



La comunità SO-STARE pur trovandosi all'interno di una struttura ben più ampia, tutta adibita all'accoglienza di persone senza dimora provenienti dalle diverse nazioni del mondo, mantiene le caratteristiche di una casa con ritmi familiari di condivisione e di vita.

Dopo alcuni anni di esperienza, proviamo a definire con maggior precisione le caratteristiche dell'ospite che viene accolto in So-stare tramite la quotidiana attività di filtro che si svolge in Casa della Carità

L'ospite di So-stare non ha una casa da abitare, sia perché essa manca fisicamente (questo è il caso più frequente), sia perché non è dignitosa per viverci, sia perché la convivenza con altri familiari è divenuta inaccettabile. L'ospite di So-stare non ha familiari sui quali fare affidamento (è il caso più frequente) oppure ne ha molto pochi che vivono lontano e con i quali non si è sviluppata confidenza, oppure ha familiari con i quali si è accesa una conflittualità alta.

L'ospite di So-stare non ha una mono-identità forte che permette agli operatori dei servizi socio-sanitari di definirlo come tossicodipendente, clochard, indigente, malato psichico, alcolista. Spesso su di lui i Servizi non hanno visto una progettualità possibile, avvertendolo pochissimo collaborante, sfuggente, oppure multiproblematico ma non così "ferrato" su una delle problematiche tanto da "meritare" una presa in carico piena da parte di un qualche Servizio specifico. Talvolta è stato "mangiatore di servizi o di comunità", poiché ne ha incontrati molti, con rapporti anche conflittuali, senza mai "accasarsi".

Il metodo utilizzato nel progetto di cura So-stare è un cantiere aperto. Il punto di partenza sono le esperienze e le competenze delle figure professionali coinvolte. Il luogo di riflessione e di definizione sono gli spazi elaborativi di Casa della Carità, i momenti di formazione con tutti gli operatori della casa, le equipe degli operatori e le supervisioni quindicinali.

Senza timore si deve ammettere che in molti passaggi si è proceduto "per tentativi ed errori" cogliendo da un lato l'inadeguatezza di alcune modalità classiche e note del fare comunità terapeutica, dall'altro accorgendosi di quanto sia alto il rischio di annacquare le proposte e di perdere rigore scientifico se non viene mantenuto costantemente alto il livello della riflessione sull'agire.

Accogliamo persone che non vengono in prima istanza "per curarsi", ma perché "non hanno casa". Al loro bisogno dichiarato si risponde con un tetto e non con uno schema terapeutico. In passato sono sfuggiti a tutti coloro che, comprensibilmente, hanno loro offerto cura promettendo vagamente una casa come esito di un lungo percorso di autonomia. So-stare permette di accogliere questa negazione del bisogno più profondo di accudimento e cura rispondendo però al bisogno dichiarato di casa.

Ci sono voluti alcuni anni perché gli operatori di So-stare elaborassero questa prima acquisizione importante: non si parla in prima battuta di cura, ma si dà il tempo necessario al soggetto perché la desideri e la chieda. Nella casa avvengono colloqui tecnici, consulenze farmacologiche, gruppi riabilitativi e terapeutici, tuttavia al nuovo giunto non vengono proposti subito, egli se mai li osserva, li vede agire in altri e comincia a desiderarli gradualmente. Su questo aspetto non vengono posti dei limiti temporali. Tuttavia tale attesa non è passiva da parte dell'equipe: gli operatori si adoperano fin da subito per rispondere ai bisogni di accoglienza del soggetto, offrendogli "una casa fatta di persone".

Vengono accompagnati a personalizzare uno spazio, a regolarizzare i documenti, ad acquisire un guardaroba il più possibile adatto alla propria personalità, ad ottenere eventuali farmaci (antipertensivi, antidiabetici...) attraverso la strada consona del medico di base, tutte le volte che è possibile. Nei casi di irregolarità dei documenti (blocco anagrafico, perdita della posizione sanitaria) viene attivato il servizio interno di medicina mentre si procede ad affrontare la situazione amministrativa.

Al momento dell'accoglienza si pongono alcune semplici condizioni orali: non si ammettono reazioni violente, si ricordano le normali regole della convivenza "condominiale", si chiede la partecipazione all'assemblea di comunità del martedì e al gruppo operativo con il coordinatore del giovedì e si chiede un turno settimanale di pulizie degli spazi comuni. E' in queste occasioni comunitarie che l'ospite comincia a sentire che vi sono numerose proposte fruibili (terapia, laboratori riabilitativi, momenti ricreativi, attività culturali).

Il dialogo sulle questioni che riguardano la propria vita viene lasciato alla spontaneità. Nella prima fase non si procede con la raccolta dell'anamnesi personale e della biografia. Si lascia che il soggetto racconti di sé ciò che vuole, nella forma che preferisce. Taluni enfatizzano reazioni fisiche, allergie, acciacchi per giustificare la non abitudine a certe prassi della vita in casa (fare pulizie, non esaurire golosamente il cibo ma ricordarsi che ci sono anche gli altri, tenere una regolarità nei pasti e nella pulizia personale).

