

COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA
PROTETTA PER MINORI
'VILLA ARNALDI'



LA CURA DEL LEGAME

A cura di Maurizio Brighenti

Noventa Vicentina, 29 novembre 2025

Copyright© 2026 Società Cooperativa Sociale 'Il Ponte'
Tutti i diritti riservati.

SOMMARIO

SALUTI DELLE AUTORITÀ	9
MATTIA VERONESE, SINDACO DI NOVENTA VICENTINA.....	9
SALUTI DEL PRESIDENTE	13
LUIGINO RIGO, PRESIDENTE SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE 'IL PONTE'	13
INTRODUZIONE	15
MAURIZIO BRIGHENTI, DANIEL MARIOTTO	15
RELAZIONI	19
PREFAZIONE	19
NICOLETTA MORBIOLI.....	19
METTERE IN COMUNE IL DOLORE PER CONQUISTARE UN'IDENTITÀ AUTONOMA	33
PROF. GUSTAVO PIETROPOLLI CHARMET	33
LA “CURA DEL LEGAME” IN COMUNITÀ TERAPEUTICA PER MINORI	53
MAURIZIO BRIGHENTI.....	53
IL NEUROPSICHIATRA INFANTILE IN CTRP: RUOLO, METODO, STRUMENTI DI INTERVENTO	85
SOPHIE CAGDAS	85
LA CURA DEL LEGAME E MODELLO ORGANIZZATIVO NELLA CTRP VILLA ARNALDI: PROSPETTIVE, PRATICHE E RISULTATI	93
DANIEL MARIOTTO.....	93
COMUNITÀ TERAPEUTICA ED INCLUSIONE SOCIALE	129

MIRIAM GINI	129
GENITORIALITÀ E MODELLI FAMILIARI NEL LAVORO CON I MINORI IN CTRP	135
MASSIMILIANO PERUFFO	135
 LA SCUOLA CHE SI PRENDE CURA.....	161
LA VOCE DELLA SCUOLA IN QUANTO CONTESTO DI CURA, DI ACCOGLIENZA E DI COSTRUZIONE DI LEGAMI	161
RENATA DE GRANDI	161
LA CURA DELLA SCUOLA NEI SUOI ASPETTI ORGANIZZATIVI E PRATICI.....	171
BARBARA SATIN	171
LA CURA A SCUOLA: TRA FRAGILITÀ, APPRENDIMENTO E CRESCITA	177
ERIKA ISATTO.....	177
IL RUOLO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO (OSS) NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE (CTRP)....	189
MICHELA MONTAGNA	189
RUOLO DELL'EDUCATORE NELLA CURA DEL LEGAME	199
MIRIAM GINI	199
IL RUOLO DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NELLA CURA DEL LEGAME.....	203
VERONICA BASSAN	203
IL RUOLO DEL TUTOR NELLA CURA DEL LEGAME - CASO CLINICO	211
BEATRICE POLONIO.....	211

IL MODELLO INTEGRATO - GRUPPO COMUNITÀ E TOKEN	
ECONOMY IN CTRP	225
<i>CAROLA ANDRIOLO</i>	<i>225</i>
GRUPPO TERAPEUTICO – ABC DELLE EMOZIONI	241
<i>GAIA DALLA BENETTA.....</i>	<i>241</i>
GRUPPO TERAPEUTICO - LIFE SKILLS	253
<i>SILVIA SANDONÀ, BEATRICE POLONIO</i>	<i>253</i>
GRUPPO TERAPEUTICO – STORIE SOCIALI	263
<i>VERONICA BASSAN</i>	<i>263</i>
GRUPPO TERAPEUTICO - CINEFORUM	273
<i>GIORGIA PANDINI</i>	<i>273</i>
GRUPPO TERAPEUTICO – CREATIVATRO	279
<i>GIULIA MUNARI.....</i>	<i>279</i>
RELATORI IN ORDINE DI APPARIZIONE:	290
RINGRAZIAMENTI	294

Saluti delle autorità

Mattia Veronese, Sindaco di Noventa Vicentina

La pubblicazione di questo volume rappresenta un momento importante per la comunità di Noventa Vicentina e per tutte le realtà che, a vario titolo, si prendono cura dei legami educativi, familiari e sociali. Il libro raccoglie e rielabora i contributi presentati nel convegno “La cura del legame”, svoltosi sabato 29 novembre presso la sala civica adiacente al Teatro Modernissimo, offrendo al lettore una traccia fedele e approfondita del percorso di riflessione condiviso in quella giornata.

La significativa partecipazione registrata in quella occasione – non solo da parte degli addetti ai lavori, ma anche di cittadini, rappresentanti delle istituzioni e realtà del territorio – ha confermato quanto il tema affrontato tocchi corde profonde della nostra comunità. Prendersi cura delle persone fragili, e in particolare dei minori inseriti in strutture protette, significa infatti interrogarsi sul senso stesso del vivere insieme e sulla responsabilità collettiva di non lasciare nessuno ai margini.

Il convegno ha rappresentato un'importante occasione per conoscere e valorizzare il lavoro svolto dalla Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica "Villa Arnaldi", una realtà relativamente giovane ma già pienamente inserita nel tessuto sociale di Noventa Vicentina. Attraverso la convenzione con le ULSS del Veneto e grazie al riconoscimento e all'autorizzazione della Regione del Veneto, la CTRP offre una risposta qualificata a bisogni complessi, accogliendo giovani provenienti da tutto il territorio regionale.

Si tratta di un lavoro prezioso, che non si esaurisce nella cura clinica all'interno della struttura, ma si estende al contesto scolastico, sociale e comunitario, con l'obiettivo di favorire percorsi di inclusione reale, attenta alla delicatezza e alla singolarità di ogni storia personale.

La riflessione proposta durante il convegno ha messo in luce come la "cura del legame" non possa essere affidata esclusivamente alle competenze, pur fondamentali, dei medici e degli operatori sanitari. Richiede invece un impegno condiviso e continuativo delle istituzioni, della scuola, delle famiglie, delle associazioni e dell'intera comunità locale.

In questo senso, il ruolo della scuola si rivela centrale e insostituibile: luogo di apprendimento, ma anche di relazione, di riconoscimento e di cittadinanza.

A Noventa Vicentina, tale impegno trova un esempio concreto e significativo nella collaborazione con l'Istituto Comprensivo "Antonio Fogazzaro", diretto dalla dirigente scolastica prof.ssa Renata De Grandi, e con l'Istituto di Istruzione Superiore "Umberto Masotto", diretto dalla dirigente prof.ssa Maria Paola De Angelis. La loro partecipazione attiva al convegno e il lavoro quotidiano svolto dagli istituti scolastici testimoniano come l'inserimento dei minori fragili nella vita civica del Comune, pur temporaneo e complesso, sia possibile e necessario, nel rispetto dei limiti e delle difficoltà connesse alla loro delicata situazione psichica.

Accanto alla scuola, desidero ricordare con riconoscenza anche il contributo del Comandante della Stazione dei Carabinieri, maresciallo Stanislao Di Biasio, a ulteriore conferma di una rete territoriale attenta, responsabile e capace di prendersi cura.

Un sentito ringraziamento va agli organizzatori del convegno, alla direzione e a tutto il personale della CTRP "Villa Arnaldi", nonché alla Cooperativa "Il Ponte", che ha

scelto di investire con coraggio, professionalità e visione nel nostro Comune.

Un ringraziamento particolare va infine al Dott. Maurizio Brighenti, curatore del convegno e di questo volume, che con la sua lunga esperienza di neuropsichiatra continua a mettere le proprie competenze a servizio della Struttura, accompagnandone con passione e rigore il percorso di crescita.

Questo libro non rappresenta soltanto la memoria di una giornata di studio e confronto, ma il segno concreto di un impegno collettivo che guarda al futuro, nella convinzione che la cura, quando è davvero tale, nasca, si alimenti e si rafforzi nel legame tra le persone e nella capacità di una comunità di farsi, tutta, luogo accogliente.

Saluti del Presidente

*Luigino Rigo, Presidente Società Cooperativa
Sociale 'Il Ponte'*

Un particolare saluto al Dott. Brighenti, promotore del convegno e direttore clinico della CTRP di Noventa Vicentina.

La cooperativa 'Il Ponte', che rappresento, da oltre dieci anni opera nel settore dell'assistenza di pazienti psichiatrici adulti, lavorando in rete d'impresa con l'Associazione Casa San Giuseppe di Ronco All'Adige, con la quale gestisce una struttura per pazienti psichiatrici autori di reato.

Circa 5 anni fa, siamo venuti a conoscenza dell'esistenza di un progetto qui a NOVENTA VICENTINA, già approvato dalla Regione, per la realizzazione di una CTRP per minori dai 10 ai 14 anni.

La Cooperativa ha scelto di lavorare alla realizzazione di questo progetto, con un grande sforzo anche di tipo finanziario, con la forte motivazione di voler allargare il nostro impegno sociale anche alla sfera dell'assistenza psichiatrica dedicata ai minori.

Nell'estate 2021 abbiamo terminato i lavori edilizi per l'adeguamento dell'immobile e, alla fine dello stesso anno, abbiamo sostenuto l'ispezione da parte dell'AZIENDA ZERO che ha concesso l'accreditamento. L'impegno è stato molto complesso il reclutamento di personale con le giuste qualifiche per i delicati compiti connessi alla gestione di una struttura per minori.

Abbiamo, nel tempo, consolidato un ottimo staff di professionisti motivati e preparati, arricchito anche da neo-laureandi che svolgono qui esperienze di tirocinio.

Questa struttura è l'unica nel suo genere realizzata in Veneto. Questo la rende un importante esempio e caso di studio.

Per questo abbiamo fortemente voluto il Convegno di oggi, al fine di evidenziare non solo le sfide e le problematiche collegate alla gestione di strutture delicate e complesse come la nostra, ma soprattutto i progressi e i percorsi dei nostri ragazzi nell'ambito della loro permanenza nella CTRP di Noventa.

Introduzione

Maurizio Brighenti, Daniel Mariotto

Il presente volume raccoglie una serie di interventi che testimoniano il lavoro quotidiano, complesso e appassionato, svolto all'interno della CTRP Villa Arnaldi. Si tratta di esperienze che raccontano non solo percorsi individuali e collettivi, ma anche il costante impegno degli operatori nel costruire relazioni significative e sostenibili, che diventano strumenti di crescita e trasformazione per i ragazzi accolti.

Vorremmo innanzitutto esprimere un sincero ringraziamento a tutti gli operatori che, con professionalità, dedizione e sensibilità, rendono possibile questo lavoro. Ogni giorno, nella quotidianità delle relazioni e delle attività, gli operatori mettono in gioco competenze, emozioni e creatività, contribuendo alla costruzione di un ambiente terapeutico che sia al contempo sicuro, prevedibile e capace di generare fiducia. La loro presenza, il loro impegno e la loro cura sono il cuore pulsante di ogni processo di cambiamento.

Il percorso descritto in queste pagine ci ricorda che crescere come comunità significa crescere insieme. Gli operatori si evolvono e si trasformano accanto ai minori, confrontandosi con le sfide quotidiane e arricchendo il proprio sguardo professionale attraverso l'esperienza diretta, la supervisione clinica e la condivisione con i colleghi. Ogni nuova idea, ogni proposta innovativa rappresenta un contributo prezioso che alimenta la crescita reciproca e rafforza la qualità del lavoro educativo e terapeutico.

Un elemento centrale che attraversa tutti gli interventi è la cura dei legami. Prendersi cura dei legami significa non solo accompagnare i minori nei loro percorsi di sviluppo e autonomia, ma anche sostenere le relazioni tra operatori, il confronto con le famiglie e l'interazione con i servizi del territorio. La supervisione, la riflessione condivisa e la co-costruzione di pratiche educative e terapeutiche rappresentano strumenti fondamentali per mantenere la coerenza dell'intervento, proteggere gli operatori dall'usura emotiva e garantire ai ragazzi la continuità e la qualità delle relazioni.

Questo libro vuole essere un invito a guardare il lavoro con i minori come un percorso di crescita condiviso, dove la professionalità, la cura dei legami e la capacità di innovare si intrecciano con la quotidianità e l'esperienza concreta. Cresciamo come operatori insieme ai ragazzi, imparando da loro e con loro, rinnovandoci continuamente e rafforzando la nostra capacità di prendersi cura, con coerenza, attenzione e passione.

È una esperienza che richiede la capacità di condividere il dolore dei ragazzi e riaccende il proprio legato alle esperienze di ognuno di noi.

La condivisione del dolore permette ad ogni operatore di restituire un sentimento meno pesante, facendo sentire i ragazzi meno soli in questo loro difficile percorso di vita.

