

## **Psychological intervention with marginality in the Covid-19 context: From acting control to recognising demands for relationships**

*Alfredo Arienzo\*, Alessio Civerra\*, Sara Di Giamberardino\*, Ottavia Esposito\*, Stefano Zanfino\**

### *Abstract*

The Authors propose a reflection on the psychological clinical function within public and private health and social care services, through the reporting of four experiences related to the difficulty of reorganising these services in the context of the Covid-19 health emergency. These services deal with social emergencies in connection with public and private bodies that demand their intervention; work to ensure the social inclusion of families that benefit from measures against poverty; offer home care for users of the Services of Mental Health. Thinking of this contingency as a critical event, the failure of the collusion that organizes interventions aimed at controlling the relationship between users and services is recognised and the importance of exploring the questions that emerge to guide the reorganization is proposed.

*Keywords:* marginality; assistance; control; critical event; report.

---

\* Clinical Psychologist, PsyD student in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology and Analysis of Demand. E-mail: [alfredoarienzo@gmail.com](mailto:alfredoarienzo@gmail.com); [alessio.civerra@hotmail.it](mailto:alessio.civerra@hotmail.it); [saradigiamberardino@libero.it](mailto:saradigiamberardino@libero.it); [ottavia.esp@gmail.com](mailto:ottavia.esp@gmail.com); [zanfino.s@gmail.com](mailto:zanfino.s@gmail.com)

Arienzo, A., Civerra, A., Di Giamberardino, S., Esposito, O., & Zanfino, S. (2020). L'intervento psicologico con la marginalità nel contesto Covid-19: Dall'agire controllo al riconoscere domande di rapporto [Psychological intervention with marginality in the Covid-19 context: From acting control to recognising demands for relationships]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(1), 9-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## **L'intervento psicologico con la marginalità nel contesto Covid-19: Dall'agire controllo al riconoscere domande di rapporto**

*Alfredo Arienzo\*, Alessio Civerra\*, Sara Di Giamberardino\*, Ottavia Esposito\*, Stefano Zanfino\**

### *Abstract*

Gli Autori propongono una riflessione sulla funzione psicologico-clinica entro servizi sanitari e socio-assistenziali pubblici e del privato sociale, attraverso la resocontazione di quattro esperienze legate alla difficoltosa riorganizzazione di tali servizi nel contesto dell'emergenza sanitaria Covid-19. Si tratta di servizi che si occupano di affrontare le emergenze sociali in connessione con enti pubblici e privati che ne richiedono l'intervento; di facilitare l'inclusione sociale di famiglie che beneficiano di misure per il contrasto alla povertà; di assistenza domiciliare rivolta ad utenti dei Servizi di Salute Mentale. Pensando questa contingenza come evento critico, si riconosce il fallimento dell'assetto collusivo che organizza interventi orientati al controllo della relazione tra utenti e servizi e si propone l'importanza di esplorare le domande che emergono per orientare la riorganizzazione.

*Parole chiave:* marginalità; assistenza; controllo; evento critico; resoconto.

---

\* Psicologi clinici, Specializzandi in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.  
E-mail: [alfredoarienzo@gmail.com](mailto:alfredoarienzo@gmail.com); [alessio.civerra@hotmail.it](mailto:alessio.civerra@hotmail.it); [saradigiamberardino@libero.it](mailto:saradigiamberardino@libero.it); [ottavia.esp@gmail.com](mailto:ottavia.esp@gmail.com); [zanfino.s@gmail.com](mailto:zanfino.s@gmail.com)

Arienzo, A., Civerra, A., Di Giamberardino, S., Esposito, O., & Zanfino, S. (2020). L'intervento psicologico con la marginalità nel contesto Covid-19: Dall'agire controllo al riconoscere domande di rapporto [Psychological intervention with marginality in the Covid-19 context: From acting control to recognising demands for relationships]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(1), 9-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## **Premessa**

In questo contributo proponiamo una riflessione sulla funzione psicologico-clinica entro rapporti di lavoro in diversi servizi, attivi sui territori di Roma e Napoli.

Proporremo la resocontazione di esperienze di intervento entro un'unità mobile di un servizio che si occupa di emergenza sociale, uno sportello del Centro di Servizio Sociale che si occupa di misure di contrasto alla povertà, servizi di assistenza domiciliare presso case-famiglia dei Dipartimenti di Salute Mentale. Questi servizi si occupano di problemi di convivenza che, tuttavia, rischiano di essere ricondotti all'individuo e alle sue caratteristiche idiosincratiche.

La riflessione sulle esperienze in questi contesti nasce entro un inteso dibattito sull'emergenza sanitaria Covid-19, sviluppatosi sin dall'esordio del lockdown tra allievi, docenti e specialisti del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica SPS. In particolare ci siamo confrontati su come l'interruzione di ogni routine si configuri come un generale fallimento collusivo, che sta facendo emergere alcune ritualizzazioni dei rapporti, permettendoci di vederle criticamente. Con la pandemia i servizi si trovano a dover riorganizzare i loro interventi per adeguarsi alle nuove norme anti-contagio. Entro la retorica della crisi quale evento che scontatamente produce cambiamento, la riorganizzazione degli interventi nei servizi può tradursi in un adeguamento delle consuete modalità di funzionamento alle nuove contingenze. La crisi è vissuta in questo caso come momento che devia da un funzionamento normale e viene risolta con tentativi di riconduzione alla normalità perduta. Proponiamo invece di pensare la contingenza della pandemia quale evento critico che permette di riconoscere gli assetti collusivi che organizzano l'intervento in questi servizi e di individuare possibili linee di sviluppo che orientino la riorganizzazione del lavoro (Carli & Paniccchia, 2003).

In particolare riconosciamo, in questa contingenza così proposta, il fallimento di interventi di assistenza orientati al controllo della relazione con l'utenza e l'importanza di riorganizzarsi occupandosi delle domande portate ai servizi.

## **Culture dei servizi organizzati su finalità di assistenza**

I servizi che si occupano di inclusione ed emergenza sociale e di salute mentale sono caratterizzati da culture che si organizzano attorno a un mandato sociale di assistenza. Ricordiamo come il mandato sociale fondi la prassi dei servizi su principi e finalità che derivano da un sistema di valori socialmente condiviso (Carli & Paniccchia, 2002).

