

Educational home-based service for minors and families: A psychoanalytic intervention starting from the role of educator

Chiara Panattoni*

Abstract

The article describes a home care intervention in a family, on behalf of the Juvenile Court. Who writes is a psychologist with the role of educator at the cooperative that manages the educational home care service. Taking on a psychoanalytic function allowed to transform, in the relationship with the family, the obligatory dimension of "bringing back to Norm" in a development opportunity for the involved family. The prevalence of the symbolic aspect of "keeping in mind", to monitor and return readings of critical events in the report, it allowed to lighten the internal tensions, then build a motivation to explore the social context and to found a network around a family nucleus previously isolated.

Keywords: home base service; minors; psychoanalytic function; family; social networking.

* Clinical psychology, specialized in Psychoanalytical Psychotherapy. Clinical psychological intervention and analysis of the demand. SPS, Rome. Email: chiara.panattoni@gmail.com

Panattoni, Ch. (2017). L'assistenza domiciliare educativa rivolta a minori e famiglie: Un intervento psicoanaliticamente orientato a partire dal ruolo di educatore [Educational home-based service for minors and families: A psychoanalytic intervention starting from the role of educator]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 24-34. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.

L'assistenza domiciliare educativa rivolta a minori e famiglie: Un intervento psicoanaliticamente orientato a partire dal ruolo di educatore

Chiara Panattoni*

Abstract

A partire dal ruolo di educatrice presso una cooperativa che gestisce un servizio di assistenza domiciliare in due Comuni della Provincia di Roma, viene resocontato un intervento in una famiglia fruitrice del servizio stesso, su mandato del Tribunale per i minorenni. L'articolo si focalizza su alcuni passaggi in cui l'integrazione di una funzione psicoanalitica consente di trasformare la dimensione obbligante del "ricondere a norma" in un'opportunità di sviluppo per la famiglia implicata. Assumendo un setting di lavoro in cui prevale l'aspetto simbolico del "tenere a mente", del monitorare e del restituire letture degli eventi critici nel rapporto, è stato possibile anzitutto alleggerire le tensioni interne, per poi costruire una motivazione a esplorare il contesto sociale e a fondare una rete attorno a un nucleo in precedenza isolato.

Parole chiave: assistenza domiciliare; minori; funzione psicoanalitica; famiglia; rete sociale.

* Psicologa clinica, specialista in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda presso SPS, Roma. Email: chiara.panattoni@gmail.com

Panattoni, Ch. (2017). L'assistenza domiciliare educativa rivolta a minori e famiglie: Un intervento psicoanaliticamente orientato a partire dal ruolo di educatore [Educational home-based service for minors and families: A psychoanalytic intervention starting from the role of educator]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 24-34. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.

Premessa

L'articolo che segue ripensa il rapporto tra funzione psicoanalitica e nuovi setting di intervento, entro un dibattito attualmente in corso e più volte approfondito dalla comunità scientifica di SPS e dalla *Rivista di psicologia clinica* e di *Quaderni*. Nello specifico: si resoconta un'esperienza di lavoro nell'ambito dell'assistenza domiciliare educativa.

Il contesto di cui resoconto convoca psicologi ed educatori a lavorare nell'ambiente familiare-domestico: si tratta di un cambiamento di setting rispetto, per esempio, alla psicoterapia, se pensiamo che questa possa praticarsi solo nello studio privato; nel caso che resoconto, l'intervento domiciliare prevede la mia presenza come "educatrice" (che si sta formando alla psicoterapia psicoanalitica) che si reca presso il domicilio di una famiglia su mandato dei Servizi Sociali. Si è soli a casa dell'altro (Cavicchioli, 2003). Anche tra le mura dello studio privato si manifestano, con le associazioni discorsive, la dimensione domestica del paziente, la sua famiglia e le relazioni che la connotano. Che differenze tenere a mente, quindi, svolgendo un lavoro come questo?

Recarsi a domicilio dell'utente costituisce, in primis, un fatto. Si tratta molto spesso di situazioni limite, caratterizzate da povertà, violenza, sporcizia, delinquenza, dove i Servizi Sociali, in nome del loro ruolo, pretendono che l'operatore entri scontatamente, a volte con speculare violenza: senza se e senza ma. In questi casi, e più in generale quando si interviene in loco, è molto più difficile tener conto dei vissuti di chi parla di un "là e allora", perché, viceversa, si è sempre immersi nel "qui e ora", si sta fisicamente nell'ambiente in cui si intessono le relazioni collusive dei soggetti coinvolti. È vero: si può considerare la possibilità di essere nel vivo delle dinamiche relazionali in gioco, ma il rischio di reificare in agiti la distanza da "osservatore nemico" o di invischiarsi in un'amicalità scontata e familista è sempre presente. Le regole del gioco che definiscono il tempo, lo spazio e la qualità della relazione devono essere continuamente pensate. Nelle situazioni professionali tradizionali non c'è contrattazione circa le regole del setting, se non nella fase iniziale; si può convenire con l'altro su tutto il resto ma non su questo (Bleger, 1966). A domicilio questo contratto non sussiste, la regolazione passo passo del rapporto famiglia-operatore è in primo piano e necessita di un monitoraggio continuo. In alcuni casi la simbolizzazione dell'operatore è quella dell'intruso nemico, da rifiutare. Allora la diffidenza occupa il campo in modo totalizzante. Oppure può prevalere l'assimilazione sdifferenziante alla famiglia, di cui l'operatore diventa "uno dei membri"; in altri termini, si viene chiamati ad agire le dinamiche collusive della famiglia. È altresì vero che se si riesce a tenere a mente quale tipo di assetto collusivo si organizza nel tempo, non dandolo mai per ovvio e scontato, si può lavorare con soddisfazione, anche entro un ruolo (educatore) che non contempla, nelle premesse istituite, una competenza psicoanalitica. È questo l'obiettivo dell'articolo: testimoniare che l'attivazione di una funzione psicoanalitica non prevista, può rendere molto più utile l'intervento domiciliare educativo. Soprattutto per chi ne fruisce.