Maurizio Brighenti

Daniel Mariotto

Relazioni

Moderatore: Dr.ssa Lara Dal Zotto

Prefazione

Nicoletta Morbioli

*Cura cum fluvium transiret, videt cretosum lutum
sustulitque cogitabunda atque coepit fingere. Dum
deliberat quid iam fecisset, Jovis intervenit. Rogat eum
Cura ut det illi spiritum, et facile impetrat. Cui cum vellet
Cura nomen ex sese ipsa imponere, Jovis prohibuit
suumque nomen ei dandum esse dictitat. Dum Cura et
Jovis disceptant, Tellus surrexit simul suumque nomen esse
volt cui corpus praeberit suum. Sumpserunt Saturnum
judicem, is sic aecus judicat : "Tu Jovis quia spiritum
dedisti, in morte spiritum, tuque Tellus, quia dedisti corpus,
corpus recipito, Cura enim quia prima finxit, teneat
quamdiu vixerit, Sed quae nunc de nomine eius vobis
controversia est, homo vocetur, quia videtur esse factus
ex humo¹.*

Cura, mentre attraversava un fiume, vide del fango argilloso; lo raccolse pensosa e cominciò modellare; mentre fra sé e sé decideva che cosa aveva fatto, arrivò Giove. Cura gli chiese di dargli vita, cosa che ottenne

¹ *Hygini Fabulae*. Edidit Mauricius Schmidt. Jenae: Apud Hermannum Duft (In Libraria Maukiana) 1872.

<http://www.archive.org/stream/hyginifabulae00hygigoog#page/n190/mode/2up>; p. 130; ultima consultazione: 01 febbraio 2026.

facilmente da Giove. Ma quando Cura intese imporgli il suo nome, Giove glielo proibì e disse che gli si doveva dare il suo. Mentre Giove e Cura discutevano sul nome, si levò anche la Terra e disse che gli si doveva dare il suo nome, poiché era stata lei a dargli il corpo. Elessero a giudice Saturno, che comunicò loro la seguente equa decisione: "Tu, Giove, avendogli dato lo spirito, questo riceverai dopo la sua morte. Tu, Terra, avendogli fornito la materia ne riceverai il corpo. Cura, poiché per prima lo ha modellato, lo avrà in suo potere finché vive; ma visto che la controversia è sorta per il nome, si chiami *homo*, poiché si sa che di humus è fatto".

Questa favola di Igino (I sec. a.C.- I sec. d.C.), tratta dalle *Fabulae*, sottolinea come la cura costituisca l'elemento essenziale, ontologico, dell'essere umano. Nell'antica Grecia la cura era concepita attraverso tre dimensioni fondamentali che ne evidenziavano la profondità esistenziale e pratica: *merimna* (μεριμνα) che indica la cura delle cose che servono per soddisfare i bisogni che abbiamo in quanto esseri che vivono in questo mondo; *epimeleia* (ἐπιμέλεια) come cura responsabile dell'esistenza e dedizione per la fioritura dell'essere; *therapeia* (θεραπεία) che è la cura che ripara l'essere sia materiale sia spirituale quando il corpo o l'anima si ammalano. La cura, pertanto, che nelle sue differenti direzionalità in italiano si pronuncia in un unico modo,

nella sua essenza include una necessità vitale, quella di continuare a essere, una necessità etica, ossia quella di esserci con senso, e una necessità terapeutica per riparare l'esserci. Queste tre dimensioni emergono prepotentemente in tutti gli interventi dei relatori intervenuti in questo Convegno, in cui è evidenziata come la qualità essenziale della cura è quella di essere una pratica: c'è cura soltanto laddove c'è una persona che agisce, con i gesti o con le parole. La cura si esplicita, inoltre, in una relazione fra qualcuno che ha cura e qualcun altro che la riceve. E questo ce lo ribadisce più volte D. Mariotto quando, approfondendo il modello proposto nella Comunità Terapeutica (CT) per minori "Villa Arnaldi" di Noventa Vicentina, sottolinea che questo si fonda sull'assunto che la relazione costituisce "il primo e più potente dispositivo terapeutico", in cui "è possibile sperimentare una diversa qualità del legame, capace di offrire sicurezza, contenimento e possibilità di rielaborazione" e dove "la cura del legame non è un elemento accessorio, ma il cuore stesso dell'intervento", inteso "come vero e proprio organizzatore del sistema: affettivo, educativo e istituzionale". Nel momento in cui il relatore spiega il ruolo delle due tipologie di Tutor che

operano con i minori nella CT specifica che, anche nei momenti di regressione, rifiuto o opposizione dei pre-adolescenti e adolescenti residenti, questi professionisti mantengono una presenza accogliente e competente, "custodendo il legame e offrendo continuità in esistenze spesso segnate dalla discontinuità" e che "Prendersi cura del legame significa prendersi cura di tutti gli attori coinvolti: dell'individuo e del suo percorso, dell'équipe, della famiglia, del territorio e dei servizi". Secondo questa prospettiva, ne deriva che la Comunità è un luogo di ricerca-azione, dove si mira continuamente, a volte con fatiche esagerate ed anche senza sempre riuscirci, ad integrare il fare educativo al pensare terapeutico e a sostenere e realizzare un progetto comune in cui tutte le componenti di rete interne (l'équipe) ed esterne (i servizi pubblici, i servizi territoriali come le scuole, i parenti, ...) sono a differenti livelli coinvolte. In riferimento a questo, M. Brighenti mette in guardia ribadendo che "la cura del legame" in una Comunità Terapeutica "non deve essere intesa come una attività orientata a sostituire il legame originario, quanto la comprensione di ciò che influenza oggi i comportamenti problematici del ragazzo/a, correlati ad una continua ri-rappresentazione dei processi

affettivi sperimentati in passato e trasferiti nelle relazioni con i pari ed i genitori". Come? Con un approccio "psicodinamico-relazionale", attraverso il quale l'Operatore ed il Tutor "interagiscono con le emozioni del ragazzo/a e le restituiscono in qualche modo più accettabili e differenti nel loro significato. La Comunità diventa allora uno spazio in cui si ritrova quel bisogno di accoglienza, di riconoscimento del proprio Sé che si differenzia dai legami instabili, confusi, conflittuali, giudicanti, sperimentati in famiglia. È uno spazio simbolico dove il pensiero si sostituisce all'agito, dove i processi identificatori assumono finalmente una rilevanza positiva per il ragazzo/a". "Perché la Comunità ha questa caratteristica, questa risorsa che la differenzia radicalmente da qualsiasi altra modalità di terapia e di intervento e cioè di prendere il soggetto e installarlo all'interno del dispositivo che d'ora in avanti ne avrà cura e tutelerà il suo diritto alla salute e la capacità di utilizzare tutte le risorse disponibili per mettere a tacere le voci dei mostri che lo perseguitano" specifica G. Pietropolli Charmet. Nella CT "il soggetto è in terapia per l'intera giornata e solo verso sera può sperare di essere lasciato in pace dagli accaniti anniversari della sua psicosi"; qui il

nostro minore è in un gruppo di coetanei con cui condivide "con le opportune differenze di genere e di provenienza e di storicità personale, il dolore che sperimenta". Nell'approfondire il suo intervento, poi, lo psichiatra sottolinea che l'obiettivo è "puntare alla crescita e non tanto alla guarigione del sintomo. La guarigione del sintomo e forse anche del processo psicotico può avvenire soltanto se il soggetto riesce a uscire dalla situazione di depressione narcisistica in cui l'ha cacciato la disfatta della sua crescita a seguito del cattivo incontro fatto con un ostacolo soggettivamente ritenuto insormontabile". "Questo tesoro che ha la Comunità è irripetibile, ma è difficilissimo da gestire, perché si tratta di mettere i ragazzi insieme e farli diventare un grande dispositivo che produca la cultura del benessere, della salute, del coraggio, della responsabilità di poter stare anche un po' meglio". Si tratta dunque di un lavoro dove è necessario assumersi la responsabilità di tenere insieme, o meglio mettere insieme i frammenti della personalità dei minori residenti, "ragazzi molto infelici, eppure anche portatori di una ricchezza speciale che, se riescono a metterla assieme, batte anche il più atroce dei mali, cioè la vergogna". In questa

prospettiva, "la Comunità non è più solo un modo di dire, è un modo di fare, è un modo di essere. Non esistono più gli individui, gli specialisti e i pazienti: esistono i neuroni di un unico cervello che è il cervello della comunità che è riuscito a inglobare il pensiero di tutti e a costruire un nuovo pensiero che ha preso la storia personale di ognuno e l'ha risimbolizzata". Ne risulta, pertanto, che la Comunità è un essere vivente, spazio di incontri e di scontri e che, proprio com'è l'obiettivo sotteso a questo Convegno, dovrebbe essere un sistema aperto e delimitato da una membrana che la separa e mette in contatto con il mondo, dalla famiglia e i parenti degli adolescenti, alla scuola, ai servizi pubblici, ai cittadini; questo confine, qualora venga ben curato e presidiato, è fondamentale per la riuscita del lavoro in CT. Il lavoro di cura per e con questi minori è, infatti, un'attività dinamica che ha bisogno di riflessioni rinnovate che si muovano lungo vertici di osservazioni plurali per condurre poi a buone chiavi interpretative e pratiche affidabili. In questa progettualità un ruolo fondamentale ce l'ha il neuropsichiatra infantile che, come ci ricorda S. Cagdas nel suo contributo, in Comunità Terapeutica Riabilitativa per Minori (CTRP) garantisce la diagnosi, la cura e la

riabilitazione di disturbi neuropsichici complessi. Il suo ruolo include il coordinamento dell'équipe, supervisionando il percorso riabilitativo, l'integrazione degli aspetti organici (neurobiologici) con quelli psicologici e relazionali, la gestione farmacologica e il sostegno alla famiglia, intesa quale storia di vita da cui proviene l'adolescente, in un approccio comunitario globale proiettato verso la società, pensata come traiettoria futura di sviluppo. Lo stesso elemento della residenzialità, nei suoi aspetti di quotidianità, è finalizzato a modificare e correggere quei "Modelli Operativi Interni", quegli Schemi interazionali "Sé/Altro" disfunzionali: l'intervento di cura delle figure educative, come ci ricorda M. Gini fa leva sulla vita di gruppo per stimolare il cambiamento e la responsabilizzazione del singolo, cercando di riparare le esperienze fallimentari che caratterizzano la sua storia. Il progetto terapeutico individualizzato ingloba anche il metodo comunitario, consistente nel favorire la costruzione della soggettività attraverso un dispositivo gruppale, la cui declinazione operativa è rappresentata dalla condivisione della vita quotidiana e dai modi nei quali questa viene organizzata: le cure del corpo e degli spazi comuni, la preparazione del cibo e i momenti di

convivialità, le attività espressive, riabilitative e quelle che predispongono al sonno, al lavoro, alle amicizie e allo svago. Attraverso queste forme di partecipazione, condivisione e sviluppo delle abilità personali (life skills), nella CT ci si fa carico della ricostruzione dei percorsi interrotti e di riconnettere strutture lacerate per favorire una nuova qualità della vita. Un'ulteriore particolarità è quella del rapporto con le famiglie nel trattamento comunitario, approfondito nell'intervento di M. Peruffo: importante è curare le particolari dinamiche, nocive per i progetti individualizzati, in cui si viene a creare una scissione buono/cattivo tra la Comunità e la famiglia che porta il minore, imbrigliato in una scelta impossibile, a tentare di boicottare il progetto comunitario. L'antidoto è nella co-costruzione: non un lavoro sulle famiglie, ma un lavoro con le famiglie, con l'aiuto dei terapeuti e della Comunità nel suo insieme. Per ogni progetto personalizzato la cura non è un gesto isolato, ma un modo di essere in relazione, un'azione che si protrae nel tempo, sinonimo di un progetto che guarda al futuro. Luigina Mortari, professore ordinario di Pedagogia generale e sociale presso l'Università degli Studi di Verona, in uno dei suoi numerosi scritti relativi alla filosofia e alla pratica della

cura, scrive: “La cura è un valore essenziale e irrinunciabile. Senza la cura la vita non può fiorire”² e questo concetto traspare nell'approfondimento, durante il Convegno, dei relatori M. Montagna, V. Bassan, B. Polonio, C. Andriolo, G. Dalla Benetta, S. Sandonà, G. Pandini e G. Munari relativi ai vari interventi terapeutici proposti in Comunità. Qui si dedica un tempo specifico, si dispongono spazi dedicati e si utilizzano anche strumenti di comunicazione diversi (contributi specifici sono stati presentati sul Cineforum e il “Creativatro”), che consentano a ogni minore di tirar fuori quel concentrato di paura, di rabbia, di fragilità e di domande che si porta dentro lungo il percorso di residenza in CT. La speranza di questi pre-adolescenti e adolescenti è legata alla relazione che si riesce a costruire nel tempo. Per questo, la gestione psicologica ed il supporto emotivo devono coinvolgere non solo gli specialistici, ma anche il personale della Scuola che accoglierà ciascuno di essi. Su questo argomento si sviluppano i contributi di R. De Grandi e B. Satin, che evidenziano subito come “la cura, in ambito scolastico non si concretizza in assistenzialismo,

² Mortari L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, 2015.

ma in un atto pedagogico intenzionale, volto a sostenere una crescita quanto più possibile armonica e integrata degli alunni, anche quando il fardello con il quale si presentano alle porte è davvero molto, troppo pesante". Il dialogo con l'équipe della CT non è solo iniziale, per raccogliere la storia - anche documentale e scolastica - del nuovo alunno, ma sistematicamente anche in itinere, per un confronto continuo: una buona relazione con gli operatori richiede di essere progettata con estrema attenzione, predisponendo delle strategie e competenze adeguate che siano in grado di costruire delle buone pratiche capaci di creare un dialogo. Qui gli elementi chiave da considerare sono molteplici affinché la Scuola possa accogliere, ascoltare e accompagnare: l'ambiente scolastico, fisico e relazionale, e la sua organizzazione; la comunità professionale di docenti, personale ATA e dirigente; il curriculum e le modalità di insegnamento, in quanto per questi minori "la scuola può rappresentare tanto una speranza quanto una minaccia: perché significa esporsi, rientrare nel mondo dei pari, misurarsi di nuovo con la paura di fallire". Il docente deve operare, pertanto, una "trasformazione del suo ruolo: da trasmettitore di conoscenze a mediatore affettivo e

regolatore socio-emotivo", in quanto prendersi cura di qualcuno richiede volontà, empatia, impegno, coerenza e continuità. La Scuola diventa così il luogo ideale in cui gli studenti possono sperimentare una base sicura, la certezza di essere accuditi, di far parte di una comunità e quindi una maggiore sicurezza e voglia di rischiare, aprirsi agli altri, crescere, formare integralmente la propria personalità e, nello stesso tempo, imparare a diventare persone che si prendono cura. Fondamentale è che l'insegnante "adotti strategie comunicative basate sull'ascolto attivo, sulla validazione emotiva e sull'uso intenzionale del linguaggio non verbale per creare un clima di sicurezza psicologica, riparta dalle esperienze positive e dalle competenze di ciascun minore accolto, costruisca percorsi modulari e personalizzati, integri linguaggi diversi, promuova l'apprendimento cooperativo, sia capace di ritmare il tempo didattico in modo flessibile e offra laboratori anche in orario extracurricolare che permettano di coltivare passioni e interessi" di ogni minore. Come ricorda L. Mortari nei suoi libri, la Scuola della cura in realtà è la scuola più impegnativa perché significa "progettarla in modo che sia piena di esperienze che nutrono l'essere

dell'altro"³. Per fare questo occorre un sistematico lavoro di team, anche con il personale ATA, in cui comunicazione e ascolto dell'altro siano le due colonne del lavoro educativo.

