",

ovvero laureati nelle emergenti discipline umanistiche (sociologia, psicologia, ecc.), la cui numerosità era esito della riforma della scuola che aveva avviato un processo di scolarizzazione di massa, permettendo l'accesso all'università a un gran numero di soggetti esclusi fino a quel momento. Il secondo scopo era quello di offrire interventi professionali in settori sociali fino ad allora "sconosciuti", per i quali le figure presenti fino a quel momento (ad esempio l'assistente sociale) risultavano non più "esaustive".

Parsec ha un'origine diversa dai due "ceppi" nominati sopra (Chiesa Cattolica e Partito Comunista) perché nacque da una storia di impegno politico proveniente da quel movimento della Sinistra di Classe che Cippitelli identifica con i movimenti filo-maoisti, tra cui cita il Manifesto, Lotta Continua e Avanguardia Operaia.

Negli anni '80 questo movimento e le persone che lo componevano, vissero una sconfitta storica pesantissima, una "sconfitta delle idealità" che aveva accompagnato gli anni '70. Nel 1980, tutto ciò era terminato e si era già in piena fase di riflusso. L'intervistato ricorda quelli che furono poi definiti "anni di piombo" come anni, al contrario, di grande aggregazione e di dibattito politico, ma affianca questo fervore alla disillusione dell'ipotesi rivoluzionaria, dimostratasi "assolutamente inagibile", anche a causa dell'estremizzazione di certe parti del movimento della sinistra di classe responsabili, a suo avviso, della nascita del terrorismo in Italia. Questa estremizzazione avrebbe anche portato alla divisione tra chi era disponibile a un'ipotesi di "lotta armata" e chi - come i componenti di Parsec - decise, al contrario, di continuare il suo impegno in ambito sociale.

Descrive la nascita di Parsec come l'unione di tre realtà: una realtà "di territorio", il Centro di Cultura Popolare del Tufello, nato negli anni '70 ed esistente ancora oggi; il comitato di lotta alla droga afferente allo stesso territorio (all'epoca IV Circoscrizione); un gruppo di ricerca che proveniva dalla CGIL. Queste tre realtà avrebbero rappresentato, nella nascita di Parsec, anche l'unione di tre diverse "expertise": la conoscenza del territorio del Centro di Cultura Popolare, la motivazione politica del comitato di lotta alla droga e la ricerca di una professionalità attraverso l'indagine sociale, la cui competenza è andata sviluppandosi nel tempo.

Secondo Cippitelli, le relazioni con la Circoscrizione e il Comune contavano - allora come oggi - pochissimo e i rapporti di Parsec erano rivolti invece molto più ai "collegi del pubblico", impegnati nelle stesse questioni sociali. Ricorda, rispetto a questo, che la prima indagine sulle dipendenze fu svolta proprio in rapporto con il vecchio SAT (Servizio Assistenza Tossicodipendenti) - oggi Ser.D. La predilezione per i rapporti con i servizi sanitari pubblici, piuttosto che con la politica, è motivata per l'intervistato anche dal fatto che Parsec non avesse un "partito di riferimento". Cippitelli dice che Parsec affiancava "i collegi delle amministrazioni pubbliche" offrendo il suo contributo; contributo che, sottolinea, aveva una possibilità di guadagno molto limitata, dal momento che la cooperativa si configurava come ente ausiliario rispetto al servizio pubblico. Laddove c'era la possibilità di avere delle commesse o di partecipare a bandi, Parsec partecipava, ma la possibilità di "incontrare davvero i soldi" dipendeva anche dal grado di "controversia" dell'oggetto di intervento. L'intervistato prende ad esempio oggetti come l'handicap, l'assistenza agli anziani, la salute mentale: "qua ci sono, c'erano e ci saranno sempre soldi", ci dice, perché nessuno direbbe che non ci si debba occupare di tali questioni. Occuparsi di droghe, come anche di AIDS - altro oggetto di interesse di Parsec negli anni - significava, al contrario, dover fare i conti con la "proposta etica" del finanziamento che sosteneva l'intervento, e più in generale con la "tematizzazione politica del momento" a riguardo. Per questo Cippitelli afferma che aver scelto di intervenire su questo tipo di oggetti sociali, non abbia reso la vita facile a Parsec, che oltretutto - avendo scelto di non avere una Comunità Terapeutica di riferimento - non poteva contare sui finanziamenti ad essa dedicati. La cooperativa ha preferito, invece, sempre il lavoro per progetti, che erano considerati strumento simbolo di innovazione.

Le motivazioni che spingevano i giovani a partecipare a questo "momento cooperativo" erano tante, e parlando di ciò che spinse lui stesso a fondare una cooperativa in quegli anni, l'intervistato evidenzia l'interesse a utilizzare questo tipo di organizzazione per dire qualcosa di innovativo ("parole rivoluzionarie"). Rispetto alle droghe, Cippitelli parla di pubblicazioni su varie riviste (tra cui *Sapere*) finalizzate a esprimere il dissenso circa l'approccio che riteneva il tossicodipendente un malato e la dipendenza da eroina una malattia cronica recidivante. Un approccio che suggeriva al "tossicomane" di buttare via la vita condotta fino a quel momento per costruirne una nuova, ritenuto da Parsec pressoché inconcepibile.

L'intervistato afferma - dichiarando di averla poi forse "pagata nel tempo" - di non aver mai prestato servizio in quei settori in cui la cooperativa non era adeguatamente formata (per esempio l'handicap) o dove non sembrava ci fossero spazi di innovazione, come l'assistenza agli anziani o gli interventi domiciliari.