Recuperiamo l'etimologia<sup>1</sup> della parola assistenza per esplorarne il significato emozionale, così da ampliarne l'interpretazione rispetto all'utilizzo quotidiano: dal latino *ad* (presso) *sistere* (fermarsi), ha il significato di essere presente a un atto senza prendervi parte, ma per vedere, udire, far da testimone. In senso traslato vale anche: stare presso qualcuno per aiutarlo, soccorrerlo o giovargli. L'assistenza può essere simbolizzata quale intervento in cui non è necessario definire alcuna competenza specifica, in quanto organizzato attorno allo stare vicino a una persona, senza costruire obiettivi condivisi (Carli & Paniccchia, 2016).

Intendiamo dire con questo che si presta la propria opera in base al presupposto di un bisogno, e non perché si riconosca una domanda. Al bisogno corrisponde un fatto, la mancanza di qualcosa che sia indispensabile o anche solo opportuna; la domanda fa riferimento alla soggettività di chi la esprime, alla sua interpretazione di un problema. In particolare, i servizi in cui lavoriamo individuano come bisogni e diritti delle persone a cui sono rivolti dimensioni quali l'autonomia, il miglioramento della qualità di vita, le pari opportunità, la non discriminazione, il garantire diritti di cittadinanza, l'uscire da situazioni di emergenza e solitudine o da difficili relazioni familiari e dalla violenza. Tali bisogni rischiano di essere vissuti quali scontatezze che organizzano prassi di lavoro nei servizi orientate al conformismo.

Questo modo di intendere l'assistenza si organizza attorno a una specifica simbolizzazione emozionale dell'utenza che si rivolge a questi servizi. Il disabile psichico o fisico, il senza fissa dimora, i poveri, coloro che sono sottoposti all'autorità giudiziaria vengono simbolizzati emozionalmente come bisognosi, quindi come già conosciuti nelle loro difficoltà individuali, costituendosi quale marginalità di cui occuparsi. La marginalità è così intesa quale categoria che necessita del rapporto con i servizi, senza il quale sarebbe incapace di provvedere ai propri bisogni. L'utente così inteso, è carente di potere contrattuale nel rapporto con i servizi,

---

<sup>1</sup> Facciamo riferimento al Vocabolario Etimo.it, reperibile in rete.

poiché simbolizzato come individuo escluso dal conformismo che fonda la relazione sociale, specie sotto il profilo della produttività; tale esclusione spesso non è priva di sospetto, da parte degli operatori, che la persona non faccia abbastanza per essere produttiva, quindi inclusa. Per questo è assistito, ma anche sotto controllo e invitato a tornare nell'atteso conformismo. La simbolizzazione dell'utente quale bisognoso sembra dare per scontata la motivazione che organizza il rapporto con il servizio, e non include, per questo motivo, l'esplorazione della domanda dell'utente (Arienzo et al., 2019).

Individuando categorie stereotipate di utenti, portatori di bisogni noti, i servizi tendono a vivere un'idea di servizio dato, che istituisce interventi orientati dalle fantasie sui bisogni dell'utenza stessa. L'intervento assistenziale, così inteso, si organizza nella fantasia di colmare carenze, ed è caratterizzato da una forte ideologizzazione della propria funzione sociale. Ciò legittima interventi prescrittivi, fondati su prassi autoriferite poiché non necessitano di una conoscenza della domanda di chi a questi servizi si rivolge (Carli & Paniccia, 2002).

Emerge l'idea che l'intervento assistenziale debba organizzarsi attorno a un fare concreto, come ad esempio l'erogazione di risorse economiche, o la ricerca di alloggi per senza fissa dimora, che attesti il dare e ricevere quale dimensione che organizza il rapporto tra servizio e utenza (Olivetti Manoukian, 2016).

Queste finalità, se non pensate, rischiano di tradursi in agiti di controllo, dove a essere controllata è l'aderenza dell'utente ai bisogni che scontatamente il servizio gli attribuisce e che sono necessari per poter entrare in rapporto con il servizio stesso. L'unica possibilità per l'utente è quella di accettare o, più spesso, rifiutare l'azione eseguita "per il suo bene" dal servizio (Carli & Paniccia, 2002).

Le culture che si organizzano attorno all'assistenza, in quest'ottica, motivano rapporti tra servizi ed utenti orientati da dinamiche collusive di pretesa e controllo. Il rapporto volge così al possesso dell'altro, nell'attesa che questi si ponga quale amico noto, avendo espulsa ogni incognita dalla relazione, ma anche ogni conoscenza. Le relazioni si organizzano perciò sul controllo rituale del rispetto delle regole del gioco, attraverso il quale garantire l'amicalità dell'estraneo di cui si diffida (Carli, 2018).

La pretesa si traduce in ruoli stereotipali; pensiamo all'utente bisognoso che simbolizzato nella posizione di "inferiorità protetta" pretende, appunto, le risorse possedute dal servizio; ma anche alla pretesa dei servizi di saperla lunga sul "bene" dell'utente. Se l'intervento è rivolto all'individuo bisognoso, si proporrà come sostitutivo delle sue funzioni compromesse. In questo lavoro proponiamo una possibile alternativa, che abbiamo potuto sperimentare nei nostri interventi. Pensiamo all'intervento psicologico-clinico come sviluppo di conoscenza dei problemi portati dall'utenza, vista come cliente dei servizi.

L'intervento psicologico-clinico orientato da obiettivi di sviluppo della relazione individuo-contesto si fonda sulla simbolizzazione affettiva dell'altro "quale estraneo da conoscere, al fine di istituire una relazione di scambio [...]. È un lavoro che può anche confliggere con i valori tradizionali d'un sistema sociale; che può apparire trasgressivo, se visto nell'ottica conformistica" (Carli & Paniccia, 2003, p.54).