Da questa giornata formativa, nata dall'idea di proporre un invito a incontrarsi e a riflettere insieme, emerge prepotentemente come il prendersi cura deve essere inteso da tutti gli operatori come postura etica, professionale e organizzativa perché "la vita non può che tradursi nella ricerca e nella coltivazione di quelle relazioni di cura autentica, che sappiano farla sentire protetta e farla fiorire al meglio"⁴.

³ Mortari L., *A scuola. L'arte di educare*, Ed. Mimesis, 2025.

⁴ Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006.

Mettere in comune il dolore per conquistare un'identità autonoma

Prof. Gustavo Pietropolli Charmet

Introduco i lavori con alcune osservazioni che provengono direttamente dall'ambito clinico specifico. Non vi voglio annoiare con discorsi teorici e neanche con il lungo percorso storico che c'è stato in Italia dai primi tentativi di capire la possibilità di utilizzare la dimensione della comunità e lo spazio di gruppo anche per le forme più gravi, più complicate, che generalmente tenevamo nei reparti.

Le persone che oggi inviamo in comunità sono quasi tutte riconducibili alla gravità della situazione che caratterizza la disfatta narcisistica di giovani adolescenti che hanno tentato la fuoriuscita dal guscio della protezione familiare e sono incappati in qualche agguato della società e hanno sofferto un dolore terribile: quello della vergogna, dell'umiliazione, della mortificazione e del mancato riconoscimento. La disfatta narcisistica precoce di ragazzini preadolescenti e adolescenti, reduci dalla trasformazione pubertaria e alle prese con le grandi

tematiche dell'adolescenza, cioè l'obbligo, la necessità di mentalizzare, di dare il senso alle novità che il loro corpo ha subito e, conseguentemente, la loro mente sta subendo.

In questo contesto si verificano dei fenomeni che portano o possono portare alcuni di questi ragazzini a una scissione della loro mente e a un 'incistamento' di una parte che ritengono contaminata, inquinata, rovinata, ferita dal trauma mortificante recente.

In questo contesto, quello dell'esordio della psicosi, è utile pensare che sia la vergogna la regista del disastro, quella che tira le fila, che chiede, che impone al soggetto di trovare soluzioni che mitigino il dolore e che consentano la sopravvivenza della speranza di potercela fare ad arrivare a costruire un'identità autonoma e a installarsi in una situazione di autonomia, di libertà. L'esordio della psicosi è veramente drammatico: il contenitore mentale si rompe ed escono fuori i contenuti e il soggetto diventa lo zimbello di allucinazioni, di delirio; questi soggetti sono quelli che più di altri possono utilizzare bene lo strumento terapeutico della comunità.

Possono usarlo meglio di altri perché sono ben disposti, non vedono l'ora di ricevere un aiuto concreto, una

terapia intensiva quasi fossero in una specie di reparto di "rianimazione" psicologica, psicodinamica, evolutiva. Perché la comunità ha questa caratteristica, questa risorsa che la differenzia radicalmente da qualsiasi altra modalità di terapia e di intervento e cioè di prendere il soggetto e installarlo all'interno del dispositivo che d'ora in avanti ne avrà cura e tutelerà il suo diritto alla salute e la capacità di utilizzare tutte le risorse disponibili per mettere a tacere le voci dei mostri che lo perseguitano.

Terapia intensiva significa che mentre nella terapia ambulatoriale – un paio d'ore alla settimana sono quello che passa il convento – quello che può essere messo a disposizione è uno psichiatra per i farmaci, una seduta di psicoterapia, un consiglio ai genitori.

Ma in comunità, invece, si comincia di buon'ora e ogni paziente, anzi ogni gruppo, famiglia, ha la sua scheda che prevede una serie di interventi diffusi nel corso di tutto l'arco della giornata: psicoterapie individuali, psicoterapie di gruppo, incontri di gruppo, di discussione, interventi socioterapici, interventi di arti espressive e altro ancora.

C'è una quantità di risorse che vengono messe a disposizione del soggetto in tutto l'arco della giornata;

perciò, il soggetto è in terapia per l'intera giornata e solo verso sera può sperare di essere lasciato in pace dagli accaniti anniversari della sua psicosi.

I buoni risultati che otteniamo con questo tipo di intervento, di cui non sono in questo momento né responsabile né promotore, sono spettatore ma so di cosa si tratta e promuovo e raccolgo i frutti o le malefatte della partecipazione alla vita comunitaria. L'importante è mettersi d'accordo sul perché riteniamo che la comunità funzioni, con questa modalità intensiva e con questa rete di interventi che provengono e vengono ispirati e teoricamente sostenuti da modelli di lettura della crisi adolescenziale che derivano in parte dal sapere psicoanalitico, in parte dalla neuropsichiatria infantile, in parte dalla psicologia dell'età evolutiva e in parte anche dalla nostra proposta di guardare alla crisi adolescenziale come un fenomeno comprensibile che si inserisce nel percorso evolutivo e ha le caratteristiche del grave incidente evolutivo ma ha anche una sua naturale propensione a dirigersi verso la crescita, verso il perseguimento delle mete evolutive che sono state interrotte e travolte dalla crisi che ha portato alla disfatta e al ricovero in comunità.

In comunità che cosa succede?

Bisogna tener presente una maggiore propensione del soggetto e di un gruppo di operatori a lavorare in termini di recupero del percorso evolutivo. Puntare alla crescita e non tanto alla guarigione del sintomo.

La guarigione del sintomo e forse anche del processo psicotico può avvenire soltanto se il soggetto riesce a uscire dalla situazione di depressione narcisistica in cui l'ha cacciato la disfatta della sua crescita a seguito del cattivo incontro fatto con un ostacolo soggettivamente ritenuto insormontabile.

Pensiamo non tanto in termini di malattia cioè il ragazzo si è ammalato, lo curiamo, poi guarirà oppure non guarirà e vivrà in una specie di eterna convalescenza che lo esporrà, data la sua fragilità di fondo, a una serie di crisi nel corso delle varie fasi del percorso evolutivo che fa seguito all'adolescenza e alla fase del giovane adulto e oltre.

Che cosa avviene in comunità che può avvenire solo in comunità e che richiede una organizzazione e una disponibilità di risorse specifiche?

Prima di tutto il numero dei ragazzi raccolti. Abbiamo bisogno – e ne hanno bisogno loro, le loro famiglie, ma

soprattutto noi che abbiamo un progetto terapeutico da portare avanti – di un gruppo di coetanei del nostro paziente che condividano con le opportune differenze di genere e di provenienza e di storicità personale, il dolore che sperimenta.

Questa è una prima caratteristica della comunità di cui dobbiamo tenere ampiamente conto perché è una risorsa potentissima di cui non disponiamo in altri contesti e in altre sedi. Possiamo puntare sul fatto che il nostro soggetto riesca, con la fatica che tutto questo comporta, a inserirsi nella storicità personale dei suoi colleghi di avventura e di sventura, con gli altri ragazzi che possono riuscire a stringere dei patti di alleanza con lui nella misura in cui riescono a condividere il dolore.

Ecco cosa la comunità chiede di mettere a disposizione e di condividere: non tanto la speranza, non tanto le risorse residue e la resilienza personale, quanto il dolore. Riuscire a prendere pian piano, col tempo, ma non stando in attesa, col passare delle giornate più laboriose che il ragazzino abbia mai vissuto in cui si lavora ore e ore con operatori diversi, con prospettive riabilitative diverse, con prospettive terapeutiche diverse in un clima che è quello che consente e istiga a sottoscrivere questo

accomunamento dei dolori. Mettere assieme e portare in comunità la cosa preziosa che si ha, che è il proprio dolore, unico, irripetibile, storicamente determinato, ricco di informazioni che possono essere utili anche agli altri: da dove proviene il dolore, chi lo crea, chi lo gestisce, chi consente che il dolore si mitighi un po' e permetta di riprendere la vita, la relazione, di riorganizzare la speranza. La disponibilità a condividere il dolore, ed è molto importante che la comunità si organizzi proprio in questa prospettiva, puntando non tanto a far sì che i ragazzi si conoscano, facciano amicizia, elaborino pacificamente i loro inevitabili conflitti ma che condividano quanto di più prezioso possono portare in un luogo psicoterapeutico modulato sulle esigenze del pensiero e del vissuto psicotico. Perché mettere insieme il dolore? Non è che immaginiamo situazioni in cui ognuno racconta la sua parte di storia dolorosa e insegna alla comunità una versione sua personale dell'ingresso in psicosi e poi del suo installarsi nel mondo psicotico: al contrario è nella gestione dell'hic et nunc, cioè della giornata, di quello che il calendario ha previsto che succeda a quell'ora, con quei tecnici, che saranno tecnici dell'espressione, del linguaggio, della riabilitazione motoria e, soprattutto, ore

di psicoterapie quotidiane individuali e di gruppo, non solo l'ora della seduta, anche l'ora del pasto, l'ora del gioco apparente che in realtà è l'ora della condivisione della propria difficoltà, quella difficoltà che la vergogna, dall'interno, impone di farsi sentire, di piegare il comportamento alle proprie esigenze.

In tutti movimenti che si realizzano negli spazi logistici della comunità, negli spazi relazionali, mentali, negli spazi espressivi della comunità, in tutto questo incrociarsi per dirsi, per raccontarsi, per piangere, per ridere, è tutto predisposto perché ci sia un dispositivo comunitario che rispecchia teneramente il senso di ciò che è stato detto e fatto individualmente, in gruppo, in sottogruppi, per raggiungere una certa finalità che è prendere quello che si è detto, recuperarlo, ri-simbolizzarlo, riscriverlo e pian piano, collegialmente, arrivare a una nuova narrazione, a una co-narrazione che è una specie di scrittura, un nuovo romanzo di formazione che racconta cosa è veramente successo, quando, con chi, perché, a seguito di che cosa. Ma ci deve essere un clima di rispecchiamento tenero, affettuoso e valorizzante, dove la sconfitta non viene valutata come il male assoluto: la sconfitta è la sconfitta e ha una cosa preziosa che si deve portare in comunità e

cioè il dolore narcisistico, l'umiliazione, la mortificazione, il desiderio di vendetta e la grande speranza che un verrà giorno in cui finalmente si riuscirà a realizzare il sogno di sempre e cioè stabilire una relazione con un coetaneo, di amicizia, forse di amore, si vedrà.

Ma adesso sono degli sconosciuti, tendenzialmente sono degli avversari, possono essere anche pericolosi, ma con loro si può sperare che ci sia una naturale tendenza a condividere ciò che più radicalmente giustifica la loro presenza in comunità, e cioè il dolore legato alla disfatta narcisistica.

Ed è uno dei dolori più gravi che si possono sperimentare nell'esperienza della vita perché viene coinvolta non una parte del Sé, ma tutto il Sé.

È la stessa persona che viene travolta dall'uragano della crisi adolescenziale che non salva niente di ciò che è successo prima, neanche la speranza residua che possa arrivare il giorno in cui le nubi passeranno e tornerà a risplendere la luce del sole dell'avvenire.

Allora il fatto di avere davvero questa condivisione, che è unica se la comunità, attraverso il proprio dispositivo collaudato mille volte in mille occasioni, riesce a far sì che i ragazzi capiscano, sentano, vivano personalmente

come una risorsa impensata il poter condividere, co-narrare e co- pensare, co-progettare una soluzione possibile. La soluzione è riuscire a capire brandelli di senso, che gettano una luce che lascia intravedere il senso complessivo che può avere la crisi.