Questa specificità di oggetti di intervento e di obiettivi circa il lavoro nel sociale avrebbe permesso a Parsec di attivare una rete di rapporti non solo a livello locale, ma molto in fretta anche a livello nazionale, entrando a far parte di quello che Cippitelli definisce un "network di riflessione e di relazioni con gruppi, realtà che come noi vivono questa necessità di innovare, di ripensare e di ricercare sulle politiche sociali". Riporta poi

una serie di distinzioni tra le diverse cooperative italiane, sottolineando la rilevanza regionale in termini di motivazioni, dimensioni, orientamenti politici e metodologici sottostanti. L'ambiente tosco-emiliano, fortemente influenzato dalla sinistra del Partito Comunista al governo, con una storia cooperativistica molto forte e lontana nel tempo; il territorio del Milanese e del Lombardo con la prevalenza, negli ultimi trent'anni, del Centro Destra e della Lega, partiti con tutt'altro orientamento ma portatori di un approccio fortemente professionalizzante in ambito sanitario. La Regione Lazio, pur con alterne vicende, avrebbe sempre lasciato ampio spazio all'innovazione, permettendo – specialmente negli ultimi dieci-quindici anni – di realizzare progetti particolarmente innovativi anche a livello nazionale. Sostiene che, in particolare Parsec, in virtù di quell'assenza di riferimento politico citato sopra, avrebbe permesso di avvicinare molte persone meno politicizzate, unite dall'interesse per l'innovazione e la ricerca.

Rispetto alla committenza pubblica Cippitelli afferma che ci sono sempre stati due modi per ottenerla: “o passando attraverso il Partito o partecipando a bandi”. Rivendica come Parsec abbia sempre utilizzato la strada dei bandi. Parla del “nucleo di progettazione” come un settore della cooperativa fortemente valorizzato - specialmente nella sua quota di ancoraggio al contesto - inteso “non come un corpo separato” ma come strumento in grado di intervenire efficacemente grazie al continuo contatto con gli operatori. Un lavoro il cui prodotto nasca dunque dall'azione, ma anche dalla ricerca.

Definisce “drammatica” la situazione della committenza pubblica degli ultimi anni per il cambiamento delle fonti di finanziamento esistenti in passato. Ricorda che negli anni '80, accanto ai committenti quali il Comune e la Regione, c'erano anche enti come il Fondo Nazionale Lotta alla Droga che prevedeva, all'epoca, una parte specificamente dedicata all'innovazione e alla ricerca. Oggi questa parte non è più prevista e Cippitelli ne parla anche per motivare quella che ritiene essere oggi una generale contrazione della ricerca in ambito di dipendenze, fatta eccezione per gli studi condotti dalle neuroscienze su cui l'intervistato mostra il suo scetticismo.

Oggi la fonte di finanziamento principale di Parsec è la Regione perché gestisce il Fondo Nazionale Antidroga e perché, al contrario, il Comune avrebbe – a partire dalla giunta Alemanno – ridotto sensibilmente i fondi destinati ai servizi attivi in questo ambito.

Rispetto ai cambiamenti avvenuti nel tempo Cippitelli tratta anche l'aspetto di meritocrazia nel Terzo Settore, a suo avviso intaccato dall'indagine di Mafia Capitale – avviata nel 2014 – responsabile di aver creato un sistema di controllo che, per garantire la trasparenza delle cooperative avrebbe istituito un loro turn-over prescritto e indipendente dalla qualità dell'operato svolto: “quindi tu puoi essere bravissimo, ma se sono quindici anni che da bravissimo gestisci un servizio, devi essere sostituito da un altro”.

Riguardo la presenza o meno di un sistema di verifica circa gli interventi svolti nel Terzo Settore, Cippitelli evidenzia aspetti di criticità che riconduce principalmente a due fattori: da una parte la mancanza – allo stato attuale – “di metodologie per verificare anche approssimativamente l'impatto delle politiche pubbliche”, dall'altra la brevità dei progetti messi a bando negli ultimi anni (parla di appalti di sei, nove mesi) che renderebbero inverosimile la possibilità di verificare cambiamenti visibili e misurabili. Riferisce allora, che un criterio di verifica risieda invece nella reputazione costruita nel tempo dalle diverse cooperative in maniera informale, fatta di rapporti, produzione intellettuale, ma anche da “la voce degli utenti” che “dovrebbe dire qualcosa di te”.

Parla poi del processo che ha portato Parsec a passare da associazione a cooperativa con l'obiettivo di occuparsi di dipendenze, unendo le tre realtà fondative che nominava all'inizio (il Centro di Cultura Popolare, il comitato di lotta alla droga e il gruppo di ricerca). Sostiene l'importanza, per gli enti del Terzo Settore, di “modificare se stessi, i propri ambienti” al fine di non “insterilirsi e morire”, esito di molte realtà associative nate tra gli anni '70 e '80, che secondo Cippitelli “non avevano più quel ruolo che forse avevano un tempo”. Nomina poi la crisi economica degli ultimi anni, che avrebbe determinato lo scarso introito di nuovi operatori e quindi anche limitato la possibilità di “garantire la contemporaneità” dei servizi offerti. Crede che in generale il Terzo Settore necessiti di una “rivisitazione totale”.