I paragrafi che seguono forniscono, anzitutto, una riflessione sui cambiamenti normativi che organizzano questo tipo di interventi. Dopo aver definito l'assistenza educativa si entrerà nello specifico di una situazione familiare in cui sono intervenuta, quale operatrice di una cooperativa sociale che gestisce i casi in collaborazione con i Servizi Sociali della Provincia di Roma.

Il decentramento dei servizi socio-assistenziali

Il sistema di sicurezza sociale italiano è stato interessato, a partire dagli ultimi '30-'40 anni, da un processo di rinnovamento che ha cambiato sia il livello delle competenze amministrative, che quello delle modalità di intervento degli attori chiamati in causa nella gestione ed erogazione dei servizi. Tale processo ha avuto inizio negli anni '70 con l'istituzione delle Regioni. Successivamente, con il D.P.R. 616 del 1977, si è realizzato il decentramento, ossia il trasferimento, alle Regioni, delle funzioni amministrative; al contempo c'è stata l'attribuzione ai Comuni delle funzioni di organizzazione dei Servizi Sociali. Ulteriori innovazioni sono state introdotte negli anni '90 con la prima Legge Bassanini (L. n. 59 del 1997), circa il principio di sussidiarietà in base al quale le decisioni vengono prese dall'organo di governo più vicino ai cittadini (Cuttiaia, 1999). L'ipotesi è che dal basso si fosse in grado di interpretare i bisogni e le risorse della comunità territoriale di riferimento. Tale principio ha portato allo sviluppo di modelli organizzativo-istituzionali che attribuiscono ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative riguardanti i Servizi Sociali, valorizzando la collaborazione tra pubblico e privato.

Questo quadro di ridefinizione del rapporto Stato-Regioni-Enti locali, da un lato ha consentito di sviluppare prassi di lavoro che tenessero conto dei contesti locali, dall'altro ha frammentato interventi entro una dimensione priva di riferimenti generali e di possibilità di confronto.

La Legge 328/2000 e i cambiamenti normativi

L'introduzione della Legge Quadro di Riforma dell'assistenza, n. 328 del 2000, ha ridefinito il profilo delle politiche sociali, introducendo un quadro normativo unitario valido per l'intero territorio nazionale. Questa legge si colloca in un vuoto legislativo di oltre 110 anni in cui è mancata una regolamentazione organica e generale dei servizi socio-assistenziali. Prima della 328, infatti, solo la Legge Crispi del 1890 aveva costituito la norma organica di riferimento per l'assistenza sociale (Maggian, 2013).

La Legge 328/2000 si può definire una legge-ponte. Segna il passaggio da una concezione tradizionalistica di assistenza, dove l'intervento è meramente ortopedico, a una rappresentazione valoriale dell'intervento, che tuttavia lascia un margine diverso all'interpretazione del rapporto con il contesto. L'utente non è più il singolo portatore di un bisogno, bensì una persona le cui risorse dipendono dalle relazioni con la famiglia e con la rete territoriale. Di conseguenza la rappresentazione degli interventi non si fonda più sulla disarticolazione e lo specialismo auto-referenziale, quanto sul mandato a integrare prestazioni socio-assistenziali di soggetti pubblici e privati (comune, cooperative del terzo settore, volontariato).

Le moderne politiche sociali, dopo la Legge 328 del 2000, si sono orientate verso quella che è definita *Community-Care*¹.

Nuove competenze vengono quindi richieste all'operatore che deve concentrare la sua disponibilità operativa in un dato territorio, provvedendo alle necessità della comunità di riferimento attraverso il raccordo di una pluralità di contributi e di risorse locali. In particolare l'operatore deve essere capace di lavorare in rete con altri servizi (dalla AUSL al privato sociale) e professionisti (psicologi, educatori, medici, etc.); saper realizzare "pacchetti" di servizi in un'ottica di rete cioè coinvolgendo le reti formali (parenti, amici, vicini di casa, colleghi di lavoro, etc.) e informali.

L'assistenza domiciliare educativa, una definizione generale

ADE (Assistenza Domiciliare Educativa) è un servizio che comprende interventi educativi resi a domicilio, che hanno il fine di favorire la permanenza del minore il più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando fenomeni di isolamento ed emarginazione e prevenendo forme di istituzionalizzazione.

Il servizio è rivolto a minori da 4 a 17 anni, le cui famiglie presentano:

- difficoltà di accudimento e di educazione della prole;
- difficoltà relazionali e comportamentali;
- difficoltà di adattamento socio-culturale;
- rischio di emarginazione e/o devianza².

L'ADE si inserisce all'interno di un quadro più ampio di servizi pubblici di assistenza a domicilio. La delibera del 3 maggio 2016 n. 223 – Servizi e interventi di assistenza alla persona nella regione Lazio – parla dell'assistenza domiciliare in termini generali e non fa differenza tra i diversi destinatari dell'intervento, ossia: anziani, disabili fisici e mentali, minori. Tutte categorie deboli rispetto a una presunta tecnicità forte³ da parte degli operatori. Ma nel caso di un lavoro con minori e famiglie, la questione si complessifica poiché sussiste un obbligo. A differenza di altri fruitori di servizi di assistenza domiciliare, infatti, in questo caso la non accettazione del servizio comporterebbe la messa in atto di provvedimenti giudiziari. Perché obbligo? Perché l'ADE interviene nel momento in cui arrivano segnalazioni ai Servizi Sociali da parte della scuola, del

¹Forma di politica sociale del moderno Welfare, la cui priorità è quella di organizzare cure assistenziali a favore delle categorie sociali più deboli ponendo come esigenza fondamentale la possibilità per queste persone di continuare a condurre la propria vita entro i confini della comunità di appartenenza dove sono sempre vissute, anziché rivolgersi a strutture residenziali. Si veda anche: http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-le-politiche-sociali.htm

²Da: www.socialelazio.it

³Le tecniche non definite restano intrappolate nelle intenzioni del buon senso.

pediatra di base, del tribunale, del UONPI⁴, del CSM⁵. Un rifiuto del Servizio innesca ulteriori segnalazioni, un giro di controlli e denunce cui è difficile sottrarsi.