Negli interventi di cui parleremo vedremo come sia possibile, nel rapporto tra servizi ed utenti, occuparsi della relazione, e come possa emergere il desiderio trasgressivo di stare insieme. Può fallire infatti la fantasia che i rapporti tra servizi e utenti siano organizzati esclusivamente dal vissuto di obbligo, dove si sta insieme solo se costretti, e dove l'utente è il bisognoso di cui il servizio è costretto a occuparsi.

### ***Interventi nel contesto dei servizi sociali***

Gli interventi che resocontiamo di seguito si sviluppano all'interno di organizzazioni afferenti all'area dei servizi sociali: un'unità mobile, operante sul territorio romano, che si occupa di emergenze sociali segnalate da cittadini o istituzioni, oppure intercettate attraverso le attività di monitoraggio su strada; uno sportello operante in un Centro di Servizio Sociale napoletano che si occupa di facilitare la partecipazione sociale di famiglie a rischio di emarginazione e povertà, beneficiarie di misure di sostegno al reddito.

Come si diceva, questi servizi possono vivere il proprio intervento come erogazione di risorse: beni di prima necessità, accoglienza presso strutture, sussidi economici, accesso ad altri servizi. Se si agisce questa cultura, ci si può trovare confrontati con un fallimento collusivo: gli utenti rifiutano le risorse che il servizio scontatamente gli offre. Se non si accetta il fallimento, tali rifiuti diventano la prova, per gli operatori, dell'impossibilità di avere un rapporto con queste persone, e ne derivano vissuti di impotenza e di diffidenza reciproca.

L'intervento psicologico-clinico accetta invece il fallimento, e apre sia alla possibilità di conoscere la domanda dell'utenza, che a quella di cogliere che il servizio ha anche risorse diverse dall'erogare beni e sussidi. I casi saranno resocontati in prima persona, per rendere la lettura più scorrevole e comprensibile.

#### *Intervento presso un servizio che si occupa di emergenza sociale: Manutenere rapporti di convivenza*

Lavoro in un servizio di emergenza sociale nel territorio romano, nel ruolo di operatore sociale dell'unità mobile. Il servizio si articola in una Centrale, che riceve segnalazioni tramite numero verde, alcune unità di strada diurne e notturne, e un Servizio Sociale che si occupa di tenere rapporti con enti pubblici e privati. L'intervento viene disposto a seguito di segnalazione pervenuta da parte dei cittadini o delle istituzioni, come le forze dell'ordine o i servizi sanitari.

Spesso, negli interventi attivati dalla segnalazione dei cittadini, i potenziali utenti sembrano non volere niente, scatenando frustrazione e vissuti di inutilità in noi operatori. Ipotizzo che tali vissuti abbiano a che fare con la nostra fantasia che l'intervento sia prescritto, in quanto scontatamente desiderabile e opportuno per tutti, cittadini, operatori e potenziali utenti, e che non sia possibile non volerlo. Mi interrogo se questo "non voler niente" dei potenziali utenti non parli del non volere un intervento obbligato, obbligante e prescritto.

Ad esempio, se l'utente rifiuta un'accoglienza, fallisce la fantasia sul suo scontato bisogno di rientrare in una conforme condizione sociale. Ma non è detto che il rapporto tra utente e servizio debba finire lì.

Viene in mente il caso di O., un senza dimora che ha da subito escluso qualsiasi aiuto, tranne qualcosa da mangiare, saltuariamente.

Ma durante un intervento in pieno lockdown, un giorno, alla domanda di routine: "Cosa possiamo fare per lei, di cosa avrebbe bisogno", O. ha risposto: "Famose una chiacchiera, che non passa più nessuno e non so con chi parlare". Il lockdown, destrutturando le modalità di relazione routinarie, ha facilitato l'emergere di una domanda. Questa domanda non era di un tetto o di cibo, ma di rapporto: farsi una chiacchiera. O. inizia a raccontarci di sé, della sua vita passata, del suo paese di origine, continuando nei vari interventi che tutt'ora si susseguono. Afferma candidamente che non vuole assolutamente smettere di bere, (questa è una condizione obbligatoria per un'eventuale accoglienza), e di non voler stare segregato in centri con altre persone, perché "è matto qui", dice indicandosi la testa, e se partecipa a contesti di convivenza forzata, finisce sempre con il litigare. Va notata, in queste sue argomentazioni, l'accortezza di O., la sua competenza sociale: è infatti uno dei pochi utenti che non è mai stato segnalato dalla cittadinanza. In effetti è stato "intercettato" dal servizio durante dei monitoraggi in strada. Spesso lo troviamo con altri utenti amici, e riceve cibo, vestiti, coperte e soldi dai cittadini del quartiere.

L'aver colto che "famose una chiacchiera" era una domanda, ci ha permesso, come operatori, di riconoscere risorse per la nostra finalità di assistenza sia in O. che nel contesto in cui vive, in altri utenti e nei cittadini. Instaurare un diverso rapporto con O., in grado di riconoscere una sua identità e una sua soggettività, ha inoltre reso per O. più accettabile conoscere ed esplorare il servizio. Entro questa nuova relazione con noi, di conoscenza, ha potuto apprezzare una doccia e accettarne le regole di accesso.

#### *Intervento presso un Centro di Servizio Sociale: Sostenere il desiderio di conoscere il cliente*

Da gennaio 2019 lavoro in un Centro di Servizio Sociale napoletano, entro un'équipe multidisciplinare composta da due assistenti sociali, due educatrici e una psicologa. Il servizio ha il mandato di facilitare l'inclusione sociale delle famiglie beneficiarie di misure di contrasto alla povertà. La *ratio* di queste misure, proposte dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a partire dal 2018, è che la povertà sia una condizione multifattoriale, conseguenza di un disagio sociale oltre che della scarsità di risorse economiche. Per questo motivo tali misure puntano al superamento della condizione di povertà, fornendo alle famiglie un sussidio economico erogato mensilmente per 18 mesi e una presa in carico da parte del servizio sociale di riferimento.