A tal proposito, parla del rapporto tra pubblico e privato sociale, che avrebbe costituito negli anni ciò che definisce “welfare mix” e che le cooperative avrebbero “accettato”, pur trattandosi di un sistema che “si basava su un dominio, una prevaricazione e un'ingiustizia”. L'ingiustizia risiede, secondo l'intervistato, nel fatto che l'operatore (psicologo) che lavora nel servizio pubblico, oltre ad avere una garanzia contrattuale e retributiva, viene pagato tre volte tanto un psicologo che lavora nel privato sociale. Afferma di aver “accettato” queste condizioni anche perché riconosce “statuti diversi” alle figure citate prima, in termini di rapporti contrattuali e modalità di accesso: “ovviamente per entrare nel pubblico devi fare un concorso, mentre molto spesso i nostri operatori erano cooptati”. Sostiene, ad ogni modo, una disparità tra servizio pubblico e cooperativa: “queste politiche pubbliche si sono basate su due gambe che non sono mai state paritarie”. Ovvero, mentre la cooperativa avrebbe sempre ribadito “la centralità del servizio pubblico” (cita qui l'appartenenza al CNCA per sottolineare la condivisione di questo approccio tra le realtà che vi facevano

parte) il pubblico avrebbe ricambiato solo in parte, guardando – si riferisce nello specifico al sindacato – al mondo dell’associazionismo e della cooperazione come a “un luogo dello sfruttamento”. Cippitelli ammette che ci sono state cooperative responsabili di uno “sfruttamento dell’uomo in maniera selvaggia”, ma ritiene ingiustificata la generalizzazione di questa reputazione, che non ha riguardato molte altre realtà, fra cui Parsec.

Riconduce queste difficoltà all’incongrua regolazione e tutela del Terzo Settore, che la definizione di ente ausiliario avrebbe contribuito a rafforzare, determinando uno “scarso rispetto da parte del pubblico” e una “scarsa tutela delle traiettorie, dei destini di vita degli operatori.”

Oggi Parsec si avvia alla procedura di accreditamento e Cippitelli crede che il processo di regolamentazione sia “un percorso” in cui, nel frattempo, sono cambiate molte cose. Parla di una “rimessa in discussione” dell’ideale di Servizio Sanitario che aveva motivato la nascita delle cooperative, oggi confrontate con l’obbligo di essere sostituiti e il funzionamento tramite voucher¹⁷. Critica quest’ultimo tipo di approccio, in quanto ritiene presupponga una capacità di orientamento dell’utente che andrebbe invece costruita e sostenuta. Cita, al contrario, le brochure con cui Parsec illustrava ai tossicodipendenti le opportunità a loro disposizione qualora avessero voluto affrontare il problema: l’intervento diurno, la comunità, la psicoterapia. L’intervistato lamenta in generale un cambiamento nel riconoscimento di quello che definisce “il profilo etico” del lavoro nel sociale (“ti dicevano quanto sei bravo, quanto sei buono”), che oggi viene invece visto “con sospetto”, anche a seguito dell’incremento dei servizi rivolti all’immigrazione, che a suo avviso avrebbero “enfaticizzato” l’idea che si possa “lucrare sui problemi delle persone”.

Rispetto al rapporto tra cooperativa ed ente pubblico nella sua esperienza entro Parsec, Cippitelli parla ancora della “ricerca di un partenariato” come fondamento di questo rapporto. Distingue Parsec dalle comunità terapeutiche responsabili, a suo avviso, di utilizzare il servizio pubblico per ricevere utenti, senza poi mantenere un legame con esso. Le comunità erano entrate spesso “in polemica” con i servizi pubblici anche su aspetti metodologici e di trattamento. La questione del metadone diventa esemplificativa: mentre gli allora SAT intervenivano anche fornendo metadone, le comunità negli anni ’80 e ’90 “tematizzavano il metadone come droga di stato”.

Cippitelli sostiene, al contrario, che “maneggiare soldi pubblici” renda necessario e imprescindibile l’approccio di “co-gestione” tra cooperativa e servizio pubblico. Cita a tal proposito una ricerca sull’utilizzo di cannabis, entro il progetto “Oltre il muro”, realizzata in stretta connessione con il Ser.D. della ASL Roma2: “è una ricerca fatta insieme, che presenteremo insieme, che discuteremo insieme. E per noi ha un valore importante questa cosa qua, molto importante”.

Definisce infine il CNCA come un “coordinamento di quelle comunità di accoglienza che avevano una visione comune”. Guardando al presente, riconduce la trasformazione culturale di quest’organo al passaggio da un’ottica basata sull’associazionismo e il volontariato, a una più specificamente orientata al lavoro sociale - con la costituzione delle cooperative – e all’attenzione alle questioni professionali strettamente legate. La federazione del Lazio, secondo l’intervistato, avrebbe sempre promosso una funzione di ricerca, studio e innovazione.

Alcune considerazioni

Nella prima parte delle interviste le persone coinvolte risalgono alle origini delle cooperative cui hanno partecipato, recuperando le finalità che avevano orientato lo sviluppo di quello che viene definito “il lavoro nel sociale”. Tra queste, sembra rilevante il desiderio di “rendere visibili” certi problemi che la società del momento affrontava in maniera prettamente individualistica. Per “rendere visibile” si intende l’operazione di sostenere e mostrare una prospettiva diversa da cui guardare un determinato fenomeno. Cippitelli parla per esempio degli “oggetti sociali rimasti in penombra fino agli anni ’70” nominando i carcerati, i giovani e le donne. In penombra sarebbero rimasti anche i problemi di queste categorie sociali, cosiddette svantaggiate, se i fondatori degli enti del Terzo Settore non si fossero assunti il compito di mostrare alla politica, alle istituzioni, ma anche alla società che c’erano questioni problematiche sulle quali era opportuno intervenire. L’importanza per le giovani mamme del Tiburtino III di parlare con Nilde Iotti della tossicodipendenza dei figli e la foto di questo incontro ricordata da De Luca, sembrano rendere conto di questo desiderio.

¹⁷ L’art. 22, comma 2, della l. 328/2000 individuava gli interventi che costituivano il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali. Nello specifico l’amministrazione concedeva voucher o assegni di cura ai cittadini tossicodipendenti da spendere presso le strutture accreditate per l’acquisto di prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale.