Una delle maggiori difficoltà che ho riscontrato nel Servizio è legata al significativo turn-over degli operatori, elevato anche perché si tratta di un servizio che pesa principalmente sulle spalle degli educatori domiciliari, spesso soli, con scarse possibilità di confronto e con strumenti di valutazione disomogenei (Cavicchioli, 2003). Si tratta di una situazione che rende complicato sedimentare culture e prassi che permettano di riflettere sul servizio stesso. Operatore e Servizi, nello sforzo di offrire supporto al minore e supplire al nucleo familiare in difficoltà, spesso finiscono per assomigliare a una sorta di famiglia allargata. Durante le riunioni di équipe sovente emerge una sorta di pudica riservatezza, nella quale le informazioni diventano segreti da custodire, mentre gli aspetti più legati alla sfera emotiva diventano confidenze da trattare in relazioni informali (Longoni, 2014). Degli interventi di educativa domiciliare si riesce a ricostruire quasi sempre la mappa e il percorso, ma non l'esperienza del viaggio fatto insieme; alla fine compaiono molti dati e si dissolvono le storie, le interazioni con gli operatori e le possibili costruzioni di senso che le riguardano. Lavorare "con" la famiglia e non "su" la famiglia può essere un criterio emozionale e operativo importante; ma è relativamente facile scivolare nell'invischiamento o nella freddezza autoritaria, a volte oscillando schizofrenicamente da una posizione all'altra.

L'assistenza domiciliare nel territorio laziale: Il mio percorso dall'esordio di educatrice e la cultura del Servizio

L'organizzazione dell'ADE nel territorio di queste due centri laziali è gestito da una cooperativa vincitrice di una gara d'appalto nel 2016. Precedentemente un'altra cooperativa ha gestito il servizio dal 2009 al 2013. In mezzo il nulla, ossia un'interruzione totale del lavoro per tre anni.

I destinatari degli interventi del servizio sono i minori residenti. Il responsabile tecnico del servizio (RTS) è una psicologa, che si occupa dell'affidamento dei minori agli operatori, dipendenti della cooperativa o collaboratori a contratto, della supervisione dei casi e della mediazione tra ADE e Servizi Sociali. Gli operatori sono attualmente circa 15 e hanno competenze professionali diversificate (psicologi, educatori, pedagogisti, assistenti sociali). Le famiglie che usufruiscono del servizio ADE sono ad oggi circa settanta.

Ogni operatore ha un totale di ore fisse settimanali da svolgere nella famiglia designata. Il servizio ha una durata massima di dodici mesi per famiglia, eventualmente rinnovabile per altri sei mesi.

Per ogni minore è previsto un piano educativo individualizzato (PEI) che viene attuato attraverso le funzioni dell'educatore professionale, che costruisce la propria relazione d'aiuto con l'ascolto e l'accoglienza del disagio, ponendosi come modello educativo, supportando e valorizzando le risorse esistenti all'interno del nucleo (riassumo qui le indicazioni di massima date agli operatori). Nel PEI vengono dichiarati obiettivi, tempi e prestazioni e ad inizio intervento va visionato, accettato e firmato dai genitori o tutori del minore, dai Servizi Sociali e dal responsabile del servizio ADE. Molto spesso l'operatore che andrà a svolgere il lavoro domiciliare non è presente in questa fase di attivazione e si trova a dover lavorare a cose fatte. Nell'esperienza avuta in questi mesi, la maggior parte delle famiglie con cui lavoro e ho lavorato non è realmente a conoscenza del progetto. Sembra più una prassi formale per poter attivare il servizio. Le famiglie sembrano non avere alternative e accettano il servizio stesso, facendo tutto ciò che viene loro richiesto, pur di essere lasciate in pace. È qui che si istituisce il falso nel rapporto tra operatori domiciliari e famiglie: il progetto è solo formalmente condiviso e mentre ci si ritrova a simulare buon viso a cattivo gioco, si resta nella reciproca diffidenza, non cogliendo l'opportunità di dichiarare e convenire le regole della relazione. È nuovamente qui che inizia il tentativo di recuperare il nucleo centrale, il cuore, il vero dell'intervento dell'ADE: la possibilità di trasformare l'obbligo in una domanda di intervento.

Ogni operatore è tenuto a compilare mensilmente una scheda a risposta multipla, chiamata cartella domiciliare, dove indicare il tipo di interventi effettuati presso quel nucleo familiare.

Dal mese di gennaio 2016 lavoro presso questa cooperativa; attualmente presto servizio presso quattro nuclei familiari per un totale di undici minori. Il paragrafo che segue tratta di un intervento dove si organizza un passaggio chiave: da una richiesta di intervento ortopedica e costrittiva, alla costruzione di una fiducia di base che consente di arrivare a una domanda di sviluppo della famiglia in oggetto. Nelle conclusioni si accennerà a un secondo caso, provando a rispondere a domande che reputo importanti: che cultura è quella dell'allarme sociale? Quale conformismo organizza queste urgenze? E parallelamente: sussistono casi in cui

⁴ Nell'ambito di un dipartimento di salute mentale il UONPI (Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile) è un servizio psicologico e psichiatrico rivolto ai minori.

⁵ Centro di Salute Mentale per adulti.

si renda necessario un intervento forte e drastico (delinquenza, violenza, droga, grave mancanza di igiene)? Come ci si pone rispetto a queste “strettezze”? Quale funzione psicoanalitica?