Nel servizio in cui lavoro, tale presa in carico si articola a partire da un colloquio che il beneficiario è convocato a sostenere con un'assistente sociale, che durante l'incontro identificherà, con l'ausilio di uno schema fornito dal Ministero, quali siano i bisogni espressi dall'utente e dalla sua famiglia, che ne determinano lo svantaggio socio-economico. Tale colloquio può avere due esiti, in base alla tipologia, alla quantità e all'intensità dei

bisogni rilevati: l'invio al centro per l'impiego e la cessazione dei contatti con il servizio sociale, là dove l'unico bisogno emerso sia quello di trovare lavoro, oppure l'avvio di un progetto personalizzato per la famiglia. In questo secondo caso l'assistente sociale può concordare successivi incontri con uno o più membri del nucleo familiare, coinvolgendo anche le altre figure che compongono l'équipe, e indirizzare gli utenti presso altri servizi. Affinché il rapporto dell'utente con l'équipe si strutturi oltre il primo colloquio, quindi, egli deve accettare di costituirsi come bisognoso, entro un rapporto in cui la definizione di bisogno che si va collusivamente a costruire può configurarsi come una carenza che investe l'utente e la sua famiglia. Questo accordo, nella maggior parte dei casi, sembra non concludersi: degli oltre seicento beneficiari incontrati a partire dalla costituzione del servizio, circa il dieci per cento ha concordato un progetto. Sostengo che questa percentuale ci informi della problematicità di tale proposta collusiva, che rende improbabile per chi la incontra desiderare un rapporto con il servizio.

I progetti proposti dalle assistenti sociali agli utenti interessati si strutturano solitamente nell'individuazione di servizi che possano rispondere fattivamente ai bisogni messi in luce durante i colloqui (servizi sanitari, educativi, ricreativi, ecc.). Le educatrici monitorano l'aderenza al progetto con contatti periodici, attraverso i quali verificano se l'utente ha fatto accesso ai servizi segnalati.

Talvolta il controllo rischia di esaurire il senso di questi scambi, che si concludono nel momento in cui l'utente riferisce di aver compiuto le azioni indicate. La noia che a volte vi si associa mi sembra un utile fallimento collusivo, che parla proprio della difficoltà di organizzarli intorno a obiettivi condivisi. L'ipotesi con cui scrivo è che questi scambi orientati al controllo esprimano aspetti culturali che organizzano i servizi sociali, che se non pensati, rischiano di ostacolare la conoscenza dell'utenza alla quale questi servizi si rivolgono. Se il bisogno è collusivamente interpretato come condizione concreta, che appartiene all'individuo portatore a prescindere dal rapporto con il servizio che lo incontra, allora chi assiste è sollecitato a perseguire l'eliminazione di tale condizione attraverso azioni fattualizzate, che esauriscono il senso della relazione.

Come psicologa, la funzione che cerco di sviluppare è quella di sostegno al rapporto tra il servizio e l'utenza, aiutando le assistenti sociali a orientarsi nella costruzione dei progetti, le educatrici a pensare la relazione di monitoraggio con le famiglie e l'équipe a integrare questi due processi. All'esordio del servizio, ho spesso trovato difficile sostenere proposte orientate a condividere ipotesi sul senso di ciò che accade nella relazione tra noi e le famiglie che assistiamo. Ipotizzo che questa fatica abbia a che fare con l'interpretazione del bisogno appena declinata, entro la quale risulta faticoso convenire di assumere la propria relazione con l'utenza quale oggetto di lavoro.

La vicenda Coronavirus si verifica in un momento in cui l'équipe multidisciplinare sta vivendo una crisi delle proprie prassi: la maggior parte dei progetti attivati nell'arco del precedente anno di lavoro sono stati archiviati dalle assistenti sociali, in quanto gli utenti interessati hanno dichiarato di aver fatto accesso ai servizi indicati o di non essere disposti a farlo. Entrambi i tipi di dichiarazione sanciscono solitamente l'interruzione dei contatti tra l'équipe e il nucleo familiare. A fine febbraio 2020 non sono tante le famiglie con cui continuiamo a curare i contatti e nella maggior parte dei casi questo avviene nella fantasia di obbligarle al rapporto con noi, per esempio in nome di un rischio per i minori. Le riorganizzazioni sociali avvenute con il distanziamento, in particolare la chiusura di numerosi servizi, mettono in crisi il senso di questo tipo di contatti.

A partire dal mese di marzo, in relazione al progressivo aumento delle infezioni da Covid-19 e alle misure varate a livello nazionale per limitare i contagi, tutto il personale dei diversi Centri di Servizio Sociale della città fa richiesta alla dirigenza di poter lavorare da remoto. I motivi di tale richiesta fanno riferimento alla sicurezza degli operatori e all'impossibilità di continuare a svolgere il lavoro abituale. Quello che generalmente manca, quando tra noi operatori facciamo riferimento alla necessità dello *smart working*, è un pensiero sul come si possa lavorare utilmente da casa nel contesto che si va delineando. Questo aspetto emerge nel momento in cui il dirigente risponde interpellandoci su come intendiamo riorganizzare il lavoro, vincolando la possibilità dello *smart working* a quella di rendicontare puntualmente ciò che si fa. Inizialmente questa richiesta, rivolta alla totalità degli operatori impiegati nelle misure di contrasto alla povertà, viene vissuta collusivamente come una provocazione, suscitando vissuti di rabbia e indignazione.

Contemporaneamente i Centri di Servizio Sociale cominciano a essere affollati da cittadini che portano richieste inedite, numerose, ma quasi tutte riconducibili a una domanda: di essere aiutati a orientarsi tra le diverse forme di sostegno offerte dalle associazioni del territorio, i sussidi erogati dallo Stato in occasione della pandemia, le articolate procedure per accedervi. Entro la cultura del servizio sociale, questi cittadini vengono simbolizzati come individui con esigenze e aspettative note e le loro richieste vissute come pretese. I cittadini rispondono collusivamente impugnando decreti, violando divieti, talvolta minacciando di rivolgersi alla

stampa o alle forze dell'ordine. Dinamiche simili si verificano in diverse municipalità e vengono generalmente vissute dagli operatori come conferma del pericolo rappresentato dall'utenza.