Le famiglie della periferia romana che si mettevano insieme per richiedere e promuovere servizi che facessero fronte ai problemi che incontravano, sembravano animate da vissuti di solitudine in rapporto alle istituzioni. Ipotizziamo che i problemi di queste famiglie potessero, invece, trovare uno spazio di condivisione in queste nuove forme associative: collaborando con esse, era possibile sentirsi meno marginali. Gli enti del privato sociale sembrano essere nati, in questo senso, con la finalità di intervenire su questi “marginali”, questi “ultimi”, facendo proprio il mandato di occuparsene, in rapporto a uno Stato vissuto talvolta come disinteressato, talvolta come sprovvisto delle risorse necessarie per intervenire. In ogni caso, la sopravvivenza di queste forme associative, così come quella dei loro utenti, sembrava dipendere dal rapporto con le istituzioni.

I fondatori del Terzo Settore di cui si parla nelle interviste sono figure connotate politicamente e culturalmente, figli di un periodo storico di rivoluzioni del pensiero avviato con gli anni '70, che aveva permesso alle persone – e non solo alle istituzioni – di sperimentare la possibilità di intervenire sulla società, entro gruppi organizzati in cui condividere ideali e ideologie, orientamenti religiosi, politici e culturali. Nelle interviste si parla di giovani di sinistra e di appartenenti alle comunità cattoliche che lavoravano fianco a fianco, occupandosi di problemi sociali, quasi fino a sentirsi organi sostitutivi dello Stato.

Queste nuove esperienze di partecipazione sociale sembrano aver sollecitato una prima fondamentale intuizione: considerare problemi quali la criminalità e la tossicodipendenza come questioni sociali e culturali, piuttosto che deficit individuali. Sembra proporsi una discontinuità sia rispetto all'approccio del modello medico-sanitario, che tendeva alla medicalizzazione e colpevolizzazione del “malato”, sia rispetto a quello coercitivo-criminalizzante, che puntava a punire il comportamento del singolo “deviante”. Il confronto con questi modelli individualisti risulta presente in tutte e tre le interviste, come se l'identità di queste realtà del Terzo Settore si sia costruita anche sulla necessità di contrapporsi ad essi, proponendo alternative metodologiche. Cippitelli, per esempio, ci tiene a sottolineare “l'errore semantico” insito nell'attuale denominazione “servizi alla persona”, che ritiene incongrua rispetto alla complessità dei servizi offerti. De Luca trova problematico ridurre a “prestazioni”, come fossero servizi sanitari rivolti al singolo, gli interventi proposti dall'associazione in cui lavora, che al contrario tengono conto di tutta una serie di aspetti relazionali e sociali.

Entro questa prospettiva, che immaginava le problematiche sociali comprensibili e trattabili all'interno dei rapporti, si coglie l'utilità di intervenire sul vissuto di solitudine delle famiglie coinvolte – attraverso l'attivazione di dispositivi di partecipazione, inclusione, sostegno reciproco – ma anche sulla società più in generale, per esempio attraverso l'attività di ricerca e pubblicazione che Cippitelli individua come uno dei pilastri del metodo di lavoro che porta avanti Parsec.

Un'altra intuizione di coloro che hanno partecipato al processo di istituzione di questi servizi, riguardava il rapporto con i portatori diretti del problema, i tossicodipendenti: l'intervento con questa utenza non era immaginato soltanto a premessa del rapporto, ma anche come esito del lavoro di prevenzione, assistenza e contatto diretto con le persone.

Per gli intervistati, queste interessanti intuizioni si sono confrontate con la difficoltà di essere sostenute nel processo di costruzione e manutenzione dei rapporti di committenza con le istituzioni che avrebbero dovuto finanziare con continuità i servizi.

Sembra che il vissuto di marginalità delle famiglie che si confrontavano con il problema della tossicodipendenza si sia riproposto anche nel rapporto tra enti del Terzo Settore e istituzioni finanziatrici.

Gli intervistati parlano a lungo di come, negli anni, siano cambiati i rapporti di committenza, evocando i partiti politici e i Municipi prima, lo Stato (attraverso il Fondo Nazionale per le Tossicodipendenze), il Comune (ricordiamo l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze) e la Regione poi. Nelle esperienze riportate, l'utilità sociale del lavoro sembra essere sostenibile se supportato da un riconoscimento – valoriale, identitario e economico – da parte delle istituzioni e dei servizi pubblici, rispetto ai quali, a livello normativo, ci si pone in un rapporto di “ausiliarità”. Il vissuto di dover sopravvivere e di poterlo fare solo entro il rapporto con le istituzioni sembra aver continuato a caratterizzare il lavoro di questi enti.

Dalle interviste emerge come associazioni e cooperative abbiano sempre cercato di lavorare al fianco dei servizi pubblici, pur mantenendo un'ambiguità di fondo collegata al sentirsi dipendenti da questi ultimi. Il Ser.D, dice De Luca, avrebbe dovuto essere il servizio propulsore che guidava associazioni e cooperative. D'altra parte, maneggiare soldi pubblici, come ricorda Cippitelli, sembra far sentire “un po' pubblici” anche i servizi del Terzo Settore. L'esigenza di condivisione di obiettivi di lavoro, di professionalizzazione degli interventi nell'ambito della tossicodipendenza, di riconoscimento economico degli stessi, sembra essere in stretto rapporto con la difficoltà a sentirsi riconosciuti e sostenuti dalle istituzioni. Cippitelli ricorda l'importanza del confronto reciproco con “i colleghi del servizio pubblico” nell'organizzazione del lavoro, ma sottolinea come la definizione delle cooperative quali enti ausiliari rispetto al servizio pubblico abbia

limitato le possibilità di guadagno di chi vi lavorava, dal momento che la prescrizione di un rapporto di subordinazione avrebbe determinato una “scarsa tutela delle traiettorie, dei destini di vita degli operatori.”