Da una famiglia ideale alla scoperta di una polis

Conosco L., una madre di cinque figli, in un incontro apposito presso il Comune laziale. Non so nulla di lei e della situazione familiare ma mi si richiede, in sua presenza, un supporto alla genitorialità. L. accenna vagamente a problemi con la maternità avuti in passato, ma nulla di più. La donna mi chiede cosa dovrà dire ai bambini circa la mia presenza in casa, dal momento che ancora non sanno nulla. Decidiamo di dire semplicemente che sarò una “tata”: verrò per aiutare la mamma e il papà nella gestione della casa e nell'organizzazione familiare, per aiutare i bambini nello svolgimento dei compiti, per riprenderli a scuola e per giocare insieme. Nel momento in cui i bambini vorranno sapere di più si deciderà cosa dire e come farlo. Finito l'incontro, la donna va via e l'assistente sociale mi dice che è stata un “pochino giù” dopo l'ultima gravidanza, ma che ora la situazione “è più che tranquilla”.

Provo a fare domande più specifiche, ma tutto sembra molto vago e non dicibile. Incalzo per capire da dove nasce la richiesta del servizio di assistenza: il committente dell'intervento è il Tribunale dei Minori, che, dopo aver sospeso momentaneamente la potestà genitoriale alla donna, ha richiesto una figura di controllo che monitori la relazione tra madre e figli. Chiedo qualcosa in più sulla sospensione della potestà genitoriale ma l'assistente sociale mi dice chiaramente che non può dirmi altro, essendo queste informazioni riservate.

Nel primo incontro presso l'abitazione della famiglia, sono presenti entrambi i genitori, L. e V. (marito e padre), e i cinque figli: la più grande ha 7 anni e la più piccola poco meno di 2. La mia prima sensazione è di stupore: una casa a misura di bambino, con giardino, galline, alberi da frutta, altalene; la confusione dei bambini che riempie tre piani di casa; i genitori che giocano con i figli. Sembra una situazione quasi perfetta e mi domando inizialmente a cosa serva io. I bambini mi chiedono cosa sono venuta a fare e io rispondo che sono venuta per giocare con loro, per aiutarli a fare i compiti e per aiutare i loro genitori a organizzare una famiglia così numerosa. Negli incontri successivi, ci sarà quasi sempre solo la madre insieme ai figli, il padre è spesso al lavoro durante gli orari dell'assistenza.

Durante il primo mese di lavoro, la donna è tesa, sembra volermi dimostrare a tutti i costi di saper fare la madre; mai un grido, un'arrabbiatura, una sculacciata, sempre apparentemente serena e sorridente con i suoi figli. Mi dice che essere madre le richiede molti sacrifici: dormire poco, non riuscire a mangiare in pace o a guardare un film, non potersi fumare una sigaretta davanti ai bambini. Mi colpisce quest'ultima affermazione e chiedo di più. Mi dice che non è bello che i bambini vedano la propria madre fumare sigarette. Le dico che ha molti spazi esterni per poter fumare, non danneggiando la salute dei suoi figli. Risponde che non è una questione di salute ma di modelli educativi. Penso a quante volte da bambina ho visto mia madre fumare... e non è che la cosa abbia leso il mio modo di essere. Le serviva ad allentare la tensione, forse. E comunque era un suo momento, da adulta. Chiedo allora alla donna se abbia voglia di fumare una sigaretta insieme a me. L., pur stupita dalla mia proposta, accetta. Sorride ripensando a ciò che aveva detto poco prima. Da quel momento inizia a mostrare lati finora tenuti ben nascosti. Per la prima volta riesce a sgridare un figlio in mia presenza. È qui che inizia il lavoro vero con questa famiglia. Oggi L. ricorda quel momento così: “Ti ricordi quando mi hai chiesto di fumare con te? Ho pensato: ahhh che bello, allora questa è umana! Non è venuta a controllarmi, perché tu questa cosa non la potevi fare essendo un'educatrice”. Una semplice sigaretta, ma anche un momento di condivisione tra due madri (anche io ho una figlia) che si riconoscono su di un piano paritario. Soprattutto, una sigaretta che apre a regole del gioco convenute tra noi e non più imposte rigidamente da un mandato a essere severamente autoritari. Sì, forse una sovversiva azione interpretativa, come a dire: ora anche tu hai un'arma, potresti riferire al Servizio la mia trasgressione. In altri termini mi sembra di poter rintracciare qui un passaggio chiave: dal potere dell'uno sull'altro al potere di accedere a un rapporto vero.

Più passa il tempo e più mi accorgo che L. ha un estremo bisogno di parlare, me lo chiede espressamente e a volte è incontenibile, anche quando i bambini mi tirano per un braccio per giocare con me. Provo a lasciarle spazio per conoscere la sua storia: mi racconta quasi subito delle difficoltà avute durante le sue ultime due gravidanze. Quello che ne traggo è che questa donna si è lasciata travolgere da un modello ideale di famiglia, di figli, dell'essere genitori che l'ha portata a cercare di realizzare, entro un continuo inevitabile fallimento, un'ideale funzione materna che la realtà non le ha mai rimandato: L. è persa nel fantasma della ricerca di un equilibrio tra maschi, femmine e numerosità familiare che non trova limiti. C'è uno scarto tra un modello ideale e la realtà che sembra incolmabile.

Il passare del tempo non la aiuta; non riesce a organizzarsi, a essere in rapporto con la realtà: spesso si perde nel suo trastullarsi, nel suo rimandare attività, nella dimenticanza dell'ora di pranzo, di impegni presi... Sembra immobile, fuori dallo spazio e dallo scorrere delle ore, persa nelle fantasie della propria identità.