La crisi evolutiva, in adolescenza, serve a recuperare i pezzi sparpagliati che si sono diffusi nell'ecosistema di appartenenza e rimetterli assieme ma questa volta dalla parte giusta, in modo che non crollino più come la Torre di Babele perché sono pezzettini del Sé abituati, collaudati a convivere nella mente dell'altro e che ora vengono sperimentati anche dal Sé del soggetto, che prova e riprova a soffrire, a ricordarsi del giorno in cui ha fatto irruzione nel suo mondo l'uragano della ferita narcisistica, della delusione, tutti i sogni infranti e lo ha ridotto a un miserabile aspetto, uno straccetto alla deriva, senza più né abilità, né competenze e soprattutto senza più la speranza di un grandioso avvenire.

Questo tesoro che ha la comunità è irripetibile, ma è difficilissimo da gestire, perché si tratta di mettere i ragazzi insieme e farli diventare un grande dispositivo che produca la cultura del benessere, della salute, del

coraggio, della responsabilità di poter stare anche un po' meglio.

Ed è difficile perché a quell'età, in quelle condizioni, i ragazzini e le ragazzine non sono facilmente propensi a stabilire patti di alleanza e vedono nell'altro più un avversario che una risorsa e quindi deve essere il dispositivo che presenta il progetto comunitario, tutto ciò che la comunità dice, fa, fa pensare, fa dire, fa sperimentare e tutto ciò che la comunità istiga a diventare: i nuovi figli della comunità ai quali se si chiede "Ma voi chi siete?" i ragazzi rispondano "Noi siamo i ragazzi della comunità" e possiamo dirlo con orgoglio.

Noi siamo i naufraghi che si sono aggrappati a questa zattera ed ora stiamo navigando e spingendo la zattera e il nostro destino verso le rive di un futuro diverso da come l'avevamo pensato prima della disfatta.

Ma la disfatta è stata generata proprio dal fatto di avere grandiosi progetti, poco compatibili con i propri mezzi, con la propria formazione, con le proprie risorse ambientali, con la storia della propria famiglia, dalla gravità delle condizioni in cui si trova il soggetto impegnato nel percorso della crescita rovinosamente crollata col rischio di ricacciare il soggetto negli stadi

precedenti dello sviluppo, senza linguaggio, senza relazione, senza progetto senza competenze.

In comunità il soggetto può ritrovare sé stesso negli altri, nella relazione. Ma allora bisogna che il dispositivo comunitario prenda gli altri e li valorizzi al punto da farli apparire per quello che sono: l'ultima speranza, la risorsa per definizione. L'altro è colui che sa e che conosce, perché l'ha sperimentato, sta sperimentando anche lui questa sensazione di essere inutile, di essere apparentemente vivo ma in realtà morto perché non c'è più desiderio, perché non c'è più speranza, perché tutto è stato spazzato via dall'uragano che lo ha travolto.

I ragazzi sono tutti naufraghi della loro crescita. Ho chiesto un ragazzo mio paziente: 'Secondo te, cos'è che ti ha nociuto, che ti ha ucciso?' E lui, dopo averci pensato, mi ha risposto: 'L'adolescenza'. E io ho capito che lui l'ha capita così, che esagera il nostro pensiero ma lo prolunga verso il senso. Noi non riusciamo a guardare fino a dove si spinge lui, dal ciglio del baratro dove è sprofondato e chiedendosi: ma cos'è questo intoppo, questo inghippo? È l'adolescenza, è la crescita e siamo alle soglie, dell'amicizia, dell'amore, della creatività umana.

Ma bisogna riuscire a pensarla così, a pensare che sulla zattera dei naufraghi, della disfatta adolescenziale, respirino tutti all'unisono nella stessa direzione cioè quella di portare a un livello di fusione il proprio dolore personale a tal punto da poterlo confondere e fondere col dolore dell'altro, perché è la propria sofferenza, il proprio dolore contiene il senso. E se si riesce a intravedere il senso che ha per l'altro e per l'altro ancora, è il gruppo intero che pensa una cosa che in nessun altro posto del pianeta può essere pensata.

Può essere pensata solo dai ragazzini che sono stati addestrati a gestire il loro dolore in una prospettiva relazionale: non per chiudersi, ritirarsi, isolarsi nell'autismo, ma per aprirsi verso colui che fa più paura perché li rispecchia di più, il coetaneo che pensa ai propri pensieri. Anche lui pensa a quei pensieri, anche lui pensa di essere morto, che tutto sia morto che il proprio corpo ucciderà, che l'amore ucciderà, che il desiderio di relazione ucciderà. Questa è la psicosi, è la morte, è il male assoluto. Allora o si forma un gruppo di giovani, coraggiosi, laceri e confusi, che riescono a capire il messaggio della comunità, a farlo proprio e a creare la

comunità o la comunità non esiste se non si crea la comunione dei dolori.

Non abbiamo altro da mettere in comune, non abbiamo risorse, non abbiamo beni, non abbiamo competenze, non abbiamo né l'amicizia né l'amore, anzi abbiamo paura dell'amicizia, dell'amore, perché abbiamo sperimentato che la relazione è l'anticamera del dolore e porta alla disfatta.

E quindi niente relazione e niente speranza, perché è solo un inganno: ma poi arriva il gruppo, pian piano, con tante facce, tante modalità, tanti modi di pensare il dolore, tanti modi di viverlo, da insonni, da sempre addormentati, da sepolti in un sarcofago di farmaci o viceversa da troppo svegli o troppo aggressivi, sempre di corsa, ma dove correre ora che non c'è più una meta da raggiungere?

È importantissimo, secondo me, che qualunque sia il modello teorico a cui si ispira la comunità venga messo in grande evidenza quello che la caratterizza e bisogna saper rispondere alla domanda: comunità di che cosa? Cos'è che si mette in comune?

Abbandonando il teatrino del tuo scenario domestico, dove hai messo in scena e recitato un sacco di copioni

della disfatta, ora che ti dirigi verso la comunità, come il nuovo teatro dove andiamo a mettere in una nuova compagnia di giro la disperazione della vita cioè il trovarsi a vivere e improvvisamente, dopo i giusti piaceri e la consolazione dell'infanzia, ti viene addosso la vita assieme alla sessualità, al bisogno, al desiderio, alla sconfitta e alla morte apparente.

Allora, se la comunità va in questa direzione e raccoglie il dolore e non lo critica ma lo valorizza narcisisticamente, tu sei un giovane eroe che ha sopportato e portato fin qui il dolore più terribile e atroce che ci possa essere alla tua età, cioè quello di vergognarsi di essere un maschio o di essere una femmina, di essere di bassa statura o di una statura eccessiva.

Hai portato qui il corpo, ma non il corpo che si vede: il corpo visto da dentro che è il corpo di un mostro e l'hai rimesso in circolazione, hai accettato di usare il contatto, di stringere la mano, di girare a braccetto con gli altri cantando l'inno della comunità, cioè l'inno del dolore e della sconfitta: 'Abbiamo perso, ricominciamo da capo. Voglio la rivincita, ho diritto a una rivincita, voglio un'altra vita! E non questa morte apparente che assomiglia alla vita e non lo è'. L'altro giorno stavo meglio e ho pensato

di fare una puntatina a scuola, a salutare gli amici di un tempo, a salutare i professori. Ma sono tornato indietro di corsa, scappando. Perché La scuola è una recita! È per quello che dopo sprofondiamo in una voragine, perché non ce la raccontano giusta, perché ci illudono. La società in cui abbiamo fatto una capatina ci ha illuso, ci ha parlato di un futuro, di successi, di affermazioni.

Ragazzi, non è vero, stiamo in comunità. Chiudiamo i cancelli. Non facciamo entrare più nessuno e cerchiamo di fonderci, di creare davvero un nuovo soggetto pensante. È il pensiero della comunità che viene fuori dal nuovo soggetto che è nato dal fatto che i ragazzi che si sono allacciati, che la maggior parte di loro condivide il segreto della comunità, quello di trasformare il dolore in una risorsa, nella vera risorsa. Quelli che pensano che ci sia solo la vita vadano a scuola e saranno fregati in partenza. Noi sappiamo che c'è la vita ma la vita è fuggitiva: quella che c'è stabile sempre è la morte, è la disfatta a portata di mano.

Ora che l'abbiamo capito, cerchiamo di capire cos'è che dà forza alla vergogna. Cos'è che la ispira e la fa sembrare la vera verità, quella a cui bisogna sottostare in modo implacabile, perché ha ragione la vergogna

quando ti descrive per quello che sei: un fallito. Avevi sognato il successo e il trionfo e ora sei chiuso della casa dei matti ma è nella casa dei matti che stanno costruendo il nuovo pensiero, la nuova organizzazione, la nuova umanità più democratica, più aperta, più solidale, più responsabile l'uno nei confronti dell'altro.

Allora, credo che se la comunità mette l'accento su questo aspetto, la comunità non è più solo un modo di dire, è un modo di fare, è un modo di essere. Non esistono più gli individui, gli specialisti e i pazienti: esistono i neuroni di un unico cervello che è il cervello della comunità che è riuscito a inglobare il pensiero di tutti e a costruire un nuovo pensiero che ha preso la storia personale di ognuno e l'ha risimbolizzata. Ha costruito una nuova narrazione che non è più quella che porta alla disfatta del bambino meraviglioso destinato a un radioso futuro ma quella del bambino fragile, sensibile, forse troppo intelligente per resistere e per capire fino in fondo che davvero la vita è difficile, è complicata perché, a differenza della vita del bambino, dentro la vita dell'adolescente, c'è il dolore, c'è la delusione e dai e dai tutti i giorni alla fine la disfatta arriva. Se la comunità accetta questa prospettiva, i ragazzi sentono che è

possibile provarci ancora, sentono che è possibile davvero far sì che l'unione faccia la forza.

Penso che a un certo momento si scopra che, in realtà, tutti quanti, prima ancora della disfatta, sognavano la comunità, che forse il figlio dell'uomo ha un sogno, quello di vivere in comunità, dove quello che si pensa non si ha paura che faccia paura all'altro e che sia per definizione rifiutato e ripudiato. Un mondo in cui, come in comunità, il pensiero dell'altro è prezioso e quello che l'altro ti può dare, se tu sai averne cura e trattarlo bene, valorizzarlo, rispecchiarlo empaticamente, è un dono, come fa la comunità che prende il nostro dolore di ragazzi sconfitti e ce lo restituisce bonificato diventando il nostro valore, quello che possiamo mettere nel commercio relazionale per costruire nuovi pensieri. Questo modo di organizzare le cose con ostinazione è un modo pericoloso perché è un modo paranoico, è un modo mistico, ma abbiamo un nemico potente, abbiamo il male dall'altra parte, abbiamo la psicosi ed è giusto che anche noi impazziamo un po', è giusto che ci facciamo coraggio e anche osiamo batterci contro la vergogna vergognandoci di vergognarci.

Ma quando sappiamo fino in fondo qual è l'origine di questo dolore, quando abbiamo capito, aprendo la vergogna, l'umiliazione e la mortificazione, facendo emergere quello che c'è sepolto dentro che è il nostro nocciolino di verità personale originario, quello che scopriamo è una sorpresa straordinaria, ma ce la meritavamo.

Quello che viene fuori è che nella profondità del cuore di tutti i ragazzi c'era la profonda convinzione e la speranza che un giorno sarebbe arrivata la comunità e cioè che si sarebbe potuto mettere in comune con altri, come me, come te, il dolore per riscrivere la storia, risimbolizzarla e far nascere una nuova struttura, un nuovo organismo vivente.

Penso che il figlio dell'uomo viaggi disperatamente nel mondo, in un mondo difficile, in una società ardua perché seduttiva e quando ti seducono vuol dire che ti vogliono fregare. Allora uno va avanti e spera prima o dopo di trovarla la comunità: sarà l'amicizia? Sarà l'amore? Sarà la nuova famiglia? Sarà la nuova società? Sarà il nuovo modo di lavorare? Sarà il nuovo modo di vivere con i propri pensieri, con i propri ricordi e con le proprie speranze rinnovate. È una struttura la comunità, come

tutte le strutture ha la sua organizzazione e l'organizzazione è per forza di cose anche burocrazia e quindi è lontana dai sentimenti, ma la burocrazia si può affettivizzare e farla diventare un provvedimento organizzativo che è al servizio del tuo bisogno, al servizio del tuo desiderio è proprio ciò che ti serve, è proprio ciò che serve. Pensare alla comunità per la comunità, questo è l'obiettivo di chi lavora a costruire comunità per ragazzi molto infelici; eppure, anche portatori di una ricchezza speciale che, se riescono a metterla assieme, batte anche il più atroce dei mali, cioè la vergogna.

La “cura del legame” in Comunità Terapeutica per Minori

Maurizio Brighenti

L'esperienza di una comunità terapeutica per minori come la Comunità ad Alta Intensità di Cura Villa Arnaldi ha lo scopo di curare e prevenire disturbi del comportamento sociale o la presenza di disturbi del pensiero di area psichiatrica, in preadolescenti.