In queste interviste, pertanto, emerge la problematica del riconoscimento per il lavoro svolto e la difficoltà a sostenere economicamente il processo di professionalizzazione avviato spontaneamente entro i servizi e formalizzato intorno agli anni '90, in concomitanza con l'apertura dei bandi per l'assegnazione dei fondi pubblici dedicati. Tale processo avrebbe potuto rappresentare un'occasione per dare valore agli interventi proposti e migliorare il livello di qualità dei servizi sostenendo economicamente gli operatori che diventavano via via più competenti e specializzati. Tuttavia, i finanziamenti erogati sono sempre stati considerati esigui rispetto alle esigenze dei servizi. Loguercio ce ne parla raccontando come la difficoltà a conciliare il lavoro in cooperativa – valorialmente più ricco di “senso” – con le necessità retributive e di stabilità, abbia determinato la sua scelta di abbandonare La Tenda e cambiare lavoro. Anche Cippitelli parla dell'instabilità economica e della discontinuità degli interventi come problematiche centrali del lavoro in cooperativa oggi e sembra trovare nel processo di accreditamento – attualmente in corso per Parsec – una possibile soluzione. De Luca condivide la criticità del vissuto di “incertezza” del lavoro in cooperativa – responsabile a suo avviso dei fenomeni di burn-out e rapido turn-over tra gli operatori – ma problematizza il processo di accreditamento come soluzione, temendo che un “orientamento al profitto” rischierebbe di snaturare l'identità di questi servizi. Quest'ultima intervista sembra rintracciare un problema riguardante i vissuti che accompagnano l'identità di associazioni e cooperative in quanto enti privati al servizio della collettività. La difficoltà di tenere insieme il desiderio di intervenire nel sociale e il bisogno di riconoscimento economico, il rapporto tra volontariato e lavoro, sembrano modi di simbolizzare l'intervento vissuti come difficili da conciliare tra loro.

Il problema del compenso non adeguato pone un problema rispetto all'“impegno sociale” e, all'interno delle interviste, è connesso alle simbolizzazioni relative al rapporto con gli enti pubblici. In particolar modo, la connotazione di ente ausiliario prescrive il divieto di ricavare profitto – di “lucrare” – sui servizi a supporto di quelli pubblici, rispetto ai quali rimangono “subordinati”. Questa sembra essere l'unica posizione che permette di portare avanti i propri interventi, tutelando le premesse ideologiche da cui gli enti di Terzo Settore originano.

In questa configurazione asimmetrica di rapporto, i professionisti si sentono controllati rispetto agli interventi (vengono usate le parole “dominio”, “prevaricazione”, “ingiustizia”): vincolati alla “proposta etica” del finanziamento che sostiene l'intervento – come dice Cippitelli – o al doversi adeguare a “un sistema sanitario improntato sulle prestazioni individuali”, citato da De Luca in rapporto alla procedura di accreditamento. Sembra che il vissuto di subordinazione di questi enti in rapporto ai servizi pubblici abbia reso difficile la costruzione condivisa di obiettivi di intervento, entro committenze pubbliche sentite come lontane o ideologicamente in contrapposizione.

Pensiamo al processo di accreditamento come a un evento critico, indicatore della difficoltà a vedere possibilità di sviluppo in questi rapporti e di costruire con la committenza obiettivi e metodi di lavoro condivisi. Entro questo stallo sembra difficile recuperare un pensiero sui clienti degli interventi, le persone tossicodipendenti.

In questo senso Cippitelli sembra richiamare la ricerca come possibilità di recuperare – attraverso l'esplorazione e lo scambio di esperienze – le domande del cliente, per costruire interventi non predeterminati. Le Unità di Strada valorizzavano interventi non standardizzati che investissero sulla competenza delle persone tossicodipendenti a prendersi cura della propria condizione.

Questo approccio, in continuità con quello della riduzione del danno, ci sembra contenere l'opportunità per i servizi di costruire obiettivi di lavoro condivisi con i loro clienti e con il territorio. Tuttavia, il rapporto con gli utenti dei servizi viene nominato solo marginalmente nelle interviste, come a evocare la difficoltà a tradurre queste intuizioni valoriali in proposte di intervento verificabili.

La difficoltà di condividere criteri di verifica degli interventi con i committenti è un altro elemento di criticità emerso nelle interviste. Cippitelli nomina la brevità dei progetti finanziati come causa della difficoltà a rendere visibili i prodotti degli interventi svolti, ma dichiara anche una carenza nelle “metodologie per verificare anche approssimativamente l'impatto delle politiche pubbliche”.

Ci sembra che l'interesse per la ricerca e la costruzione di strumenti di verifica siano risorse preziose e in continuità con l'obiettivo di riconoscere e valorizzare il lavoro degli enti del Terzo Settore, anche dal punto di vista economico. In questo senso, l'esplorazione e il recupero della domanda degli utenti rappresenta un metodo a supporto di interventi i cui prodotti siano condivisibili con la committenza.

Pensiamo, in altri termini, che sia possibile per gli enti del Terzo Settore sviluppare posizioni emozionali alternative alla subordinazione o all'assimilazione al servizio pubblico, attraverso la costruzione di un modello di intervento che traduca in obiettivi e metodi quell'intuizione politica e sociale che aveva colto l'utilità di trattare problemi come la tossicodipendenza all'interno dei rapporti, dei territori, delle culture. L'orientamento al cliente come metodo può supportare l'individuazione di nuove possibili committenze per gli enti del Terzo Settore, ai quali poter affidare interventi qualificati e verificabili – pensiamo per esempio agli enti privati, che oggi più di prima si stanno aprendo all'investimento nel settore sociale – ma anche il ripensamento dello stesso rapporto con i committenti pubblici. La competenza psicologico clinica potrebbe contribuire allo sviluppo di questo processo.