Mi racconta dei suoi due Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO) avuti in corrispondenza delle sue due ultime gravidanze. Inizio a collegare informazioni sconnesse, come la sospensione della potestà genitoriale, a cui ha accennato l'assistente sociale durante il nostro primo incontro. Mi rendo sempre di più conto che questa persona ha una diagnosi di disturbo psichiatrico piuttosto grave. Iniziano anche ad emergere lamentele nei confronti di una presunta mancanza di riconoscimento da parte del marito circa la sua funzione genitoriale e domestica. Ma è anche vero che quest'uomo deve supplire a questi momenti d'assenza attraverso un lavoro enorme che non sta reggendo più (per esempio fare la spesa e preparare la cena quando torna dal lavoro). Per quello che ho potuto osservare, L. non riesce a organizzarsi per quanto riguarda le funzioni domestiche, neanche quando i bambini andavano a scuola, prima dell'interruzione estiva. Ha deciso proprio in quel periodo di iniziare a lavorare presso un call center di un noto network satellitare: sembra anche questa l'ennesima azione poco pensata che stride con le questioni che il suo contesto familiare continua a porle. Ogni persona che prova a renderla partecipe alla vita sociale è vista come nemica. Sembra che in questo momento quello con me sia l'unico rapporto che lei riesca ad avere. Ma anche questo rapporto ha una sua fragilità: si vergogna, quando usciamo da casa, della mia presenza, perché non sa che dire di me. L'assistente sociale le ha consigliato di dire che ero un'amica ma, vista l'assiduità con cui frequento la famiglia, questa spiegazione non regge agli occhi delle sue conoscenze.

Le propongo di dire la verità, senza entrare nel dettaglio, ma lei rifiuta categoricamente dicendo che così la crederebbero pazza e incapace di essere madre. Capisco che non è il momento per poter dichiarare chi sono io. Rendendomi conto della gravità della situazione, le chiedo di più e mi dice che è in cura presso il Dipartimento di Salute Mentale di zona, sia a livello psicoterapico che psicofarmacologico. Da circa un mese ha interrotto però gli incontri con uno psicologo del Dipartimento e da quasi un anno ha interrotto anche la terapia farmacologica prescritta dalla psichiatra. Il problema che sento importante è che, nel lungo periodo, questa situazione di precario equilibrio familiare è destinata a fallire, poiché qualora terminasse la sacrificialità del marito V. (che continua comunque a sostenerla, a sopportarne le stranezze, ad accompagnarla presso i medici) non ci sarebbe molto altro a cui appellarsi. Quest'uomo tra l'altro comincia a vacillare, manifestandomi il timore di lasciare i figli da soli con la madre. Provo a lavorare con lei sull'importanza della *compliance* e, grazie anche a un lavoro di équipe con lo psicologo e la psichiatra del DSM (con i quali ho contatti per via del mio tirocinio in quello stesso Dipartimento), dopo poco, decide di tornare dallo psicologo, prendendo anche un appuntamento con la psichiatra.

Nonostante la situazione di assenza e confusione i bambini sembrano avere un loro equilibrio, probabilmente dovuto anche al fatto che il padre si impegna molto con loro per supplire a queste carenze materne.

Nel mese di agosto 2016, L. subisce un altro TSO, mentre è in vacanza con la famiglia. Il marito mi telefona mentre era in corso il TSO, dicendomi che non ce la fa più e che ormai la figlia più grande ha capito tutto. Non ho molto da dirgli, se non di approfittare del ricovero di L. e di portare i figli al mare, come aveva loro promesso. Volevo aiutarlo a non lasciarsi risucchiare da questo delirio.

Terminata la telefonata con V., mando un SMS alla responsabile del progetto per comunicarle (come da accordi contrattuali) il TSO di L.. Sarà lei a dover comunicare il tutto all'assistente sociale che segue il caso. Dopo qualche giorno ricevo una telefonata dall'assistente sociale, che si lamenta del fatto che lei non è stata avvertita in tempo di una situazione così grave. Vissuto simmetrico al mio nel momento iniziale dell'intervento, in cui erano state omesse delle informazioni importanti sullo stato di salute mentale di L., riducendo il tutto a "è stata un pochino giù". C'è in atto un forte conflitto tra i Servizi Sociali (incarnati dall'assistente sociale) e la psicologa coordinatrice: si può fare l'ipotesi che i Servizi siano comunque fortemente orientati ad agire interventi repressivi in linea con un vissuto persecutorio concernente il mandato del Tribunale dei Minori; mentre la cooperativa punta maggiormente a tenere molti casi aperti, anche per una questione di ritorno economico.

In questo momento dell'intervento io sono faticosamente orientata a insistere, attraverso un lavoro di coordinamento tra Servizi in équipe, sulla presa di coscienza di L. della propria malattia, con la conseguente e auspicabile accettazione di un percorso di cura, dovesse anche passare attraverso un obbligo iniziale.

Dopo una piccola pausa estiva causata dal ricovero di L., dove il marito mi contatta quotidianamente, ci rivediamo nel mese di settembre. Appena arrivo i bambini mi dicono subito che la mamma è stata male e che ha avuto un brutto mal di stomaco e per questo è dovuta andare in ospedale ma che loro al mare ci sono andati lo stesso e si sono divertiti molto insieme al papà. S., la figlia più grande, non la racconta così. Dice che la mamma non ha avuto un mal di stomaco perché ha visto l'ambulanza e la polizia avvicinarla. "Pensano che sono stupida", ripete continuamente. Io sono molto imbarazzata perché riconosco la richiesta di sapere qualcosa di diverso dalla versione raccontata ai figli più piccoli.