Rispetto a questo scenario, sento come utilmente trasgressiva la proposta avanzata da una delle educatrici dell'équipe, cioè di organizzare questo genere di informazioni in una pagina Facebook rivolta al quartiere. La richiesta di avanzare un piano di lavoro da casa, diventa così un'occasione per declinare questa idea in un progetto scritto condiviso. Questo lavoro apre per l'équipe multidisciplinare una strada per parlare delle diverse appartenenze professionali e per interrogarsi su come queste possano dialogare in rapporto alla domanda dell'utenza, su cui iniziamo a fare ipotesi. Così le assistenti sociali trovano la motivazione per un lavoro di ricognizione dei servizi offerti sul quartiere; le educatrici dichiarano il loro desiderio di proporsi come sostegno al rapporto genitori-bambini durante la quarantena, preparando tutorial di attività educative e espressive da realizzare in famiglia, sviluppando ipotesi su come offrire supporto alle famiglie nell'organizzazione della didattica online; io penso a delle rubriche che siano un pretesto per invitare gli utenti a parlare delle riorganizzazioni che stanno affrontando. Scrivere il progetto fa emergere il conflitto interno all'équipe rispetto a come trattare la relazione con l'utenza. Inizialmente le assistenti sociali si oppongono alla proposta, avanzata dalle educatrici e da me, di invitare gli utenti della pagina a commentare eventuali post, o a inviare messaggi. Parlarne, rende trattabile la fantasia che invitarli a porci domande o a darci riscontri equivalga ad autorizzarli a pretendere, quindi ad aggredirci. Fuori dalle prassi disegnate dal Ministero, riusciamo a fare l'ipotesi che la pretesa sia una proposta di rapporto che può essere trattata anziché respinta, convenendo che questa operazione sia coerente con il nostro mandato di sostegno. Dichiarare le rispettive funzioni porta uno sviluppo nei rapporti tra operatrici anche oltre la costruzione del progetto: iniziamo, con lo *smart working*, a chiamarci, resocontandoci i contatti con gli utenti, facendo ipotesi sul senso di ciò che accade in questi scambi. La contingenza di non trovarsi più ogni giorno, scontatamente, nello stesso ufficio, di non avere riunioni scontatamente calendarizzate, ci aiuta a organizzare tra noi scambi orientati da una nostra domanda, a dichiarare l'utilità che si riconosce nel rapporto con le altre.

### ***Interventi di assistenza domiciliare nel contesto Salute Mentale***

Gli interventi di cui proponiamo una resocontazione sono situati entro servizi di assistenza domiciliare presso case-famiglia per persone con diagnosi psichiatrica, afferenti a due Centri di Salute Mentale (CSM) romani. In questi servizi, gestiti da cooperative sociali, tre di noi lavorano nel ruolo di operatori.

Casa-famiglia è il nome comunemente attribuito dai Servizi di Salute Mentale a Strutture Residenziali (SR), situate in appartamenti generalmente di proprietà del Sistema Sanitario, in cui convivono gruppi di utenti dei CSM.

Secondo il Ministero della Salute le SR non vanno intese come soluzioni abitative, in quanto hanno lo scopo di offrire agli utenti una rete di rapporti e di opportunità emancipative, attraverso specifiche attività riabilitative. L'intensità assistenziale, ovvero il numero di ore di presenza degli operatori, è correlata al grado di autonomia complessiva dell'utente (Ministero della Salute, 2013).

Le SR sono dunque definite quali strutture intermedie che si propongono come alternative all'istituzionalizzazione della persona diagnosticata. Entro questa cornice la casa-famiglia si inserisce, in un continuum di servizi pensato come una progressione lineare, a un livello intermedio tra l'ospedalizzazione e il ritorno al territorio, cioè alle famiglie e ai contesti produttivi.

Gli interventi in tali strutture, quindi, prevedono che l'assistenza sia finalizzata alla riabilitazione, quale insieme di misure mediche e psicologiche intese a ripristinare o migliorare il funzionamento personale e sociale dell'utente per restituirlo alla società, ad incrementarne dunque il grado di autonomia<sup>2</sup>.

I fallimenti nei rapporti entro le relazioni familiari o sociali di queste persone, sono quindi trasformati in problema medico, definito socialmente come "malattia mentale" (Carli & Paniccchia, 2014). Il prodotto degli

---

<sup>2</sup> Un gruppo di ricerca finanziato dell'Unione Europea ha indagato sugli atteggiamenti del pubblico nei confronti della salute mentale, confermando che nelle cosiddette società individualistico-liberali, come è la nostra, si pone l'accento sull'individuo e non sulle relazioni. In questo genere di società, l'autonomia – individualista – è indispensabile e viene ritenuta prova di sanità mentale. Al tempo stesso, si conferma che si è "sani di mente", o comunque portatori di una malattia mentale "buona", quanto più si risponde ad attese conformiste (Centre d'Anthropologie, Sociologie, Psychologie – Etudes et Recherches, 2013).

interventi su tali problemi, non potendo essere identificato con la guarigione, viene definito quale raggiungimento dell'autonomia. Si istituisce dunque un falso per cui la riabilitazione entro le case-famiglia, assimilata ad altre terapie mediche, sia un intervento temporaneo volto ad incrementare le capacità dell'individuo di stare da solo; quindi di fare a meno dell'intervento riabilitativo stesso, della convivenza in casa-famiglia, per poi adattarsi ai contesti di convivenza tramite comportamenti conformi a ciò che in tali contesti ci si aspetta.

Lo scopo riabilitativo così inteso sembra dare luogo, spesso, a un'assistenza priva di obiettivi che si propone come intervento sostitutivo<sup>3</sup> delle funzioni compromesse dell'individuo diagnosticato. In questa logica, l'intervento assistenziale si organizza attorno al vissuto di essere necessari l'uno per l'altro. La funzione sostitutiva degli interventi si reifica quindi entro rapporti vissuti come obbligati e obbliganti, per gli utenti come per gli operatori dei servizi, in quanto proposti come sostitutivi del rapporto tra gli utenti e il loro contesto sociale. Una frase che viene spesso pronunciata dagli operatori dei servizi, non senza angoscia, è: "Questi utenti non hanno una famiglia, siamo noi la loro famiglia". Da qui il nome casa-famiglia, che possiamo considerare indizio di una cultura in cui il rapporto tra utenti e operatori è vissuto come prescritto; così come non si sceglie il padre, la madre, il fratello, così pare si debba stare nella casa-famiglia, escludendo la possibilità di desiderarla, pena il rischio di entrare in rapporto a una variabilità che metta in crisi l'identità del servizio stesso.