Lo sviluppo dei rapporti come alternativa alla marginalità: resoconto di un intervento in un centro di accoglienza per persone tossicodipendenti senza fissa dimora

Introduciamo un'esperienza relativa al contesto lavorativo a cui partecipa uno degli autori.

Resoconto un intervento proposto entro un centro di accoglienza nel territorio di una periferia romana prima della sua chiusura, nel dicembre 2018. Si tratta di un servizio rivolto a persone senza fissa dimora e con problemi di dipendenza da sostanze. Il centro, finanziato dal 1999 dalla Regione Lazio per molti anni in partenariato con l'ASL territorialmente competente, si proponeva come finalità quella di ridurre il danno, per l'individuo e la società, legato all'abuso di sostanze delle persone che entro quel territorio vivono in condizioni di grave marginalità sociale. L'approccio della riduzione del danno che orienta l'offerta del servizio viene declinato in assistenza socio-sanitaria ed erogazione di servizi di prima necessità come pasti e posti letto disponibili a rotazione. Si rivolge a persone che non seguono percorsi terapeutico-riabilitativi volti all'estinzione dei comportamenti di assunzione di sostanze e che vivono situazioni di indigenza. Per questo, l'utenza del centro viene definita "a bassa soglia": ad essi non è richiesto di smettere di drogarsi come requisito d'accesso al servizio. Questo tipo di servizi assume la finalità di garantire una presa in carico delle persone che abusano di sostanze "per libera scelta", volendo tutelare il loro diritto all'assistenza.

Negli anni '90 dichiarare questa finalità rappresentava un tentativo di superare l'impasse che divideva il mondo dei servizi per le tossicodipendenze tra chi proponeva interventi orientati all'astinenza dall'uso di sostanze, assumendo che il tossicodipendente fosse una persona deviata da riabilitare – le cosiddette comunità di vita – e chi difendeva ideologicamente la libera scelta del consumo proponendo interventi mirati a chi non aveva intenzione di smettere. Il dibattito controverso sull'utilizzo del metadone che si è sviluppato fin dagli anni '70 rende conto di queste posizioni. Ancora oggi, fuori dal Ser.D. del territorio di cui parliamo, capeggia la scritta "Metadone, eroina di Stato", come a ricordare che le ideologie, declinate nelle forme più varie, sopravvivono. Sembra che anche nel centro sia rimasta una traccia di queste posizioni ideologiche, nonostante gli attori sociali che si occupano di dipendenze siano cambiati e i problemi legati al fenomeno della tossicodipendenza siano poco dibattuti a livello politico e sociale. Il mandato di occuparsi di riduzione del danno sembra essersi tradotto in una "piena e pronta accoglienza", in virtù del diritto alla sopravvivenza degli utenti.

Il centro propone un'accoglienza diurna in cui si offrono servizi di orientamento e segretariato sociale e spazi in cui gli utenti possono trascorrere la giornata, usufruendo dell'erogazione di pasti e dei servizi igienici. Se di giorno il centro assume le sembianze di una piazza, l'accesso al servizio notturno è regolamentato da un sistema di prenotazione dei posti letto e vi possono accedere pochi utenti. Negli orari di apertura è prevista la presenza di due operatori. L'equipe di lavoro è costituita in gran parte da psicologi e psicoterapeuti, e sono presenti anche educatori, un assistente sociale e un medico.

Presto servizio in questo servizio come psicologa libera professionista dal 2015. Il mio lavoro si articola in turni, che trascorro tra l'ufficio, il soggiorno e gli altri spazi comuni. In alcuni momenti lascio l'ufficio per aggirarmi tra gli utenti accomodati sui divani del soggiorno, che spesso appaiono come ipnotizzati dalle luci del televisore acceso. A volte scelgo di andare a parlare con loro, nell'ipotesi che divano e TV istituiscano un assetto di rapporto meno rituale e controllante degli incontri e dei colloqui in ufficio. Nel corso del mio lavoro ho imparato a valorizzare momenti di convivenza all'interno del Centro, nell'ipotesi di investire su luoghi di rapporto meno scontati di quelli istituiti affinché gli utenti possano chiedere e gli operatori erogare. A ottobre 2018, durante una mattina in cui ero in turno, ho chiesto ad un utente sprofondato tra i divani del soggiorno, Luca, come stesse. La sua risposta emozionata, "non ho voglia di fare niente", mi è sembrata parlare del rapporto tra l'utente e il Centro. Queste parole sembravano rivelare un desiderio di dedicarsi a qualcosa e un'angoscia di Luca nello scoprirsi a dirlo, e al contempo anche mia nel cogliere quel riscontro.

Nel corso degli ultimi anni, nel rapporto con i colleghi, si è ipotizzato varie volte di proporre agli utenti delle attività laboratoriali, ma queste iniziative erano spesso naufragate: sembrava difficile accordarsi su obiettivi, diversi da finalità di intrattenimento. Si è pensato, a volte, di organizzare delle attività a partire dagli interessi degli utenti; l'esplorazione di queste dimensioni è stata difficile.

Le parole di Luca hanno costituito un evento critico, consentendomi di pensare alcune dimensioni del mio lavoro, del rapporto con il centro, della relazione tra centro e utenti: ho pensato che fosse possibile fare una proposta al servizio, in rapporto ad alcune riorganizzazioni contingenti. Problematizzare le parole di Luca mi ha aiutato ad immaginare collusioni più utili.