S. inizia ad avere dei problemi a scuola, sembra molto arrabbiata con la madre, con il padre, con me, con le maestre. Dal canto suo, L. mi chiede ripetutamente come deve comportarsi. Parlo allora con i genitori, dicendo loro che forse è arrivato il momento di raccontare qualcosa alla figlia. Mi dicono che tutti gli psicologi e gli assistenti sociali incontrati hanno sconsigliato di dire la verità perché S. non riuscirebbe a capire. Rispondo che potrebbero dire che ci sono dei momenti in cui la mamma, essendo molto stanca, ha bisogno di allontanarsi, per riposarsi e per recuperare energie da spendere con loro. Dico anche che questa è una richiesta della figlia e che la bambina, resa partecipe, non solo sarebbe meno smarrita ma potrebbe anche aiutare la madre a riconoscere la sua malattia.

I due coniugi sembrano rilassarsi dopo questo scambio con me, anche se sentono, in particolar modo la madre, quanta fatica e quanto sforzo siano necessari per poter mostrare alla bimba questo suo lato. La figlia sta funzionando da contenitore, prende per sé la parte che la donna non riesce ad accettare, quella del riconoscere un disagio. Non so se in seguito abbiano parlato con la figlia ma la situazione ritrova in poco tempo un equilibrio. Forse è stata la presa di coscienza della malattia da parte dei genitori che ha permesso a L. di riprendersi quella parte che aveva affidato alla figlia. Quello che so è che non si sono più impegnati a inventare storie per nascondere la situazione, lasciando a S. la possibilità di chiedere qualora fosse stata pronta. La bambina mi chiede spesso come è stato quando è nata mia figlia, mi chiede se potevo incontrarla da sola o avevo bisogno di avere anche il papà vicino. Le dico che io avevo scelto un ospedale in cui i bambini erano sempre nella stanza insieme alla mamma. “Allora perché tu mamma” – rivolgendosi alla madre – “entravi sempre insieme a papà per incontrare N.?”. A questo punto, resto in silenzio e mi tiro indietro, lasciando alla madre la possibilità di rispondere o meno. Questo è un loro momento. L. sceglie di non parlare.

La donna dal mese di settembre porta avanti con continuità un percorso di cura presso il CSM. Io sono costantemente in contatto con la psichiatra che la segue. L. sta imparando a riconoscere i suoi momenti di debolezza, sfruttando le relazioni presenti nella sua vita per parlare delle sue difficoltà con ampio anticipo rispetto alle crisi. Non addossa più al mondo esterno la causa di tutti i suoi mali. Non sempre. L. si lamenta continuamente della mancanza di aiuti economici da parte della società. Frequentando ormai da tempo il quartiere, so che il parroco della chiesa del quartiere dove vive, organizza spesso delle collette alimentari o aiuti economici a famiglie in difficoltà. Le propongo di andare a parlare con lui e di far presente la sua situazione socio-economica. Con molte reticenze iniziali decide di andare. Dopo qualche giorno mi chiama entusiasta per dirmi che il prete le ha regalato, a nome della comunità, molte “cose utili”: pasta, farina, zucchero, saponi, bagnoschiuma. Mi è sembrato utile che L. esperisse che se chiedi, qualcuno ti dà una mano. L. sta meglio, tutta la famiglia sta meglio. Non dimentico che ha un serio disturbo psichiatrico da monitorare, eppure non desidero focalizzarmi su questo; penso che il mio intervento sia sull’insieme delle relazioni: entro la famiglia, tra famiglia e servizi.

Mi chiede continuamente come faranno quando l'assistenza terminerà. Me lo chiedo anche io dal momento che, dopo un anno di lavoro, nutro grande affetto per questa famiglia. Oltre al legame affettivo che ho costruito, quale traccia resta del lavoro fatto sino a oggi? I passaggi fondamentali nel percorso dell'assistenza domiciliare presso questo nucleo familiare sono riassumibili in due momenti. Il primo ha previsto un passaggio dal sentirsi obbligati (io a controllare, loro a essere controllati) al desiderare di fare insieme qualcosa di utile per la famiglia. Credo sia rilevante notare che L. propone una fantasia delirante ancorata proprio a fantasie doverose impossibili da realizzare: la maternità ideale, la famiglia ideale. Un intervento controllante, in nome di una genitorialità ideale, non avrebbe fatto altro che rinforzare tali fantasie. Il secondo è stato lo spostamento da una dipendenza reattiva alla competenza a dipendere, a riconoscere lo scambio con l'altro. Penso inoltre che la mia presenza in questa famiglia stia consentendo a L. di riconoscersi un'identità più complessa. Liberata dall'esclusività del suo ruolo di madre, la donna sta riscoprendo rapporti con l'esterno, con una rete sociale che appare finalmente presente e valorizzata: esce saltuariamente con le sue amiche e ha iniziato un lavoro autogestito come venditrice di prodotti di una importante linea di cosmetici, che le consente di integrare le sue funzioni di madre e moglie con quelle di lavoratrice. Sfrutta la mia presenza per andare al cinema con il marito e ha finalmente dichiarato la mia funzione; a questo proposito, con grande sorpresa di L., molte persone le hanno chiesto informazioni su come avrebbero fatto ad avere anche loro un aiuto di quel tipo. Ci ha riso molto ripensando a quando si faceva tutti quei problemi “Tutte quelle pippe ... a saperlo lo dicevo prima”.

Mi sento di rispondere, a proposito della domanda di cui sopra, che una funzione psicoanalitica consiste nel riorganizzarsi delle relazioni entro un nuovo assetto collusivo, più capace di interagire con dati di realtà; entro la famiglia, e tra famiglia e “polis”, inclusi i servizi che si occupano della famiglia stessa. L., V. e il loro figli ora vedono anche risorse amiche nella realtà, non più solo vacuità, solitudini e diffidenze. Abbiamo riorganizzato una fiducia di base per ricominciare a esplorare le possibilità della vita.

Conclusioni

Alcune considerazioni finali, a partire da una domanda che implicitamente attraversa questo scritto: occuparsi di assistenza domiciliare educativa è svalutante per gli psicologi, oppure può diventare un'opportunità?