I richiami alla cura di sé vengono fatti attraverso la relazione personale che gli operatori cominciano a sviluppare con il nuovo ospite. Anche la psichiatra partecipa settimanalmente ad uno o due pasti nel So-stare, consentendo così al nuovo giunto o a colui che si sta rendendo consapevole di avere alcuni sintomi fastidiosi (ad esempio una forte insonnia o degli attacchi di ansia) di familiarizzare "un po' da lontano" con la persona alla quale potrebbe chiedere un aiuto specifico.

In questa prima fase, mentre elaborano una propria idea degli operatori e della relazione che potrebbero sviluppare con loro, i nuovi ospiti vivono una fase "di sollievo" perché possono trovare comfort e superare le dure condizioni della vita precedente. In genere è il periodo nel quale emergono alcune abilità artistiche, relazionali, elaborative, come se ripagassero il contesto che li accoglie attraverso l'offerta del "meglio di sé". Negano eventuali sofferenze psichiche (se mai prevalgono i sintomi fisici), a meno che non provengano da un ricovero ospedaliero (e allora non dissimulare il sintomo è anche un modo per giustificare la propria presenza, l'inerzia, lo spaesamento).

Oltre al sollievo c'è un altro vissuto di segno opposto molto presente che caratterizza le prime settimane di permanenza e con il quale gli operatori sono chiamati a fare conti difficili: gli ospiti provano la vergogna di trovarsi in un centro di accoglienza che all'esterno è definibile come "dormitorio per senzatetto". Anche i più piccoli aiuti vengono offerti con delicatezza, senza enfatizzare, senza porre troppe domande. In questi aspetti cogliamo una grande differenza con le prassi più tipiche dei servizi per la salute mentale: in essi si tende a chiedere molto e ad approfondire passato, condizioni, motivazioni, legami e percorsi, soprattutto nelle prime fasi. In So-stare, invece, le prime fasi sono molto operative e silenziose. Difficilmente è il momento nel quale il soggetto "si ribella" ad una regola (ad esempio tutti accettano di buon grado la partecipazione alle assemblee) o mostra parti disfunzionali e molto bisognose di sé. Gli operatori osservano (portando molti dubbi ed elaborazioni quando si trovano tra loro), offrono consigli pratici, conversano del più e del meno, accogliendo i momenti nei quali l'ospite porta una qualche descrizione di sé e della propria vita presente o passata. Dopo un certo tempo di permanenza, in media 2-3 mesi, con gradualità o in forma improvvisa l'ospite comincia a mostrare segni evidenti della sua sofferenza. Spesso compare una deflessione dell'umore che per taluni sfocia in una crisi depressiva e per altri prende la strada dell'ansia intensa, o dell'interpretatività, o del controllo debole dell'impulsività con frequenti scatti di rabbia, insofferenza, ipercritica, o dell'abuso di alcool e sostanze, o della vera e propria esperienza allucinatoria o delirante.

Il momento della crisi viene vissuto intensamente da tutta l'equipe e dagli altri ospiti. Essa ha infatti una forza e una pervasività che non possono essere eluse. Gli operatori si abituano ad accoglierla, se pur faticosamente, a leggerla insieme con l'ospite per quanto possibile, senza lasciarsi sopraffare dalla comprensibile ansia. In questi anni si è provato a non focalizzare l'attenzione subito sul ricovero nel reparto psichiatrico come unica soluzione della crisi. Solo in pochi casi si è ritenuto necessario accompagnare l'ospite in ospedale (soprattutto di fronte alla necessità di cure mediche o di esami urgenti) e in nessun caso è avvenuto un trattamento sanitario obbligatorio. Pur non escludendo che possa capitarne la necessità, si ritiene tuttavia importante sforzarsi insieme di pensare a ciò che la persona in crisi sta cercando di comunicare, in un momento nel quale le parole sono sostituite dai fatti e il pensiero risulta ossessivo, stereotipato, delirante,

indebolito. L'equipe ha allora il compito di vicariare il pensiero dell'ospite, di mettere qualche primo significato ad un'esperienza che per tutti assume i caratteri dell'incomprensibile.

I momenti della crisi chiedono protezione, anche rispetto ai numerosi stimoli relazionali che Casa della Carità inevitabilmente offre per la ricchezza delle sue appartenenze. E' allora compito degli educatori far comprendere al soggetto e al contesto che la crisi va accolta perché sia superata e che talvolta proprio perché ci si concede "una sosta", possono emergere maggiori possibilità di contatto con un sé profondo, al quale non si è avvezzi, che bisogna imparare a conoscere e governare senza soccombere al sintomo. perché si formi questa piena consapevolezza l'operatore non trascura la riflessione e il confronto con gli altri anche sui propri vissuti personali: solo così può porsi con determinazione e fungere da elemento protettivo, rassicurante, non ansiogeno. Un'altra importante azione di questa fase si sviluppa nel rapporto con i servizi della rete territoriale. La crisi permette di riconnettersi con servizi che il soggetto aveva rifiutato o che temeva. Permette altresì di costruire ponti nuovi, a partire da una consapevolezza del bisogno che si fa più raffinata. Talvolta si sceglie di accompagnare l'ospite di persona, ponendosi accanto a lui nel rapporto con altre figure istituzionali, oppure lo si sprona informandosi costantemente degli esiti.