Proponiamo di pensare le case-famiglia quali strutture che, occupandosi di problemi di convivenza, possano intervenire sulla competenza a stare insieme entro rapporti desiderabili e non obbliganti, entro la casa-famiglia stessa.

Con l'evento pandemia, il descritto assetto collusivo nella relazione tra servizi e utenti attraversa una crisi che mette in discussione il vissuto di obbligo e che, se colta quale evento critico, può aiutare la riorganizzazione degli interventi, come nelle esperienze che seguono.

#### *Intervento di assistenza domiciliare: Pensare le emozioni legate alla sospensione dei rapporti*

Resoconto un intervento di assistenza domiciliare presso una casa-famiglia per persone con diagnosi psichiatrica, afferente a un CSM romano. Lavoro in questo contesto nel ruolo di operatrice di una cooperativa sociale che dagli anni '80, in collaborazione con i servizi pubblici per la salute mentale, si occupa di progettare interventi in strutture intermedie.

Il CSM, con cui lavoro attraverso gli interventi di assistenza domiciliare, si riorganizza a fronte delle misure adottate dal Governo per fronteggiare l'emergenza Coronavirus, limitando gli accessi al servizio e dichiarando di potersi occupare solo delle situazioni urgenti. Chiede alla cooperativa di mantenere inalterato il servizio di assistenza domiciliare, entro la finalità di evitare i ricoveri dei pazienti in questo momento di crisi.

F., una paziente con cui lavoro in casa-famiglia, oltre al rapporto con il CSM sospende anche il suo lavoro presso una biblioteca di quartiere, in un momento in cui la sua collaborazione, iniziata come tirocinio ASL, si stava trasformando in un contratto di lavoro.

All'esordio della quarantena F. inizia a proporre nel rapporto con noi operatori diversi sintomi che viviamo inizialmente come allarmanti. Mi comunica arrabbiata di sentirsi confusa dai nostri comportamenti; "vede" gli operatori tirare su con il naso e mangiare le briciole dalla spazzatura e interpreta queste visioni come una proposta di identificarsi con l'emozione di essere sporca e tossicodipendente. F. contatta il CSM per lamentarsi di questi comportamenti degli operatori, a cui attribuisce l'intenzione di ricordarle la sua identità psicotica. Contatta il CSM entro una proposta di urgenza, nell'idea che preoccupare l'altro sia l'unico modo per ristabilire quei rapporti che sente venir meno.

---

<sup>3</sup> Facciamo riferimento alla funzione sostitutiva quale modello di rapporto che caratterizza ambiti che assegnano alla tecnica un potere forte, presupponendo che la relazione venga organizzata attorno ai ruoli di tecnico e profano. La funzione integrativa, di contro, si occupa della manutenzione della relazione, rendendola pensabile. La medicalizzazione delle disabilità, fisiche e psichiche, rende prevalente la presenza di funzioni sostitutive, con conseguenze problematiche sul fronte della manutenzione della relazione. La funzione sostitutiva, infatti, assume un ruolo riabilitativo centrato sulle disfunzioni individuali dell'utente, agendo così nella relazione un'espulsione delle diversità, quando il problema portato sembra invece essere il convivere entro una relazione con la diversità e non di disfunzione individuale (Paniccà, 2012).

Parliamo con lei dei cambiamenti che sta vivendo attorno alla sospensione dei rapporti lavorativi e di quelli con il CSM. Emerge un vissuto di impotenza e rabbia nel sentirsi vista, dagli operatori e dalle altre pazienti con cui convive, entro un'identità immutabile. Sembra che la sospensione dei rapporti con il lavoro e con i servizi la portino a ricercare come punto saldo della sua identità le sue caratteristiche idiosincratice di sempre, la sua diagnosi, i suoi deficit. Con F. costruiamo l'ipotesi che la sospensione dei rapporti con questi contesti sia vissuta come assenza, o meglio perdita, come se questi rapporti venissero meno insieme all'interazione quotidiana e si esprima nel sentire di non aver costruito nulla negli anni di rapporto con i servizi. Lavoriamo insieme sulla possibilità di dare senso a queste relazioni per interiorizzarle e valorizzarle, come alternativa al ricontattare dimensioni identitarie stereotipali.

Sembra trasgressivo, entro la proposta del CSM di occuparsi di situazioni urgenti, riconoscere il desiderio di stare in rapporto, tanto che questo viene sostituito da richieste conformi a quanto i servizi dichiarano di offrire. I sintomi psicotici, entro la proposta di urgenza, sembrano necessari per ristabilire un rapporto con il CSM. Il costo di questo modo di intendere la relazione, tra utente diagnosticato e servizio che eroga risorse indispensabili, è molto elevato, in quanto organizza vissuti di impotenza e di perdita di senso dell'intervento. Cogliere che l'assistenza si rivolge invece alla relazione individuo-contesto, permette di conoscere i problemi su cui costruire l'intervento. Conoscere i problemi vuol dire in questo caso occuparsi dell'emozionalità di F. in relazione ai rapporti che sta costruendo con i servizi e con i contesti produttivi, per sviluppare le potenzialità presenti in queste relazioni.

Insieme ad alcuni colleghi operatori ci stiamo occupando di sostenere questo metodo di lavoro nel rapporto con il CSM committente dell'intervento. Attraverso le riunioni d'équipe con il CSM proponiamo come oggetto di lavoro l'individuazione e la conoscenza dei problemi su cui intervenire, spostandoci dalla posizione di chi valuta e poi riporta ciò che fanno gli utenti, a quella di resocontare cosa si fa insieme. Sentiamo che proporre di occuparci di rapporti invece che di un'assistenza ritualizzata è un processo faticoso e da ricontrattare ogni giorno nel rapporto con i servizi committenti, con gli utenti, ma anche tra colleghi operatori.