Nel centro di accoglienza, a seguito di alcune riorganizzazioni del servizio, si era presentata la possibilità di dedicare delle ore in più al lavoro con gli utenti. Una parte dell'equipe riteneva questo cambiamento positivo "di per sé", io e altri colleghi ci eravamo dichiarati interessati a utilizzare queste ore a disposizione entro alcuni criteri. Abbiamo proposto di pensare assieme agli utenti come utilizzare la risorsa individuata nel maggior tempo a disposizione. Mi sentivo angosciata all'idea di mettere in gioco questa proposta condividendola con gli utenti: evocava in me vissuti di fallimento, immediatamente associati al desiderio che sentivo. Riconoscere questi vissuti mi ha permesso di rischiare insieme agli utenti: ho chiesto ad alcuni di loro, a fronte di questa riorganizzazione, in che modo avremmo potuto ripensare al servizio. Si è costruito un interesse a parlarne insieme e si è andata articolando una proposta più definita. Abbiamo cominciato a pensare progetti di attività laboratoriali, Luca ha proposto di realizzare oggetti da vendere ad altri, con l'obiettivo di reinvestire insieme il ricavato per finanziare una buona cena di Natale, da condividere con gli altri utenti. Sul piano simbolico, si trattava di investire sulla realizzazione di un prodotto bello, che prendesse dichiaratamente le distanze dal laboratorio di intrattenimento, utile forse solo a sommergere l'angoscia del tempo che passa. In un contesto in cui è spesso difficile promuovere convivenza al di fuori dei bisogni di prima necessità, era apparso il desiderio di realizzare cose belle e condividere il prodotto del proprio sforzo con gli altri. Sentivo che, per la riuscita del progetto, era fondamentale il coinvolgimento dei colleghi. Mentre con alcuni utenti, seppur in modo disordinato, cominciavamo a esplorare proposte laboratoriali, è stato difficile, in un primo momento, trovare modalità per condividere con i colleghi questo lavoro. Per farlo ho dovuto abbandonare l'idea che il progetto fosse "mio", aprendomi alla possibilità che venisse "contaminato" da altre proposte. In questo modo, ho sentito che nel corso del tempo il progetto diventava un prodotto di tutta l'equipe, prendendo forme diverse.

Insieme ad alcuni utenti abbiamo cominciato a pensare che presentarsi per mezzo di un prodotto fosse un'occasione per incontrare il territorio ed entrare in un rapporto di scambio con gli abitanti del quartiere. Da diverso tempo, infatti, sia il centro di accoglienza che il Ser.D. limitrofo, erano vissuti da molti abitanti della zona come servizi indesiderati, non in rapporto con una domanda dei cittadini. Alcuni comitati di quartiere avevano presentato al Municipio una petizione per chiederne la chiusura, altri avevano contattato un partito politico di estrema destra, nell'idea che i militanti potessero contrastare, a suon di manganelli, il degrado delle strade e delle piazze, messo a carico esclusivo degli utenti di questi servizi.

Siamo riusciti a pensare a dei luoghi del quartiere in cui proporre prodotti di artigianato – borse decorate a mano da utenti e operatori – e a sostenere l'ipotesi che questa potesse essere un'opportunità per raccontare il centro di accoglienza, ponendoci come realtà avvicinabile e interessante. Ci è sembrato un modo in cui potersi raccontare senza fare riferimento a dimensioni ideologiche e appartenenze militanti, incontrando gli abitanti del quartiere fuori da dimensioni di scontatezza.

Luca è una persona che fa un uso di sostanze scriteriate e questo uso rende difficilmente pensabili alcune dimensioni della sua vita. Il suo rapporto con il centro ha, però, reso pensabile il desiderio di riconoscere competenze da mettere in gioco nei contesti che abita.

Mentre le attività di decorazione delle borse procedevano, il lavoro di contatto dell'equipe con il quartiere e le associazioni del territorio ha rivelato che rafforzare questa rete di rapporti necessitava di un grande investimento. Alcuni servizi, resisi inizialmente disponibili a supportare il progetto, si sono in un secondo momento tirati indietro. Al contempo, per la prima volta dal 1999, la proroga al finanziamento del servizio da parte della Regione non è stata confermata e il servizio a fine dicembre ha chiuso i battenti. Il progetto per il quartiere è terminato con la chiusura del centro.

Lo sviluppo dell'intervento con persone a rischio di marginalità sociale, come gli utenti del centro di accoglienza, è strettamente legato alla possibilità per il servizio di sviluppare rapporti con istituzioni, enti e realtà del territorio, uscendo dal proprio isolamento. Credo che sia possibile per le organizzazioni del Terzo Settore e i professionisti che le abitano proporre offerte di servizi non standardizzate né individuali, orientate dalle domande e dai desideri degli utenti, e ripensare il mandato di riduzione del danno tenendo a mente i problemi entro i contesti di appartenenza e lo sviluppo delle relazioni.

Conclusioni

Attraverso l'utilizzo di categorie psicologico cliniche ci siamo occupati di esplorare quali premesse hanno organizzato la nascita e lo sviluppo degli enti del Terzo Settore che si occupano di tossicodipendenze in Italia.

L'analisi delle interviste rivolte a persone che hanno direttamente partecipato alla costituzione di alcuni di questi enti a Roma ha permesso di ricondurre le problematiche del lavoro nei servizi alla difficoltà di tradurre in metodi e obiettivi quelle interessanti proposte di intervento che collocavano questioni come la tossicodipendenza all'interno dei rapporti e dei contesti, rappresentando un'alternativa preziosa ai modelli individualisti predominanti fino a quel momento.