Questo è l'oggetto della nostra comunità terapeutica per minori, voluta dalla Regione Veneto in data 19/05/2023.

L'immagine che vediamo nella copertina ci suggerisce come, per i nostri ragazzi, i sogni od i legami con la famiglia se ne vanno senza possibilità di fermarli.

Domandiamoci: La Comunità Terapeutica potrebbe essere il luogo in cui qualcuno di questi sogni si può afferrare e tenere per sé?

La preadolescenza e la pubertà si collocano in un'età tra i 10 anni e 14 anni ed è il primo passaggio tra l'età infantile e l'età adolescenziale vera propria. È un'area di transizione tra un passato ancora molto presente ed un futuro sconosciuto, idealizzato, atteso, ma non ancora vissuto.

La spinta alla indipendenza comincia a farsi sentire, ma nel frattempo le problematiche e gli stili di attaccamento avuti nelle relazioni degli anni precedenti, iniziano ad essere maggiormente evidenti e nascono i primi conflitti con le figure genitoriali.

Quando si crea una condizione di esasperazione dei conflitti familiari e del comportamento sociale, la soluzione, spesso frequente, è di portare il ragazzo in comunità con lo scopo di ridurre la tensione emotiva, i problemi comportamentali a rischio, l'abbandono scolastico e l'incomunicabilità che si manifesta con tutti. I sintomi prevalenti che creano le condizioni per il loro ingresso in comunità riguardano il:

- ☐ dis-controllo degli impulsi che porta a comportamenti violenti sia intra-famigliari che contro l'ambiente
- ☐ gravi conflittualità familiari
- ☐ perdita di referenzialità dei genitori
- ☐ relativo abbandono genitoriale
- ☐ grave rifiuto / abbandono scolastico
- ☐ tendenza alla tossicosi ed alla auto-referenzialità,

□ comportamenti di isolamento e chiusure relazionali gravi.

Si prefigura, pertanto, un percorso di terapia in cui la comunità dovrebbe avere un ruolo determinante nel modificare l'esperienza sociale ed affettiva del ragazzo.

Lo scopo dell'ingresso in comunità, quindi, non è solo quello di detendere le conflittualità familiari in atto, ma di avviare un processo di cambiamento dei comportamenti-problema del ragazzo per giungere ad un equilibrio di emozioni che in famiglia non si riesce ad ottenere.

Si propone, pertanto, un intervento definito "terapeutico" che dovrebbe curare i conflitti emergenti ed i comportamenti socialmente disfunzionali, agendo in tal modo anche come prevenzione di disturbi psico-comportamentali futuri.

Si crea, in questa visione, un'alta aspettativa sul concetto di "terapia" come approccio risolutore delle problematiche emergenti.

L'importanza della definizione "terapeutica" richiede quindi una chiarezza sul suo significato e soprattutto in quale modello di intervento si realizza.

- La domanda è: che cosa curiamo? Qual è l'oggetto di "cura"?
- Sono i sintomi od abbiamo una visione più olistica dell'individuo che riguarda il concetto di "crescita"?
- Quale approccio terapeutico ha degli effetti sull'obiettivo della cura?

La "terapia", identificata con il concetto allargato di "cura", in ambito psicologico e psichiatrico si rivolge ad alcune espressioni della mente che condizionano un soggetto nei suoi comportamenti, nella presenza di sentimenti, idee, emozioni interiorizzate non aderenti alla realtà, comportamenti reattivi ad eventi reali stressanti o ad un'interpretazione degli stessi. La mente, cioè, si dibatte tra realtà ed immaginazione, sapendo che quest'ultima può dipendere da fattori interni di tipo biochimico, psicologico, interpretativo, percettivo, etc. In pratica, la terapia si occupa delle dinamiche interne od esterne presenti in un individuo che ne limitano il benessere psichico, indicando un concetto olistico rivolto alla persona e non solo al sintomo. In questa prospettiva

“cura” è intesa come “crescita individuale”, come “cambiamento”.

Il termine “terapia” in generale si identifica in trattamenti di natura farmacologica, psicologica, comportamentale, biologica, ambientale come appunto la Comunità.

Dovremmo, quindi, stabilire quale è il significato di “terapeutico” in una Comunità di pre- adolescenti, in cui i disturbi comportamentali prevalgono nei rapporti sociali, ma dipendono da un'alterazione delle dinamiche psico-relazionali sperimentate, nella maggior parte dei casi, in età precoce.

Alla nascita un bambino ha un bisogno innato ed istintivo di attaccamento.

La vicinanza ad un altro essere umano è la prima sicurezza che il neonato percepisce, tuttavia, l'attaccamento può essere indistinto all'inizio rispetto all'oggetto materno, per diventare poi sempre più differenziato e selettivo, fino ad individuare una sola persona: la madre o chi per essa.

La costante vicinanza, l'accudimento nei ritmi di sonno-veglia, nei pasti, nelle cure fisiche, sviluppano nel bambino sempre un maggior attaccamento, così da costruire nelle mente l'immagine di quella persona che lo

protegge e lo cura, diventa cioè quella che John Bowlby chiama "Una Base Sicura".

Il contatto continuativo tra il neonato e la figura materna e la percezione del benessere iniziale, porta il bambino a identificarla ed a riconoscerla come colei che lo protegge dai pericoli del mondo o dai "predatori" nel mondo animale, investendo tutta la propria affettività ed affidandosi quindi totalmente a lei.

La componente istintuale, arcaica, di attaccamento nasce da un bisogno istintivo di protezione e non dall'amore per l'oggetto materno.

Il bambino, tuttavia, nel tempo percepisce delle emozioni verso l'altro che si trasformeranno in amore e quindi il punto di riferimento della sua vita attuale.

Con l'inizio delle cure e delle prime comunicazioni interattive, il bambino sviluppa i primi processi identificatori che si trasformano in un legame stabile che in seguito detterà le regole della relazione madre-bambino e del bambino con gli altri.

Il bambino apprende istintivamente come ci si muove nella realtà sulla base imitativa del modello genitoriale, per cui si instaurano quelle relazioni che lo porteranno ad identificarsi nei propri genitori e nei loro stili relazionali,

imitandoli ed assorbendo le dinamiche che gli stessi genitori gli propongono.

Gli stili di attaccamento sono stati descritti in particolare da Ainsworth e Bowlby e distinti in 4 tipi, osservati mediante la "Strange Situation":

- ☐ Attaccamento sicuro;
- ☐ Attaccamento insicuro- evitante;
- ☐ Attaccamento insicuro-ambivalente (o ansioso-resistente);
- ☐ Attaccamento disorganizzato;

La conseguenza degli stili di attaccamento definirà una parte dello sviluppo psichico e relazionale del bambino e nelle forme gravi, in cui si verifica una rottura dei rapporti precoci, il bambino avrà un rischio elevato di avere, nel suo futuro, una incapacità di adattamento sociale, problematiche comportamentali, disturbi di personalità e difficoltà nell'instaurare relazioni inadeguate con gli altri, tra cui i propri figli, trasferendo le proprie problematiche alla generazione successiva e così di seguito per qualche generazione.

Dopo questa premessa osserviamo che nei casi che sono affidati temporaneamente alla Comunità terapeutica,

vi sono molte caratteristiche individuali che derivano da alcune dinamiche relazionali precoci, vissute in famiglie multiproblematiche, osservabili negli stili di attaccamento. In base al profilo dei ragazzi avremo, quindi, un determinato tipo di approccio e dei differenti obiettivi terapeutici che coinvolgono tutto il gruppo di operatori della comunità.

Fino ad oggi i ragazzi presenti in comunità possiamo suddividerli in tre fasce problematiche, identificate nei processi intrapsichici e nelle relazioni sociali:

- Disturbi intrapsichici che scatenano alterazioni del comportamento quali tentativi suicidari, allucinazioni, deliri, disturbi alimentari, depressione, ossessioni, fobie, etc.
- Disturbi del comportamento sociale dovuti a criticità familiari importanti, legate al relativo abbandono, maltrattamento od a dinamiche violente.
- Disfunzionalità delle dinamiche familiari, per cui il ragazzo non ha riferimenti identificatori definiti.

La prevalenza dei casi in Comunità ci riporta a discutere sull'approccio terapeutico dei gruppi 2 e 3, in cui le problematiche familiari sono fortemente presenti nelle

dinamiche di attaccamento, influenzando i comportamenti dei ragazzi ed il tipo di legame.

Ciò richiede una prima analisi delle modalità comportamentali del ragazzino e la comprensione di come queste possano dipendere od essere influenzate dalla alterazione precoce del legame originario.

I legami che egli instaura oggi con le persone, pertanto sono, almeno in parte, lo specchio verosimile dei modelli appresi durante il tempo trascorso in famiglia.

Se il tipo di attaccamento definisce un modello di legame, la "cura del legame" rappresenterà l'oggetto di intervento.

L'approccio terapeutico, quindi, cercherà di modificare e regolare le dinamiche disfunzionali di attaccamento primarie, restituendo al ragazzo una consapevolezza dei processi di pensiero e di comportamento adeguati alla comprensione dei meccanismi di relazione sociale.

La "cura del legame" non deve essere intesa come una attività orientata a sostituire il legame originario, quanto la comprensione di ciò che influenza oggi i comportamenti problematici del ragazzo, correlati ad una continua ri-rappresentazione dei processi affettivi sperimentati in passato e trasferiti nelle relazioni con i pari ed i genitori.

Questi sentimenti riguardano il dolore per l'assenza, la rabbia, la illusione seguita dalla delusione, la distruzione, l'aggressività verso l'operatore e la struttura quando non soddisfano le richieste, il senso di colpa, la pretesa onnipotente di accudimento e di vicinanza da parte dell'operatore, l'allontanamento da qualunque altro legame fino a quando compare la fase di delusione, di disperazione e la separazione definitiva.

A questo punto il ragazzo diventa auto-referenziale e non riesce più ad investire sui processi identificatori con un adulto e decide per sé stesso, utilizzando le modalità che ritiene più consone alla soddisfazione dei propri bisogni.

Quando si giunge a questo punto non ci sono spazi di recupero nel contesto terapeutico previsto e quindi serve un altro modello di comunità che sia più concentrata sulle regole e sulla adesione ai dati di realtà, che spesso il ragazzo tende a manipolare per i propri fini.

Subentrano, infatti, comportamenti di tipo asociale o correlati alla droga, al vagabondaggio, alla frequenza di gruppi delinquenti.

Gli indicatori di cura ed alcune delle caratteristiche dell'approccio terapeutico nella comunità, pertanto, sono:

- La possibilità di riconoscere sia i comportamenti che i sentimenti che scaturiscono ed influenzano le relazioni di oggi
- La possibilità di rivedere il modello del legame che uno si rappresenta interiormente,
- Riviverlo continuamente nei legami con gli operatori e gli ospiti
- Rielaborarlo con l'operatore di riferimento
- Ri-rappresentarsi un nuovo modello di relazione.

Questo percorso richiede tempo ed un modello terapeutico non-convenzionale che definisce l'intervento sul “campo” e non nel setting protetto della psicoterapia. Quale approccio dunque?

Il nostro è un approccio “Psicodinamico-Relazionale” i cui termini stanno ad indicare le relazioni ed i sentimenti che si sviluppano tra un determinato contesto ed un individuo. È un approccio che coinvolge vari professionisti che operano quotidianamente a contatto con il ragazzo che se vogliamo è anche un paziente, quindi bisognoso di cure.

È un approccio inter-disciplinare e multi-professionale, che si avvale anche di varie tecniche di intervento come

quelle sistemiche, soprattutto nella narrazione dei propri vissuti, per cui si osservano le emozioni, i comportamenti e le alleanze che avvengono tra i ragazzi in un determinato contesto strutturato o meno.

Occorre quindi definire bene l'organizzazione e la struttura del modello di intervento, così da indicare i percorsi necessari per raggiungere l'obiettivo di cura del legame.

Questo intervento, infatti, passa inevitabilmente dalla presenza e partecipazione al processo di cura da parte degli operatori che seppur con funzioni differenti, hanno tutti il compito di "curare".

La loro presenza e vicinanza ai ragazzi quotidianamente, mette in campo delle dinamiche emotive e comportamentali con cui i ragazzi si confrontano ogni giorno e da cui prendono esempio.

Sono cioè dei "catalizzatori identificatori" che possono essere attaccati o richiesti dal ragazzo in base al suo stato d'animo ed alle sue istanze emotive di quel momento.

Sono il "terreno" in cui si gioca il modello di legame appreso.

Questi rapporti quotidiani sono lo spazio in cui il ragazzo porta il suo dolore, la sua rabbia, li suoi desideri, le sue

speranze e le condivide con gli operatori, se non con i compagni.

Quale è allora il modello di intervento?

L'attività terapeutica in una comunità è determinata da strategie ed obiettivi condivisi che dipendono dal profilo clinico del ragazzo che gli operatori devono conoscere.

È un intervento che si divide tra percorsi di gruppo ed individuali con l'operatore.

È quindi importante avere una idea chiara di che cosa osservare e in quale prospettiva riflettere su quanto accade nelle relazioni giornaliere.

- La prima fase riguarda la conoscenza delle istanze emotive e comportamentali del ragazzo in famiglia ed in comunità, derivanti dalla fase di osservazione.