#### *Intervento di assistenza domiciliare: Riorganizzare il setting entro relazioni cronicizzate*

All'esordio dell'emergenza Coronavirus, un altro CSM romano ha concordato con la cooperativa per cui lavora uno di noi come operatore, una riorganizzazione delle assistenze domiciliari. Per alcuni interventi, i cui obiettivi riguardavano la socializzazione degli utenti, quindi lo sviluppo di una competenza a convivere entro i loro contesti di riferimento, è stato possibile pensare di proseguire l'intervento con video-chiamate o telefonate. È un cambiamento di setting che si sta rivelando molto interessante: sta consentendo di riconoscere, con utenti e CSM committenti, che non è indispensabile trattare il setting alla stregua di un rituale da preservare; anzi, la riorganizzazione dell'intervento in video-chiamata consentiva di tornare a interrogarsi produttivamente sui metodi utili a perseguire gli obiettivi dell'intervento, cioè lavorare per lo sviluppo dei rapporti entro una funzione integrativa.

Nonostante questo, per altri interventi, in particolare quelli sulle case-famiglia, il CSM ha chiesto di continuare gli interventi in presenza, nell'ipotesi, tutta da provare, che sarebbero stati necessari per evitare crisi e ricoveri. In questi casi, il rapporto si organizza attorno a un controllo reciproco che passa attraverso il controllo del setting, vissuto come rituale che non può cambiare, pena l'insorgenza di una crisi. L'evento critico pandemia è dunque vissuto con grande angoscia, condivisa tra operatori e utenti, e la riorganizzazione dell'intervento è più complessa.

C. è un uomo di 60 anni. Seguito da molti anni dai servizi di salute mentale, ha diagnosi di schizofrenia, sente la voce della sorella, morta una decina di anni fa, che lo incoraggia e che gli dice che ce la può fare. Prima sentiva delle voci persecutorie, che ora non sente più; questa evoluzione della sintomatologia è descritta dal CSM come risultato della partecipazione di C. alle attività di una comunità terapeutica del DSM e a un gruppo di uditori di voci. C. è un uomo che si mostra come molto pacato, si dice ottimista, buono, scrive poesie ed è descritto dalla comunità (in cui continua ad andare in regime diurno) e dalla sua psichiatra come l'"utente perfetto", che "non dà mai problemi". "Fossero tutti come te, C.!", gli viene ripetuto spesso. Dopo la morte dei familiari e il periodo di residenza in comunità, il CSM ha lavorato per trovare a C. una sistemazione abitativa. Un paio di anni fa C. si trasferisce quindi in una casa supportata; sembrava una buona soluzione per lui, pensato dal CSM come persona dalle scarsissime risorse, bisognoso di essere seguito e curato giornalmente pena il rischio di una crisi psicotica (che non avveniva ormai da 15 anni). A noi operatori che lavoravamo in quella

casa il CSM disse: “C. non si lava, dovete controllarlo mentre si fa la doccia, che si insaponi adeguatamente”. C. stesso si aspettava questo controllo, dimostrandosi molto aggressivo nel rapporto con gli operatori che non assecondavano questa aspettativa. Controllo della doccia, controllo dell’assunzione corretta della terapia, dei vestiti, di tutto: da una parte il CSM e la comunità, dall’altra C. stesso chiedevano e si aspettavano il controllo. Facile, per noi operatori, viverci questa come una persecuzione in piena regola a cui reagire arrabbiandosi, disattendendo il controllo, lamentandosi con la cooperativa, e via così. Per un anno è andato avanti quest’intervento, entro una routine di controllo che ogni operatore interpretava a suo modo, reattivamente, provando talvolta a sviluppare il rapporto con C. su dimensioni desideranti, ma mai su committenza del CSM, sempre e comunque preoccupato che C. rimanesse l’“utente modello”, pulito e profumato.

Sei mesi fa, per varie vicende, C. deve lasciare quell’appartamento. Si individua un’altra stanza, in una casa-famiglia in cui emerge un problema: l’organizzazione è diversa, per cui gli operatori arriveranno la mattina, dopo che C. si sarà già fatto la doccia. Si profila come un enorme problema per il CSM e per C. stesso, che sembra chiedersi se sarà in grado di farcela. Si immaginano complicati spostamenti di orari per ripristinare la routine di controllo, finché noi operatori non proviamo qualcosa di intentato: ne parliamo con C.

Lo riusciamo a fare: proponiamo a C. un nuovo setting di intervento in cui arriveremo dopo la sua operazione di igiene mattutina; questo ci dà l’occasione di parlare del suo modo di stare in rapporto a noi, ci dice che sente difficile non chiedere conferma agli altri di quello che fa, che è abituato a non pensarsi in grado di fare determinate cose. Cominciamo a parlare non solo dell’igiene, ma della possibilità di prepararsi alcuni pasti da solo, di fare alcuni acquisti, di personalizzare la propria stanza, di sviluppare il rapporto con il proprio coinquilino attraverso la condivisione di spazi e momenti conviviali. Parliamo di desideri, e di come si possa lavorare per trasformarli in obiettivi da perseguire. Cominciamo a parlare anche della dimensione di utente modello, perfetto, così preziosa per C. nel suo rapporto con il CSM e i servizi, e di quali costi comporti mantenerla.

Parliamo di tutto questo con C., e su questo ci sentiamo al lavoro con lui. Parlarne con il CSM lo sentiamo più difficile; sembra che C. sia cambiato, quasi magicamente; che si sia adattato fortunatamente bene alla nuova contingenza. Più complesso è connettere questi sviluppi all’intervento per cui si è parlato con C. del problema. Nella prima settimana del lockdown, la cooperativa, in attesa di definire la riorganizzazione del servizio, sostituisce gli interventi in presenza con delle telefonate, ben gradite a C. Nel frattempo, la comunità che C. frequenta da anni in regime diurno, ha chiuso gli accessi. C. chiama la comunità: vuole sentire gli infermieri che vi lavorano, ci dice che gli mancano. Lo fa anche chiedendo assistenza, chiede di portargli il pranzo, si lamenta dell’assenza degli operatori. La comunità chiama subito il CSM: gli operatori hanno lasciato da solo C., che non ha evidentemente l’assistenza di cui ha bisogno. Di conseguenza, la cooperativa viene accusata dal CSM di aver interrotto il servizio. Seguono giorni agitati. La calma ritorna quando si trova un accordo per cui noi operatori, oltre a riprendere gli interventi in presenza pur se ridotti, chiameremo tutti i giorni C. anche per evitare che lui telefoni spesso in comunità.