A partire dal recupero dei processi storici e legislativi che hanno accompagnato lo sviluppo di tali enti, abbiamo ipotizzato che il rapporto tra questi e i committenti pubblici sia attraversato da fantasie di subordinazione e dipendenza. Crediamo che il vissuto di incertezza circa la possibilità di portare avanti il proprio lavoro e vederlo riconosciuto, renda difficile recuperare le specificità metodologiche e culturali di tali organizzazioni, spesso saturate dal bisogno di limitare la propria precarietà.

Nell'esperienza professionale resocontata emerge come la difficoltà che il servizio incontra nell'occuparsi dello sviluppo dei rapporti con il territorio, oltre che minare la propria sopravvivenza, renda poco pensabili le domande di partecipazione creativa ai contesti di convivenza, espresse dagli utenti.

Pensiamo che l'intervento psicologico clinico nei contesti trattati possa svolgere una funzione di contestualizzazione delle fantasie che organizzano l'incontro tra enti del Terzo Settore, committenti pubblici e utenza, contribuendo a individuare linee di sviluppo di questi rapporti.

Bibliografia

- Bagozzi, F., & Cippitelli, C. (2003). *Giovani e nuove droghe: sei città a confronto. Il progetto Mosaico come modello d'intervento* [Young people and new drugs: a comparison between six cities. Mosaico project as intervention model]. Milano: FrancoAngeli.
- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016). I servizi per il lavoro supportato per persone con disabilità in Scozia: Intervista a Jamie Rutherford [The services for supported employment for persons with disability in Scotland: Interview with Jamie Rutherford]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 119-138. doi: 10.14645/RPC.2016.1.561
- Bucci, F., & Giuliano, S. (2018). Come sta cambiando il significato culturale del lavoro: Dal mito individualista del progresso a nuove forme di integrazione tra appartenenza e creatività [Changes in the cultural meaning of work: From the individualist myth of progress to new forms of integration between belonging and creativity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 34-51. doi:10.14645/RPC.2018.2.732
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional textual analysis. A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica* [Clinical cases: the report in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2016). I "nuovi lavori" degli psicologi e la competenza a colludere ["New psychological work" and the competence to collude]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 16-31. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Cippitelli, C. (1996). *Droghe, Tossicodipendenza e Tossicodipendenti* [Drugs, Drug Addiction and Drug Addicts]. Retrieved from <http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/zippati/cippitelli.pdf>
- Conti, I. (2018). Uno sguardo sullo sviluppo storico del Terzo Settore e della Cooperazione Sociale in Italia [A look at the historical development of the Third Sector and of Social Cooperation in Italy].

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2, 36-48. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

- Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza." [Decree of the President of the Republic of 9 October 1990, n. 309. "Consolidated text of the laws concerning the discipline of narcotic drugs and psychotropic substances, prevention, treatment and rehabilitation of the relative states of drug addiction."]. Retrieved from <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>
- Di Ruzza, F. (2018). Questioni centrali ai margini del Terzo Settore: Quali domande per la psicoterapia psicoanalitica [Central issues at the margins of the Third Sector: Which questions for psychoanalytic psychotherapy]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 15-24. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Di Ruzza, F., Aloï, C.V., Ambrosino, S., Betti, F., Bolli, L., & Tanga, C. (2019). Fare impresa in psicologia e psicoterapia: La centralità della funzione di accoglienza in una organizzazione del Terzo Settore [The centrality of the reception function in a Third Sector organization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(1), 76-82. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Di Toppa, U. (2018). Criticità e aree di sviluppo del Terzo Settore: La funzione psicologica in un contesto in cambiamento [Criticalities and areas of development of the Third Sector: The psychological function in a changing context]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 25-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Gualdani, A. (2018). Il sistema delle esternalizzazioni nei servizi sociali: antiche questioni e nuove prospettive [The system of outsourcing in social services: ancient questions and new perspectives]. *Federalismi.it - Rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, 12, 1-30. Retrieved from https://federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=36435&content=II+sistema+delle+esternalizzazioni+nei+servizi+sociali&content_author=%3Cb%3EAnnalisa+Gualdani%3C/b%3E
- Legge 22 dicembre 1975, n. 685. "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza." [Law of 22 December 1975, n. 685. "Discipline of narcotic drugs and psychotropic substances. Prevention, treatment and rehabilitation of the relative states of drug addiction"]. Retrieved from <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/12/30/075U0685/sg>
- Legge 8 novembre 1991, n. 381. "Disciplina delle cooperative sociali" [Law of 8 November 1991, n. 381. "Discipline of social cooperatives"]. Retrieved from <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1991/12/03/091G0410/sg>
- Pizzi, A.M., Avilloni, K., Passavanti, D., Zanfino, S., Zecca, F., & Zorzi, M. (2018, June). *Storia delle cooperative sociali* [History of social cooperatives]. Paper presented at Seminario di Storia del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica SPS: Gli anni '80 e '90. Roma, Giugno.
- Ronconi, S. (2019). Ricerca sulle droghe, le nuove frontiere [Research on drugs, new frontiers]. In G. Zuffa, F. Corleone, S. Anastasia, L. Fiorentini, & M. Perduca (Eds.), *Decimo libro bianco sulle droghe. La guerra dei trent'anni* (pp. 53-58). Lecce: Youcanprint.
- Vecchio, S. (2019). La rete italiana per la riduzione del danno, un anno di mobilitazione [The Italian network for harm reduction, a year of mobilisation]. In G. Zuffa, F. Corleone, S. Anastasia, L. Fiorentini, & M. Perduca (Eds.), *Decimo libro bianco sulle droghe. La guerra dei trent'anni* (pp. 67-72). Lecce: Youcanprint.