- Si Individua un operatore Tutor che attivi un legame privilegiato in modo che si possano favorire dei processi identificatori positivi ed utili a crescere. La vicinanza del Tutor rassicura il ragazzo, anche se poi viene investito di tutte le sue emozioni e dinamiche interne.

- L'ascolto, la condivisione delle istanze emotive e comportamentali del ragazzo, la loro elaborazione e la restituzione in modalità adeguate al contesto, è l'oggetto di lavoro prioritario del Tutor.
- Si promuovono poi attività di gruppo a forte valenza emotivo rappresentazionale, in cui i ragazzi condividono le proprie emozioni e si confrontano tra di loro nel cercare le proprie soluzioni ai conflitti.
- Si educa al dialogo, al pensiero e non all'azione, al confronto ed al rispetto tra i ragazzi e le persone.
- Si educa alla cura di sé e dell'ambiente.
- Si facilita l'idea che si cresce accettando il supporto di chi è vicino.
- Si condivide, per quanto possibile, il percorso con i genitori.
- Si effettua nei casi adatti una psicoterapia individuale, laddove cioè vi siano i requisiti di accesso.
- Si svolgono attività educative di gruppo.
- Attività assistenziale sanitaria.
- Inclusione scolastica.
- Inclusione sociale.
- Terapia farmacologica.

Agli operatori si chiede di accedere e mantenere una formazione continua con la supervisione individuale o di gruppo settimanale.

Nel contesto di cura in una comunità terapeutica ci sono alcune variabili di cui le più rilevanti riguardano l'ambiente che deve essere adatto alla accoglienza con stimoli e spazi privati, spazi protetti, spazi di gruppo.

Altro elemento è il team di operatori sui quali i ragazzi proiettano il modello di legame appreso.

La Comunità terapeutica è un terreno di confronto che espone i ragazzi ad una serie di evoluzioni emotive e comportamentali che hanno radici nel loro passato e risvegliano conflitti mai sopiti ed ancora attivi nella mente. La Comunità è un contesto innaturale per il ragazzo che vi accede, in quanto richiede un adattamento a regole già poco seguite in ambito familiare, una condivisione di spazi e di conflitti con gli altri ospiti, la dipendenza da operatori inizialmente sconosciuti che tuttavia regolano i loro ritmi quotidiani.

La sensazione principale quando i ragazzi entrano in comunità è di percepire un senso di colpa, misto a rabbia, per l'allontanamento dal nucleo familiare e dal dolore

per la perdita di una relazione genitoriale che, seppur alterata, è la condizione normale di tutti i loro coetanei. Il dolore della perdita del legame con i genitori, seppur riconosciuti disfunzionali, supera il disagio provato nel contesto familiare e porta il ragazzo a voler tornare comunque al nucleo originario, in quanto è un ambito sociale riconosciuto da tutti, è normalizzante. Ne sentono la necessità per recuperare quel concetto iniziale di protezione, anche se spesso illusoria, di cui hanno bisogno comunque.

Il nuovo ambiente, quindi, non viene percepito come un ambito di cura in cui crescere, anzi è un luogo di "ricovero coatto" da cui fuggire appena possibile o da distruggere per non restarvi imprigionato.

È un luogo in cui si ripropone il dolore della separazione; è un lutto che spontaneamente non si ripara, che non si elabora, ma spinge alla distruzione di questa nuova realtà abitativa non cercata e rifiutata.

Questa percezione dolorosa è più acuta nei preadolescenti rispetto alle comunità con adolescenti, in quanto il legame con la famiglia a questa età è ancora molto forte e sono meno indipendenti.

La prima reazione, quindi, è quella di agire un vero e proprio attacco al legame, spostato sugli operatori, sulle regole, sugli spazi, in cui la comunità diventa il bersaglio privilegiato per scatenare la rabbia per trovarsi in un luogo lontano e anonimo.

Manca, quindi, un investimento emotivo su di un ambiente che non è vissuto come spazio di crescita, ma come “punizione” per dei comportamenti del ragazzo ritenuti inadeguati dal contesto sociale.

Il ragazzo non ritiene, infatti, di aver bisogno di cure e fugge dall'idea di entrare in contatto o di collaborare con le persone presenti.

Vedono le differenze con i compagni di scuola e si vergognano quando li frequentano per timore di essere riconosciuti come “quelli della comunità”, cioè uno stigma sociale di coloro che non hanno famiglia, che sono diversi o “matti”.

Mancano, quindi, i presupposti fondamentali per un progetto terapeutico: la consapevolezza e preoccupazione per i disturbi, la motivazione alla cura, l'alleanza terapeutica.

Il paradosso che osserviamo è la proposta di un processo di cura applicato ad un soggetto che non vuole essere curato.

Anche il cosiddetto "setting" che in psicoterapia ha un ruolo neutrale, ma specifico per la cura, poiché è uno spazio fondamentale per poter pensare, non è certo quello dalla Comunità, dove i conflitti di ognuno sono apertamente esposti ed agiti con tutti ogni giorno ed il pensiero è sostituito dall'azione.

La Comunità, infatti, ha delle caratteristiche ambientali abbastanza rigide: spazi comuni, poca privacy, condivisione delle attività con altri ospiti, esposizione continua alle difficoltà degli altri, tempi e ritmi comuni soggetti alle necessità del gruppo e non dell'individuo, poca libertà di scelta, anzi sottomissione alle regole altrui. Quindi, non possiamo pensare che basti essere in Comunità per stare meglio, o che l'approccio migliore sia solo quello classicamente psicoterapico individuale o farmacologico; perciò, dobbiamo trovare altre strategie terapeutiche se vogliamo intervenire nel modificare gli aspetti critici di attacco al legame.

Quindi, già dai primi giorni di ingresso, la nostra osservazione ci porta a dover capire come il ragazzo

interagisce con l'ambiente, osservando le sue abitudini, le sue modalità relazionali, il coinvolgimento e l'adattabilità al nuovo contesto.

All'inizio, si assiste ad una fase di protesta mediante dei veri e propri attacchi al legame, rivolto sia agli operatori, sia ai ragazzi già presenti, per cui si osservano comportamenti di tipo aggressivo verso gli operatori, mancanza di rispetto delle regole, attacchi alla struttura come rottura di porte, finestre, divani, bagni, televisioni, etc., fughe inverosimili dalla struttura da veri Arsenio Lupin, periodi di isolamento dal gruppo e di mancata partecipazione alle attività, tentativi di allearsi tra di loro contro gli operatori, manifestando condotte oppositorie di protesta, mancanza di rispetto delle regole sociali, aggressioni tra pari. Insomma "il meglio del peggio in un unico pacchetto" come si suole dire.

In questa fase di protesta, il genitore è ancora il legame prioritario ed è il primo che il ragazzo vuole salvare, perché lo riporta alla sua normalità, rappresenta l'idea di famiglia come elemento essenziale per la sua crescita.

Ciò accade nonostante comprendano quanto siano lontani da loro in certi casi proprio i genitori stessi; cercano

dei contatti con loro, con i fratelli spesso anch'essi in altre comunità, o cercano gli zii.

Hanno bisogno di appartenere a qualcuno, di identificarsi in qualche realtà familiare che mantenga stabile il legame, seppur fragile, ma è l'unico che hanno.

Vivono questi contatti a volte telefonici, altri in presenza; sono dei momenti intensamente attesi, ma nei quali si ripropongono spesso le stesse dinamiche precedenti il ricovero in comunità e spesso restano delusi ed arrabbiati come sempre.

Questi aspetti li destrutturano, li riportano al trauma dell'abbandono o della inadeguatezza delle loro relazioni, per cui ora hanno dei momenti molto intensi in cui sembra emergere un forte attaccamento, in altri momenti percepiscono con dolore l'espulsione dal contesto affettivo tanto richiesto.

Le immagini genitoriali sono, infatti, poco accessibili in termini identificatori e ciò aumenta la lontananza dalla relazione con loro.

Si crea una conflittualità emotiva e comportamentale basata sulla necessità di continuare a soddisfare i bisogni primari quali la richiesta di accudimento, di protezione, di affettività, di riconoscimento di Sé, di continuità della

relazione, ma permane la disillusione di non poter accedere ad un legame stabile.

Il ragazzo oscilla tra rabbia ed attacco al legame e la colpa e paura della perdita.

Molto spesso, il legame con i genitori o con uno dei due, resta immutato nelle sue dinamiche fino a quando il ragazzo non capisce che tutto è inutile che non ci saranno i cambiamenti desiderati per poter tornare a casa e quindi subentra la fase della delusione e della disperazione, a cui segue il graduale distacco dai genitori. Quando ciò accade il ragazzo ha molte meno speranze di cambiare i suoi comportamenti, ma deve sopravvivere; quindi, deve tentare di trovare dei nuovi legami che gli diano almeno la possibilità di sperimentare una relazione positiva per lui.

Questa ricerca lo può portare verso esperienze protette e positive per il suo sviluppo oppure entrare in aree delinquenziali o di dipendenza.

Una ragazza ad un ennesimo rifiuto della madre di non volerla più incontrare reagiva con periodi di grande dolore, espresso con dei comportamenti altamente disfunzionali in comunità o con richieste di atteggiamenti adesivi avverso l'operatore.

I suoi atti impulsivi furono vissuti ed elaborati con gli operatori che l'hanno accompagnata a comprendere la sua seppur triste realtà, in modo che i suoi agiti diventassero pensieri, così che potesse utilizzarli per cercare la sua strada.

Alla fine, si è arresa ed ha realizzato che la madre "non c'era più" e dopo il periodo di disperazione, era contenta di cambiare comunità, per la raggiunta età di uscita, e di andare in una nuova, dove sperava di trovare dei buoni legami con i ragazzi che l'abitavano e partire verso un nuovo destino in modo più maturo, anche se consapevole di essere da sola.

Il pensiero di essere accolti nuovamente e definitivamente in famiglia, per alcuni di loro è una illusione che sanno non sarà mai soddisfatta, ma preferiscono credere in questo piuttosto che accettare l'idea di essere soli.

Un ragazzino mi disse che era contento di cambiare comunità, avendo raggiunto i 14 anni, perché sarebbe andato sì in un'altra sede, ma in questo caso era più vicino a sua mamma che sapeva non lo avrebbe ripreso in casa, ma almeno là si sentiva vicino a lei.

Questi sentimenti contrastanti richiamano degli stili relazionali e di attaccamento disorganizzati, incoerenti, conflittuali, ambivalenti, manipolatori, in cui il bisogno del legame si alterna al rifiuto ed alla rabbia od al timore della sua rottura.

All'inizio servono alcuni mesi prima di trovare un equilibrio che permetta al ragazzo di accettare il nuovo contesto, le persone che vi abitano, il gruppo in generale ed aderire alle attività proposte.

Quindi, già dal primo mese, si giunge a determinare il profilo clinico, il tipo di legame del ragazzo e gli obiettivi individuali che si vogliono raggiungere.

Questi elementi definiranno le linee di intervento che nascono dagli incontri con il ragazzo e dalle ore di supervisione clinica, in cui gli operatori si focalizzano nel comprendere come il legame originario si evidenzia nelle dinamiche di comunità.

Queste si dibattono tra richieste di accudimento, di vicinanza, e l'emergere del bisogno di appartenere a qualcuno, di sentirsi accuditi in prima persona, di sovrastare gli altri ragazzi per ricevere attenzioni.

Dopo il primo periodo instaurano un legame molto intenso, molto richiestivo basato principalmente sulla

soddisfazione dei bisogni primari. Quando ciò non accade o si pongono dei limiti, attaccano lo stesso operatore perché delusi dal rifiuto o perché gelosi dei compagni presenti in comunità.

Nei rapporti tra i ragazzi, le dinamiche rispecchiano le stesse modalità di attacco al legame, espresso dal rifiuto o dalla instabilità.

Infatti, faticano ad instaurare amicizie tra di loro, si alleano gli uni contro gli altri, a volte si identificano in qualche attività comune e si sostengono in certe situazioni di difficoltà. In altri momenti attaccano i più deboli, tendono a sopraffare gli altri creando delle leadership negative, si azzuffano per stabilire il proprio pensiero, si isolano o si arrabbiano con gli altri, per poi ritirarsi nel proprio dolore per alcune esperienze negative durante gli incontri con i genitori o quando pensano alla famiglia.

Tutte modalità relazionali che indicano come sia per loro difficile stabilire la continuità di un legame ed una fiducia nello stesso.

Per l'operatore si tratta, quindi, di trasformare gradatamente l'atto impulsivo in un pensiero riflessivo, attraverso la condivisione delle emozioni con gli operatori, attraverso la rilettura dei legami tra loro e gli altri.

Le emozioni possono diventare parte di un processo mentale che si può riconoscere e quindi controllare.

Le alternative ad un comportamento inadeguato che l'operatore pone in risalto al ragazzo, sono la strada per comprendere che vi sono altri modi per interagire e non solo quelli estremi legati alla rabbia, al senso di colpa od alla disperazione.

Dobbiamo passare gradatamente dal concetto di comunità come spazio di conflitto e d'azione, alla comunità come spazio di crescita e di pensiero.

Sono processi che richiedono tempo e pazienza nel permettere al ragazzo di comprenderli ed elaborarli con gli operatori, per trovare un proprio assetto emotivo più stabile e proteso verso il suo futuro.