Senza soluzione di continuità, e non necessariamente dovendo attraversare crisi eclatanti, il soggetto comincia a chiedere più cure e a definire le modalità con le quali preferisce essere seguito. Anche in questo tratto del percorso si predilige molta flessibilità, consapevoli che alcune prassi adottate dall'equipe si prestano a discussioni significative e mai risolte tra esperti di educazione, di clinica, di intervento sociale. Si accetta ad esempio la richiesta di fare o sospendere un laboratorio riabilitativo. Si incoraggiano grandemente anche i più deboli tentativi di occuparsi di sé, chiedendo una visita specialistica, ma anche volendo misurarsi con qualche aspetto della propria storia e delle proprie relazioni prima negato. Ci si accorge che molto ancora chiede di essere trasformato in parola per poi venire "metabolizzato" verso una risoluzione del conflitto interno. Uno degli aspetti più importanti di questa fase, per l'esperienza degli operatori, è la grande quantità di azioni che si caricano di simbolicità per l'ospite stesso, che sembra più propenso a "commentare" con qualcuno ciò che ha vissuto, che gli è accaduto, che desidera fare. Una cena insieme particolarmente partecipata può diventare il desiderio di parlare del proprio clima familiare del passato oppure il riordino della propria stanza con un educatore rievoca una parentesi della propria vita di coppia ormai interrotta da tempo.

Le "azioni parlanti" si moltiplicano e hanno valore terapeutico se il soggetto trova operatori pronti a rivederle insieme con lui. In questa fase le richieste "di parlare in privato" aumentano. Qualcuno esplicita di attendere il momento della terapia di gruppo o del colloquio personale per valutare diverse ipotesi e prendere una decisione. Da parte degli operatori ci si interroga continuamente sul rischio della dipendenza, pur riconoscendola come fase indispensabile per il recupero di una nuova autonomia, non disperata per le strade del mondo, ma responsabile in un contesto preciso e scelto. Il bisogno di una dimora per alcuni diventa più articolato.

In questa fase può avvenire la "conquista" di altri spazi suggestivi di Casa della Carità come la Biblioteca del Confine o il Laboratorio Sotto l'Albero(pittura, fotografia, ceramica) che ha sede fuori. La dipendenza affettiva può tramutarsi in una serie di "dipendenze" e via via nella scoperta di una piccola rete di relazioni varie, tra le quali si può scegliere, da gestire in autonomia. Se la dipendenza non è una strada senza ritorno, allora diventa relazione. Si ritiene che sia pronto a terminare la sua sosta colui che comincia a desiderare in modo più preciso un progetto per il suo immediato futuro. Tale progetto non appare più come qualcosa che viene proposto dall'esterno e che l'ospite "tenta", ma come una elaborazione endogena, realistica, misurata adeguatamente sui propri limiti. Contestualmente deve poter emergere una disposizione alla relazione meno concentrata sul solo sé con tendenza a isolamento, mutacismo, viaggio senza meta e molto più concentrata sulla dinamica sè-altro, come è fisiologico che sia. L'ospite in questa fase ha evidentemente scelto alcuni amici, alcuni operatori con i quali si sente più a suo agio, alcune attività che lo rappresentano, alcune abitudini che scandiscono la sua giornata e che lo fanno sentire bene. Segni di tale processo che si possono osservare con facilità in So-stare sono le propensioni a cogliere esigenze di altri facendosene carico ed anche una maggiore disponibilità a collaborare per iniziative esterne della Casa della Carità. L'ospite in questa fase non rimpiange la vita di strada, segno che la condotta homeless non è mai una vera scelta di benessere, ma il risultato della precipitazione di molte condizioni sfavorenti che non lasciano alternativa.

La buona riuscita di un percorso, a giudizio dell'equipe di So-stare, non si misura dalle sole condizioni strutturali e concrete (casa, lavoro, compenso sintomatico, buona gestione economica, amicizie selezionate), ma anche da alcune condizioni interne che devono essere lette, insieme con l'ospite, così come nel corso della permanenza in So-stare si è approfondito il linguaggio simbolico delle "azioni parlanti". Tali condizioni interne sono soprattutto il modo di parlare di se stesso definendo la propria persona/identità e la descrizione prevalente che si dà dell'altro e del mondo relazionale. E' solido chi sa definirsi, soprattutto nei limiti, e sa vedere nel contesto delle relazioni soprattutto condizioni di possibilità piuttosto che ostacoli. Naturalmente non si immagina che il so-stare porti magicamente alla realizzazione di questo quadro a tuttotondo, ma si vuole sottolineare la linea di tendenza verso la quale accompagnare la vita di persone che nella loro esperienza esistenziale hanno incontrato molti intoppi di carattere interno ed esterno.