Sviluppare una risposta è stato, per chi scrive, molto difficile. Prendo spunto da uno degli altri casi di cui mi sto occupando, accennandone. Qualche anno fa la famiglia P. è segnalata ai Servizi a partire dalle scuole frequentate dai bambini. Si relaziona di incuria e sporcizia. Viene quindi attivato un percorso assistenziale che termina con l'allontanamento dei sei figli, che vengono poi affidati a una casa famiglia. La madre inizia una battaglia mediatica che spinge le istituzioni a restituirle i bambini, dopo circa quattro anni di tira e molla.

Oggi per questa famiglia l'assistenza educativa è la *conditio sine qua non* per scongiurare una sanzione definitiva del Tribunale dei minori. Il clima con cui una collega ed io entriamo in casa P. non è difficile da immaginare. Iniziamo a lavorare con loro da nemici. Gradualmente ci accorgiamo che c'è molto di grottesco in questa famiglia, perché in ogni loro interazione e scambio tutto è portato al limite. Maleducazione, turpiloqui, grandi e piccoli maltrattamenti si susseguono sino a esasperarsi in una sorta di teatralità. A volte è come se sforzandosi di apparirci "normali" finiscano per fare peggio. In altri momenti invece c'è un chiaro intento provocatorio. Tra i due estremi si pone un modo di vivere comunque povero: di cultura, di risorse, di denaro. I genitori vivono di espedienti, non disdegnando mezzi di guadagno illeciti.

Torna alla mente il film "Brutti, sporchi e cattivi" di Ettore Scola, che costituisce un triste spaccato della miseria figlia degli anni '70 del secolo scorso, mostrando quella marginalità da sbattere in faccia al perbenismo; distando dal sogno l'intento borghese di coprire il marcio, di confinare nelle periferie la miseria, la delinquenza e la povertà. Allora era ancora viva una forte spinta alla denuncia delle ingiustizie, degli ultimi, dei dimenticati. Oggi il conflitto sociale è, nella migliore delle ipotesi, dormiente; mentre il nemico da temere ha il volto di chi viene da fuori: i migranti, gli emigrati, i terroristi e sovente l'islamismo nella sua totalità sdifferenziante. La politica da molto tempo ignora chi si muove ai bordi della convivenza: perdendo contatto con la realtà ha smarrito le categorie per leggerla.

Chi si cura di configurare un futuro diverso per chi sta ai margini? Chi viene a parlare con le persone delle periferie? Anche solo per cominciare a capire cosa succede in Italia oggi. È qui che vive la famiglia P. ed è alla televisione che si è rivolta per sovvertire, non per comprendere, ciò che stava accadendo. A pochi metri da questa famiglia sopravvivono africani, albanesi, pachistani, siriani, bangladesi, quasi tutti di religione islamica. I Centri di assistenza richiedenti asilo (CARA), soprattutto nelle zone rurali, ospitano uomini (molti) e donne (poche) alcuni dei quali salvati in mare, parcheggiati in alloggi di fortuna e poi abbandonati a loro stessi.

Il lavoro di assistente educativa mi ha portata a guardare là dove le istituzioni non guardano più, se non per reprimere o togliere provvedimenti, su mandato delle trasmissioni televisive. Sono entrata spesso in situazioni ripugnanti, anche solo per la concretezza della puzza che si respira. E ho sperimentato che il passo verso il controllare e il punire, può essere davvero breve. Brutti, sporchi, cattivi ... e da rinchiudere, magari "salvando" i bambini. Ecco il percorso già scritto.

Ma è questa l'unica funzione sociale dei Servizi e, più su, delle agenzie politiche, legislative e giudiziarie? Di quale sviluppo ci stiamo occupando in questo Paese? E la psicologia come si pone? Come la longa manus dei poteri controllanti? Oppure può contribuire a rifondare una speranza per il futuro?

Non è un pensiero solo mio quello che sto per esprimere, bensì trova radici profonde nel movimento culturale cui accennavo all'inizio di questo lavoro e nel cui contesto mi sono formata: la prima alternativa al reprimere è riuscire ad attenuare la violenza. Gran parte del mio lavoro in queste situazioni ne ha tenuto conto.

Cosa vuol dire attenuare la violenza? Nello specifico di ciò che ho fatto con le famiglie, vuol dire cominciare a dire come stanno le cose. Ne ho accennato più su: tra Servizi e famiglie vige troppo spesso la legge del falso. C'è un davanti e un dietro, un'accondiscendenza apparente e un altrove di disgusto, recriminazioni e azioni nascoste. È ciò che è accaduto alla famiglia P. nella precedente esperienza di assistenza. Le operatrici di allora hanno prodotto, comprensibilmente, una relazione molto critica per Servizi e Tribunale. Ma lo hanno fatto, a quanto pare, alle spalle della famiglia stessa. Ossia non hanno dichiarato apertamente ciò che stavano per fare a valle dell'aver riscontrato una situazione di forte degrado. Ancora una volta: buon viso a cattivo gioco, con un triste finale. La cooperativa e i Servizi, dopo l'intervento dei media, hanno preso le distanze da ciò che riportava la relazione delle colleghe. Di lì una gogna mediatica micidiale nei confronti delle streghe operatrici. Qui non si tratta di demonizzare a fasi alterne singoli partecipanti alla vicenda. Il punto è che servono regole del gioco condivise e ridiscusse momento dopo momento. Tra operatori e

famiglie, certamente, ma anche resocontando e coordinando con la cooperativa e i Servizi un pensiero competente sulle azioni svolte e ancora da compiere.