Chi cura? L'operatore e le dinamiche di cura.

Nel gruppo, inevitabilmente, ogni operatore, indipendentemente dal proprio ruolo professionale, svolge una attività di cura più o meno intensa e la stessa presenza e vicinanza nei momenti critici o piacevoli del ragazzo, lo pone come un soggetto attivo in questo processo.

Per poter agire sul legame, tuttavia, abbiamo scelto la vicinanza come una priorità necessaria per agire su di

esso, per cui abbiamo valorizzato alcune risorse che abbiamo ritenuto importanti per la cura ed analizzato i problemi che queste scelte hanno comportato.

La risposta a bisogni intensi, espressi in modi spesso violenti e destabilizzanti ci ha portato ad instaurare la figura dell'operatore Tutor come riferimento specifico per il processo di cura, a cui ogni ragazzo si può affidare, trovando un'ampia disponibilità di ascolto e di condivisione delle emozioni.

Il Tutor è questo "recettore" e "contenitore" di tutte le varie istanze emotive che deve in qualche modo saper elaborare e poi restituire al ragazzo, pur mantenendo la distanza giusta dalle emozioni e dagli affetti che può provare.

È il compito della "madre sufficientemente buona" di Donald Winnicot che sa rispondere alle domande senza eccedere nel dare troppo o nel dare poco.

Questa figura è colei / colui che diventa simbolicamente la persona a cui affidarsi, che ascolta e partecipa alle problematiche emotive del ragazzo, sa restituirle in modo positivo, lo aiuta a pensare ed a modificare il suo comportamento nelle situazioni conflittuali con i coetanei del gruppo.

Gli altri operatori coinvolgono i ragazzi in attività di gruppo utili per confrontarsi e conoscersi, mentre il legame con il Tutor gradatamente diventa il riferimento per un percorso di crescita, poiché inizia un processo di fiducia tra i due che si traduce in un processo identificatorio positivo, un legame necessario per apprendere nuove modalità di relazione con gli altri.

La reciprocità che si instaura, però, si accompagna alla ripresa nel ragazzo dei propri bisogni di vicinanza, per cui molti diventano gelosi del tutor, hanno la tendenza a coinvolgerlo in ogni loro attività od a rifiutarlo violentemente se non si adatta alle loro richieste, fino a giungere a vere e proprie aggressioni fisiche.

La rottura del legame provocata dal bisogno primario disatteso riemerge continuamente in modo prepotente ed il ragazzo cerca poi di ripararlo attraverso questa figura.

Tuttavia, il Tutor o l'operatore di turno non possono essere risucchiati dalla intensità dei bisogni del ragazzo, pur comprendendone le necessità.

In questo caso, la supervisione ed il confronto con il gruppo di colleghi permettono di elaborare quale sia la

giusta distanza tra lui/lei e il ragazzo e soprattutto dare un senso terapeutico al legame che si sta strutturando.

Le emozioni ed i comportamenti dei ragazzi, quindi, lo coinvolgono fortemente scatenando emozioni spesso di difficile controllo che spingono l'operatore a prendere le distanze.

La domanda ricorrente, infatti, è capire "quanto stare lontano" e "quanto stare vicino", essendo entrambe queste componenti emotive e fisiche molto presenti nel lavoro quotidiano.

Mentre la psicoterapia ha delle regole in cui la distanza e la vicinanza sono molto chiare, perché vissute in un'ora la settimana e con regole precise e condivise, la quotidianità del contatto e del confronto cambia la prospettiva di cura.

Essere distanti non significa rendersi inavvicinabili, tantomeno si chiede di stare troppo vicini.

La distanza non è freddezza o mancanza di empatia, ma nemmeno l'adesione continua alla soddisfazione dei suoi bisogni.

È necessaria per trasmettere il senso dell'altro, differenziato da Sé, evitando quindi la perdita

indifferenziata del proprio ruolo agli occhi del ragazzo, quando lo obbliga a rispondere ai propri bisogni primari. La distanza in questi casi è un momento importante in cui c'è spazio per il pensiero, così da poter elaborare i contenuti degli eventi che hanno portato alla rottura del legame ed è il momento adatto per rielaborare in modo adeguato quanto accaduto.

La vicinanza invece è la continuità della propria presenza nei vari momenti di gioia e di dolore, è un accudimento "cauto" che non entra troppo nello spazio dell'altro, ma ne garantisce la presenza.

È una partecipazione condivisa che pongono l'operatore nel "fare insieme" al ragazzo.

Questo elemento consolida la continuità del legame e facilita i processi identificatori positivi del ragazzo verso l'operatore.

L'operatore

Le dinamiche relazionali e comportamentali che coinvolgono direttamente l'operatore lo spingono a confrontarsi con le proprie emozioni, con i propri vissuti interni, con le proprie esperienze, con la propria

personalità, con la propria morale, con l'educazione ricevuta dai genitori o dal suo ambiente.

Molte esigenze dei ragazzi possono scatenare rabbia, pena o altri sentimenti che non devono essere trasmessi al ragazzo in quanto sono proiezioni dei propri vissuti, tantomeno di utilizzarli nella relazione di cura.

Infatti, un rischio per l'operatore, è proprio quello di riportare le proprie esperienze infantili nella relazione con il ragazzo, come pregiudizi o modalità educative che non si adattano spesso ai ragazzi della comunità.

La flessibilità e la rinuncia a proporre le proprie idee educative apprese in famiglia, si risolve proprio nella supervisione e nell'accoglienza del ragazzo come un individuo diverso da Sé e quindi non soggetto alla stessa esperienza dell'operatore.

Un contenimento equilibrato, quindi, richiede delle caratteristiche riflessive dell'operatore che deve riconoscere le proprie emozioni e sapere come le trasmette quando interagisce con il ragazzo.

L'Operatore ed il Tutor sono quindi i veri attori della terapia all'interno della Comunità, poiché interagiscono con le emozioni del ragazzo e le restituiscono in qualche modo più accettabili e differenti nel loro significato.

La Comunità diventa allora uno spazio in cui si ritrova quel bisogno di accoglienza, di riconoscimento del proprio Sé che si differenzia dai legami instabili, confusi, conflittuali, giudicanti, sperimentati in famiglia.

È uno spazio simbolico dove il pensiero si sostituisce all'agito, dove i processi identificatori assumono finalmente una rilevanza positiva per il ragazzo.

È uno spazio di condivisione delle difficoltà di ognuno.

Uno spazio in cui il bisogno si alterna al rispetto dei tempi dell'altro, per non perdere un legame che non sarà continuativo nel tempo, ma è presente nel "qui ed ora".

Si comprende fin da ora come il nostro approccio consideri fondamentali nel processo di cura del legame, la presenza di altri attori del territorio come gli insegnanti della Scuola, la stessa direttrice che dà l'orientamento agli interventi scolastici su questi ragazzi, i servizi sociali invianti, i carabinieri, il contesto sociale e le offerte socializzanti del territorio che favoriscono un processo, seppur minimo, di inclusione. Una ragazza, ad esempio, ha potuto sperimentare attraverso i laboratori della scuola le proprie capacità canore e recitative, aumentando notevolmente la sua autostima, mentre un altro ragazzo è riuscito ad avere degli amici all'interno della scuola,

quando in comunità non vi è mai riuscito. Ognuno di questi attori rappresenta il concetto di una Comunità che agisce sulla "cura del legame", agendo sugli stessi obiettivi terapeutici e la loro sperimentazione sociale più coerente ed idonea alla socialità del ragazzo.

Scuola, territorio e comunità insieme formano un'unica mente che pensa "al ragazzo", "per il ragazzo" e "con il ragazzo", esprimendo così una funzione di cambiamento regolata e sostitutiva di una famiglia originaria non sempre presente, ma integrata dal tessuto sociale.

Vorrei concludere con una frase che riflette gli effetti di "cura del legame" ed annotare come il significato dato all'inizio della immagine di copertina, possa assumere un significato diverso. Il percorso in Comunità potrebbe far sì che le farfalle dell'immagine non siano più i sogni che se ne vanno, ma possano, oggi, rappresentare i ragazzi che sanno affrontare le strade della vita.

Concludo dicendo che.....

"Si devono pur sopportare dei bruchi se si vogliono vedere le farfalle"

(Il Piccolo Principe)

Il Neuropsichiatra Infantile in CTRP: ruolo, metodo, strumenti di intervento

Sophie Cagdas

All'interno della CTRP Il Neuropsichiatra Infantile (NPI) riveste ruoli molteplici: fornisce la diagnosi e definisce il quadro psicopatologico del minore, collabora alla costruzione del PTRI, prescrive e monitora la terapia farmacologica, valuta regolarmente la condizione mentale e fisica dei minori in carico, è il riferimento clinico per l'equipe sanitaria e educativa.

Posta la diagnosi e definito nei dettagli il quadro psicopatologico del minore, compito del NPI è di collegare la diagnosi al piano terapeutico-riabilitativo individuale. La creazione del profilo di funzionamento a partire dalle caratteristiche psicopatologiche pone le basi per l'intervento terapeutico e riabilitativo mirato alle esigenze del ragazzo.

La diagnosi clinica viene acquisita al momento dell'ingresso in comunità a partire dalla documentazione clinica precedente, dia colloqui con il minore e i genitori e dal confronto con i servizi invianti.

Il NPI procede alla stesura della cartella clinica, indicando la diagnosi e la terapia in atto. In questo modo, delineando il quadro psicopatologico, contribuisce alla stesura del PTRI.

I ragazzi giungono in CTRP su invio da parte dei servizi sociali e dei servizi di neuropsichiatria infantile territoriali, talora con decreto del tribunale. Provergono da situazioni di forte disagio in ambito familiare e sociale a causa di patologie neuropsichiatriche e/o di situazioni di svantaggio sociale ed economico. La presenza di una psicopatologia fin dai primissimi anni di vita può determinare importanti squilibri in ambito familiare emettere a dura prova le capacità genitoriali, fino a rendere necessario l'allontanamento del minore per garantirne un corretto sviluppo psichico.

La richiesta di aiuto può provenire dai genitori stessi, ma talora le istituzioni intervengono a protezione dei minori affievolendo o togliendo la patria potestà ai genitori stessi.

I quadri clinici presentati dai ragazzi sono in ordine di frequenza i seguenti disturbi del neurosviluppo:

- disabilità intellettive
- disturbi della comunicazione
- disturbi dello spettro dell'autismo
- disturbi di attenzione/iperattività
- disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti
- disturbo dell'attaccamento
- disturbo da stress post-traumatico
- disturbi dell'adattamento
- disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- disturbi dell'evacuazione (enuresi, encopresi)
- disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
- disturbo bipolare e disturbi correlati
- disturbi depressivi
- disturbi d'ansia
- disturbi ossessivo-compulsivi

Inoltre, a complicare il quadro clinico subentrano situazioni critiche quali:

- problemi correlati all'allevamento dei figli
- problemi relazionali genitore-bambino

Gli effetti negativi del disagio relazionale dei genitori sul bambino sono:

- disgregazione della famiglia
- problemi di maltrattamento e trascuratezza infantili
- abuso fisico
- abuso sessuale
- trascuratezza infantile
- abuso psicologico
- problemi relativi all'istruzione
- scolarizzazione inefficace

I quadri psicopatologici e le condizioni socio-familiari associate, determinano traiettorie evolutive alterate con possibile evoluzione verso quadri di psicopatologia dell'adulto e situazioni di devianza sociale.

Ogni ragazzo presenta un profilo di funzionamento originale per caratteristiche individuali, gravità del quadro clinico, esperienze pregresse in ambito familiare e sociale (scuola, amici ecc.), terapie già messe in atto. Per ognuno occorre pertanto individuare le aree di disfunzione ma soprattutto i punti di forza interessi, le attitudini individuali e le aree di maggior funzionamento.

In base alla diagnosi ma soprattutto al profilo funzionale del ragazzo il NPI collabora alla costruzione del PTRI. Per ogni ragazzo verrà individuato l'intervento terapeutico integrato migliore.

Più che di intervento occorre parlare di interventi integrati, di terapie, di una combinazione di diversi approcci terapeutici che consente di intervenire su più livelli.

Le terapie agiscono su: funzionamento cerebrale (psicofarmaci), funzionamento psicologico (psicoterapia), competenze emotivo-relazionali (interventi psicoeducativi, terapia dei legami, modificazione dell'ambiente, coinvolgimento in esperienze positive).

Gli interventi psicoeducativi arricchiscono il bagaglio esperienziale del ragazzo con contributi positivi, implementando gli stimoli ambientali costruttivi, fornendo modelli relazionali sani ed un supporto al riconoscimento e alla gestione delle emozioni.

La psicoterapia agisce con un modellamento dello sviluppo psicologico.

Gli psicofarmaci determinano una rimodulazione del funzionamento cerebrale. Essi agiscono sulla regolazione dei neurotrasmettitori del sistema nervoso centrale

modificando la sensibilità recettoriale e quindi determinando lo stabilirsi di un nuovo equilibrio.

Le categorie di psicofarmaci utilizzate in età pediatrica e in adolescenza sono: antipsicotici o neurolettici, antidepressivi, stabilizzanti dell'umore, ansiolitici e stimolanti.