Sembra che sia agita una paura che sia l’utente definito “cronico” a fare proposte di rapporto (telefonando), sconfermando così la cronicità della relazione coi servizi, la loro ritualizzata dipendenza reciproca. Per questo sembra difficile leggere la richiesta di assistenza, che l’utente agisce nel solito modo, come una nuova domanda di rapporto; lettura che sarebbe stata possibile se ci fosse stato un condiviso resoconto, almeno tra cooperativa e operatori, su come si stava intervenendo. In assenza di questa condivisione, sembra difficile chiedere all’utente cosa ne pensa, che significato dà a quella richiesta, se desidera qualcosa da quel rapporto.

In questo contesto, dunque, parlare con un utente, ascoltare cosa ne pensa, rischia di essere simbolizzato come trasgressivo; è invece un intervento importante, in quanto consente di riconoscere le fantasie agite nel rapporto tra utenti e servizi, operazione che permette la riorganizzazione del rapporto stesso.

Vengono ora chiesti dal CSM dei report su queste telefonate tra C. e noi operatori. Credo che, se il nostro lavoro può consistere nel costruire conoscenza su problemi e relazioni e nel riuscire a condividerla con il CSM per farsene qualche cosa, questi report potrebbero essere invece resoconti utilizzati a tale scopo, se pensati in primis dagli operatori che li scrivono come una metodologia di confronto con il CSM<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> La metodologia della resocontazione utilizza “categorie psicologico-cliniche che fanno riferimento alla relazione, per pensare le emozioni evocate entro la relazione e per parlare sulla relazione stessa in funzione di specifici obiettivi. [...] Resocontare significa passare dalle emozioni agite o pensate entro la relazione, ad una categorizzazione degli eventi relazionali attraverso il linguaggio, sia esso scritto o parlato.” (Carli, 2007, p. 186).

## *Considerazioni conclusive*

L'emergenza Covid-19 ha interrotto le routine dei servizi. In alcuni casi le prestazioni si sono interrotte, in altri sono state riprese in modalità online. Nei casi da noi resocontati, sono state riprese anche in loco, e potremmo dire che questa è una specificità dei servizi che fanno dell'assistenza a persone senza "autonomia" un punto qualificante. Ma si è chiaramente avvertito che le cose non potevano proseguire come prima. Questa interruzione si può risolvere tentando di ripristinare quanto più possibile le modalità di intervento note, senza ripensarle, o può essere vista come evento critico, che rivela come del noto faccia parte anche una ritualizzazione non utile a perseguire gli obiettivi dei servizi.

Abbiamo resocontato così di interventi che hanno permesso di mettere in discussione prassi fondate sul controllo dei comportamenti degli utenti, ma anche degli operatori, entro un accordo collusivo.

È emerso un controllo ritualizzato, agito come fantasia di assistenza, che impedisce di vedere le relazioni. Ricordiamo, infatti, come l'autonomia degli assistiti, intesa come finalità da perseguire, comporti due problemi: il suo individualismo che non permette di vedere le relazioni, e il tacito implicito che gli assistiti autonomi non lo diverranno mai. Avranno sempre bisogno di relazioni, ma le relazioni sono viste, entro la fantasia dell'autonomia, come un contesto di dipendenza limitante e problematica.

In questo senso, a partire dal nostro ruolo, sentiamo utile occuparci dello sviluppo di una committenza nei servizi, condividendo la conoscenza dei problemi su cui interveniamo e del modo in cui lo facciamo.

Questa conoscenza, orientata da categorie psicologico-cliniche, permette di cogliere la variabilità dei problemi e dei rapporti con gli utenti. Variabilità che, se non controllata, può fondare il ripensamento degli obiettivi e dei metodi degli interventi. In quest'ottica il mandato sociale di assistenza può essere interpretato quale sostegno alla relazione tra individuo e contesti di convivenza.

Pensiamo a una rielaborazione della proposta di rapporto che come servizi facciamo agli utenti, considerandoli quali clienti con una domanda da esplorare. A tal fine pensiamo che il metodo della resocontazione, proposto ai colleghi e alla committenza dei servizi, rappresenti anche un'azione interpretativa, in quanto propone il passaggio dal controllo alla conoscenza e quindi alla verifica.

## *Bibliografia*

- Arienzo, A., Carollo, G., Passavanti, D., Vecchio, C., Zecca, F., Di Noja, G., ... Violi, E. (2019). La funzione psicologica entro servizi con un mandato assistenziale: Quattro esperienze di intervento [Psychological function in services with a social mandate of assistance: Four experiences of intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 8-23. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto [Notes on the report]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2018). Controllo e diffidenza [Control and mistrust]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 163-174. doi:10.14645/RPC.2018.2.740
- Carli, R., & Paniccia, 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., & Paniccia, 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., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R., & Paniccia, 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>
- Centre d'Anthropologie, Sociologie, Psychologie - Etudes et Recherches (2013). *"ATCMentalHealth". A comprehensive approach to "attitudes towards contingency" in liberal-individualistic societies: the case of mental health problems hindering autonomy*. Retrieved from <http://casper-usaintlouis.be/wp-content/uploads/2015/10/ATCMentalHealth.pdf>
- Ministero della Salute (2013). *Le Strutture Residenziali Psichiatriche* [Psychiatric Residential Facilities]. Retrieved from [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)
- Olivetti Manoukian, F. (2016). *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi sociosanitari* [Beyond the crisis. Possible changes in social health services]. Milano: Angelo Guerini e Associati.
- Paniccia, R.M. (2012). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola. Da ruoli confusi a funzioni chiare [Autonomy and integration assistants for disabilities at school. From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>