Il nostro rapporto con questa famiglia è cambiato proprio quando ci siamo rese “impertinenti”, cioè quando abbiamo detto le cose fuori dai denti. Se non si sta alle regole se ne pagano le conseguenze. Nel caso della famiglia P. abbiamo dovuto ristabilire un minimo di qualità di base alla quotidianità, mettendone in discussione la prevalenza “anomica”. Niente cani che dormono nel letto (con pulci, acari e pidocchi presi dai bambini con conseguenze nefaste anche per i compagni di scuola); niente bottiglie di plastica usate per accendere il fuoco, perché la plastica bruciando produce diossine altamente tossiche. E soprattutto pulizia, anche nel rispetto di chi entra in casa. Può sembrare banale ma non è stato per niente facile scardinare difese e strategie manipolative, del tipo: “Aho, qua semo tutti pulitissimi, non lo senti er profumo?”, o ancora: “Sai che hanno detto i professori? Che mi fii puzzano! Ma te rendi conto?”. Questo ancor prima che noi ci pronunciasimo sullo schifo che si vedeva e si respirava.

Abbiamo aspettato ma non potevamo continuare ad assecondare quei messaggi paradossali. “No S., nessun profumo. Qui ci sono una puzza e una sporcizia insostenibili. E se non fate qualcosa noi lo segnaliamo. Sappiamo che tua madre non ha potuto insegnarti la pulizia, perché era sempre depressa e tu sei dovuta andare a lavorare quando avevi nove anni. E capiamo che per te non deve essere stato facile occuparti anche di tutti i tuoi fratelli. Ma pensaci: se continui su questa strada di incuria, finisci per ripetere con i tuoi figli quel che è già successo a te”. S., per la prima volta dopo mesi, getta la maschera e piange commossa.

Piccola digressione sulla tecnica: anche se qui la dimensione mutativa dell'interpretazione⁶ sembra non avere a che vedere con la dinamica transferale (poiché apparentemente la nostra restituzione è connessa esclusivamente a eventi della vita della donna), l'aspetto transferale vero e proprio (nel senso ampio del termine: le emozioni di chi interviene connesse con quelle dell'altro) riguarda l'averle fatto comprendere che ci ricordavamo di quello che ci aveva raccontato di sé. È equivoale a dirle: ci teniamo a te. Questa presa di posizione è stata possibile attraversando un iniziale e speculare (contro)transfert “negativo” (Searles, 1994). Abbiamo atteso e scelto un momento propizio per provare a cambiare, almeno in parte, il rapporto con la donna.

A proposito di tecnica e setting ortodossi: sorrido se ripenso ai sogni di prestigio che ammantavano, ormai miticamente, il lavoro dello psicoterapeuta. Qui le cose stanno ben diversamente, penso si sia capito. Voglio comunque dirlo chiaramente, visto che se ne parla poco o nulla: per questo lavoro prendo 12,24 euro l'ora. Eppure quello che faccio mi piace, è una cosa che ho scoperto strada facendo. Così come mi inorgogliesce usare i modelli che ho appreso, utilizzandoli con persone che fino a qualche anno fa non avrebbero mai avuto accesso a una funzione psicoanalitica; se non in circostanze definitivamente obbligatorie e/o detentive: in un carcere, forse, o in un SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di un ospedale).

Ecco, è questa una chiave di lettura che reputo costruttiva: c'è bisogno di competenza fuori dal prestigio attribuito all'ambiente privato. Altrimenti gli psicoterapeuti (forse in parte è già successo) finiranno come molti politici: derisi, insultati o considerati inutili. E invece la politica, così come la funzione psicoterapeutica, sono una cosa seria. In questo senso, c'è un aspetto politico importante nel lavoro che faccio. Polis vuol dire mettere assieme, riunire, partecipare attivamente. Già, mettere assieme, riunire. Questa esperienza, un giorno, la rimetterò insieme a delle altre; anche per costruire servizi che possano utilmente integrare la crisi irreversibile in cui versano le politiche pubbliche dello Stato, il cosiddetto Welfare State.

Infine, per rispondere alla domanda di inizio paragrafo: inizialmente ho vissuto l'assistenza educativa domiciliare come qualcosa di svalutante e poco valorizzato. Per certi versi lo penso ancora, vista la pochezza retributiva. Oggi, tuttavia, sento di stare in quel processo trasformativo che la rende un'opportunità.

Bibliografia

Bleger, J. (1966). Psicoanalisi del setting psicoanalitico [Psychoanalysis of psychoanalytic setting]. In Genovese C. (Ed.) (1988), *Setting e processo psicoanalitico* (pp. 243-256). Milano: Raffaello Cortina.

⁶ Scrivono Carli e Paniccia, a proposito dell'interpretazione mutativa di Strachey (1934), in un articolo pubblicato sulla *Rivista di Psicologia Clinica* (2009): “l'interpretazione mutativa è in grado di sostituire un super Io punitivo e severo, nel mondo interno del paziente, con un super Io aiutante e benevolo. Questa sostituzione non è meccanica e dipende dall'atteggiamento dello psicologo clinico nei confronti delle persone e dei gruppi con i quali lavora” (p. 21).

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica [Training's targets and methodology: thinking emotions into the clinical relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Cavicchioli, G., & Bandioli, B. (2003). Il servizio di assistenza domiciliare educativa [Home educational service]. *Quaderni del Centro Servizi Scuola e Famiglia*, 1, 72-74, 13-15.
- Cuttaia, D. (1999). *Il decentramento amministrativo. Profili attuativi e organizzativi* [Administrative decentralization. Executional and organizational profiles]. Novara: Interlinea.
- Longoni, B. (Ed.). (2014). *I servizi domiciliari. Raccontare e raccontarsi* [Home-based service. To tell and tell themselves]. Rimini: Maggioli.
- Maggian, R. (2013). *I servizi socio-assistenziali. Sistema integrato di interventi e Servizi Sociali* [Social-welfare services. Integrated system of social interventions and services]. Roma: Carocci.
- Searles, H.F. (1994). *Il controtransfert*. Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1979).

Sitografia

www.assistentsociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-le-politiche-sociali.htm
www.socialelazio.it/binary/prtl_socialelazio/tbl/pianizona/RMH6_PIANO_DI_ZONA_2013.pdf