La terapia farmacologica viene decisa e gestita sulla base di periodici colloqui con i ragazzi, e periodiche riunioni di equipe sui casi. Inoltre, il NPI offre la sua disponibilità per aggiornamenti nelle situazioni di crisi/urgenza.

L'osservazione dei ragazzi nella quotidianità della vita comunitaria offre uno spaccato unico per la valutazione degli stessi. Il confronto con lo psicologo permette di valutare le continue evoluzioni psicopatologiche dei minori. Infine, il coordinamento con l'infermiere professionale è indispensabile per una corretta gestione della terapia farmacologica.

In situazioni di crisi o di acuzie il NPI prende decisioni su modifiche della terapia, e/o necessità di ricoveri.

Il NPI in quanto medico referente della struttura monitora anche le condizioni di salute fisica dei minori in carico e prescrive eventuali terapie, accertamenti e consultazioni

esterne per patologie non psichiatriche concomitanti. Il NPI è colui che ha il compito di aggiornare la cartella clinica, il diario clinico e la scheda farmacologica dei minori ospiti.

Il NPI mantiene le relazioni con la famiglia e i servizi invianti e mantiene i rapporti con le istituzioni esterne alla CTRP che hanno un ruolo nella presa in carico del minore. Ciò avviene nei colloqui di aggiornamento con i genitori/tutori legali ed i servizi invianti e mediante le relazioni cliniche di aggiornamento.

Se necessario il NPI si confronta con l'istituzione scolastica in incontri di consulenza e al fine di integrare l'intervento riabilitativo sul minore.

Infine, partecipa agli incontri per il passaggio ad altre strutture o con la famiglia al momento della dimissione al fine di mantenere una continuità clinica e terapeutica.

La cura del legame e modello organizzativo nella CTRP Villa Arnaldi: prospettive, pratiche e risultati

Daniel Mariotto

Negli ultimi anni le comunità terapeutiche che accolgono minori con fragilità psichiche ed emotive si sono trovate a operare all'interno di uno scenario caratterizzato da una complessità crescente, sia sul piano clinico sia su quello educativo e relazionale. I ragazzi che giungono in questi contesti presentano frequentemente storie di trauma cumulativo, instabilità familiare, ripetute rotture affettive e un funzionamento emotivo segnato da marcata disregolazione, impulsività e profonda sfiducia nei confronti delle figure adulte di riferimento.

In tale quadro, la comunità non può essere pensata esclusivamente come un luogo di contenimento o di gestione dell'agito problematico. Essa è chiamata piuttosto a configurarsi come un ambiente terapeutico a tutti gli effetti, un sistema complesso di relazioni capace di curare mentre struttura. La funzione terapeutica non si esaurisce negli interventi specifici o nelle tecniche

adottate, ma si esprime nella qualità del contesto, nella continuità delle presenze, nella coerenza delle risposte educative e nella tenuta del legame nel tempo.

L'esperienza qui presentata descrive l'evoluzione di un modello organizzativo fondato sulla cura del legame come principio guida dell'intero funzionamento comunitario. Il legame non viene inteso esclusivamente come obiettivo clinico, ma come vero e proprio organizzatore del sistema: affettivo, educativo e istituzionale. Tale prospettiva riconosce che la possibilità per i minori di attraversare processi trasformativi autentici è strettamente connessa alla presenza di relazioni affidabili, stabili e significative. Allo stesso tempo, la cura del legame rappresenta una condizione essenziale affinché gli operatori possano sostenere il lavoro educativo e terapeutico senza perdere coerenza, motivazione e senso.

Il modello proposto si fonda sull'assunto che la relazione costituisca il primo e più potente dispositivo terapeutico. In contesti segnati da esperienze di discontinuità, incoerenza e fallimento relazionale, la comunità diventa il luogo in cui è possibile sperimentare una diversa qualità del legame, capace di offrire sicurezza, contenimento e

possibilità di rielaborazione. In questo senso, la cura del legame non è un elemento accessorio, ma il cuore stesso dell'intervento.

Il presente contributo approfondisce i fondamenti teorici di tale approccio, le strategie operative adottate, le sfide affrontate dall'équipe e gli indicatori di efficacia osservati nel tempo. L'obiettivo è mostrare come un modello centrato sulla relazione, quando assunto in modo coerente e sistemico, possa produrre cambiamenti profondi e misurabili nella vita dei minori accolti, incidendo positivamente sia sul loro funzionamento emotivo e relazionale sia sulla tenuta complessiva del sistema comunitario.

La CTRP Villa Arnaldi, comunità terapeutica oggetto di questa esperienza, accoglie minori di età compresa tra i dieci e i quattordici anni, una fascia evolutiva particolarmente delicata, caratterizzata da un'elevata plasticità ma anche da una marcata vulnerabilità. La preadolescenza rappresenta infatti una fase di transizione complessa, nella quale il soggetto è chiamato a sperimentare nuove forme di autonomia, a integrare competenze emotive ancora in via di strutturazione e ad affrontare compiti evolutivi profondamente sfidanti.

In questo periodo, eventuali fragilità pregresse tendono ad amplificarsi, rendendo più evidenti le difficoltà di regolazione emotiva, di costruzione dell'identità e di relazione con l'altro.

I minori accolti in comunità presentano quadri clinici significativi, spesso riconducibili a patologie psichiatriche e a gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale. Si tratta di ragazzi per i quali si rende necessario un intervento riabilitativo-terapeutico frequente, intensivo, multiplo e coordinato.

Gli interventi precedentemente attuati in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o di ricovero, inclusi quelli di natura farmacologica, non sono risultati sufficienti a garantire un miglioramento stabile del quadro clinico e relazionale.

Devono inoltre essere state presenti discontinuità, più o meno prolungate, rispetto al contesto di vita originario.

L'ingresso in comunità serve ad offrire al minore un ambiente maggiormente strutturato e terapeuticamente orientato.

Dal punto di vista clinico ed educativo, la quasi totalità dei ragazzi manifesta impulsività marcata e significative difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Sono frequenti comportamenti oppositivi, provocatori o, al contrario, fortemente ritirati, accompagnati da bassi livelli di fiducia nelle figure adulte e da una profonda fragilità identitaria.

La tolleranza alla frustrazione risulta spesso ridotta, così come la capacità di differire l'azione e di mentalizzare i propri stati interni.

Sul piano neuropsicologico ed emotivo, si osservano funzionamenti basati prevalentemente sulla reattività immediata, con una scarsa capacità di riflessione e di integrazione dell'esperienza.

Emergono frequentemente pattern relazionali di evitamento o di ipercoinvolgimento, nonché oscillazioni rapide tra idealizzazione e svalutazione delle figure di riferimento. Tali modalità riflettono un'organizzazione interna instabile, fortemente influenzata da esperienze relazionali precoci segnate da discontinuità e incoerenza. Un elemento trasversale e particolarmente critico che accomuna i minori accolti è rappresentato dalle ferite legate ai legami pregressi. Le storie personali di questi ragazzi sono spesso costellate da rotture affettive, separazioni traumatiche, cambiamenti ripetuti di figure di riferimento e contesti di vita instabili.

Queste esperienze generano vissuti profondi di insicurezza, incoerenza e sfiducia, che si traducono in una marcata instabilità relazionale.

I ragazzi portano con sé vissuti caratterizzati da discontinuità nei legami significativi, instabilità relazionale persistente, fragilità emotive marcate, difficoltà nella regolazione delle emozioni e discontrollo degli impulsi.

Tali elementi concorrono a determinare quella che può essere definita un'instabilità relazionale primaria, che compromette la capacità di affidarsi, di fidarsi e di sostenere la continuità del legame nel tempo.

È frequente osservare comportamenti apparentemente contraddittori, come l'oscillazione tra una chiusura emotiva estrema e una dipendenza intensa dalle figure adulte o dai pari. Queste modalità non rappresentano incoerenze casuali, ma strategie difensive messe in atto per proteggersi dalla paura del legame e, soprattutto, dalla possibilità della sua perdita. In questo senso, il comportamento problematico diventa espressione di un vissuto relazionale profondamente ferito, che richiede di essere letto e accolto all'interno di una cornice terapeutica consapevole e strutturata.

La presa in carico di questi minori richiede dunque non solo competenze tecniche avanzate, ma anche un posizionamento umano, relazionale e istituzionale profondamente consapevole. L'intervento educativo e terapeutico non può prescindere da una comprensione approfondita della complessità evolutiva, clinica e relazionale che caratterizza questa fascia d'età, né dalla costruzione di un contesto capace di offrire stabilità, continuità e significato laddove, nella storia del minore, tali elementi sono stati gravemente carenti.

Di fronte a un quadro di instabilità relazionale primaria così marcata, la comunità terapeutica è chiamata a offrire risposte strutturate, coerenti e continuative, capaci di contrastare la frammentazione emotiva e relazionale che caratterizza i minori accolti. La risposta organizzativa e clinica sviluppata si fonda su due pilastri fondamentali: da un lato, la costruzione di un setting educativo-terapeutico stabile e intenzionalmente strutturato; dall'altro, l'introduzione della figura del tutor come riferimento emotivo e organizzativo centrale nel percorso del minore. Il setting comunitario viene concepito come un ambiente contenitivo e prevedibile, in grado di fornire fin dall'ingresso un orizzonte relazionale affidabile.

La struttura residenziale non è intesa esclusivamente come luogo di protezione, ma come un vero e proprio contenitore terapeutico, all'interno del quale la relazione educativa e terapeutica diventa il primo veicolo di cura. In questo senso, il setting non coincide soltanto con lo spazio fisico, ma si configura come uno spazio relazionale stabile, strutturato e strutturante, capace di funzionare al tempo stesso come porto sicuro e come palestra di vita. La comunità viene organizzata secondo principi di continuità delle presenze educative, prevedibilità delle routine quotidiane, chiarezza delle regole e adeguatezza degli ambienti, differenziati in base alle funzioni e ai bisogni. I ritmi della giornata sono pensati per sostenere i ragazzi, evitando confusione e disorganizzazione, e per offrire punti di riferimento stabili che consentano l'orientamento emotivo e comportamentale. In un contesto inizialmente segnato da criticità strutturali e da un'équipe in fase di formazione, la cura del setting ha rappresentato una priorità assoluta, finalizzata a rendere la comunità un luogo coerente, non contraddittorio, capace di garantire contenimento anche nei momenti di maggiore crisi.

Accanto al setting, un elemento centrale del modello è rappresentato dalla funzione del tutor, introdotta come risposta diretta alla necessità di offrire stabilità all'interno di un'esperienza di vita segnata dall'instabilità. La figura del tutor viene declinata in due ruoli distinti ma profondamente integrati: il Tutor OSS e il Tutor EDU-TERP. Entrambe le figure si occupano della cura della persona, dell'ambiente, della comunicazione, delle emozioni e delle abilità relazionali, con l'obiettivo di garantire continuità, presenza, presa in carico e stabilità nel tempo. Il tutor non è semplicemente un operatore di riferimento, ma una figura cardine nella quotidianità del minore. Agisce come punto stabile di presenza, contenimento e orientamento, costruendo una relazione di fiducia fondata sulla coerenza delle risposte, sulla gestione non giudicante delle crisi e sulla valorizzazione delle risorse del ragazzo, anche nei momenti di maggiore difficoltà. La conoscenza approfondita della quotidianità del minore consente al tutor di coglierne gli aspetti emotivi più significativi, di fungere da contenitore nella regolazione delle emozioni e dei comportamenti disfunzionali, di monitorare il percorso scolastico e di rappresentare un

riferimento costante per tutti gli aspetti concreti della permanenza in comunità.

Il Tutor OSS concentra il proprio intervento prevalentemente sugli aspetti legati alla cura del corpo, all'igiene personale, alla gestione degli spazi e dei tempi quotidiani. Il suo ruolo è fondamentale nel presidiare il benessere fisico del minore e nel contribuire alla costruzione di una dimensione di normalità rassicurante, fatta di ritualità, ordine e continuità.

Il Tutor EDU-TERP, invece, opera principalmente sulla dimensione educativa, relazionale e terapeutica. Il suo lavoro si focalizza sugli aspetti emotivi, sulla regolazione affettiva, sulla gestione del comportamento e sullo sviluppo delle competenze sociali. Questa figura svolge una funzione di ponte tra la quotidianità comunitaria e il progetto terapeutico individuale, mantenendo un raccordo costante con l'équipe multidisciplinare e contribuendo alla coerenza dell'intervento complessivo. Entrambe le figure condividono una visione educativa non punitiva, orientata a trasformare il fallimento in occasione di apprendimento e la crisi in opportunità evolutiva autentica. L'obiettivo cardine del loro intervento è non interrompere mai la relazione educativa.

Anche nei momenti di regressione, rifiuto o opposizione, il tutor mantiene una presenza accogliente e competente, custodendo il legame e offrendo continuità in esistenze spesso segnate dalla discontinuità.

La funzione del tutor si articola in una presa in carico globale che include l'ascolto attivo, la garanzia di continuità affettiva ed educativa, l'accompagnamento nel percorso individuale, la co-costruzione di significati e obiettivi, il sostegno alla regolazione emotiva e la restituzione di una lettura condivisa di ciò che accade dentro e fuori dal ragazzo. Il tutor si "pre-occupa", anticipando i problemi piuttosto che limitarsi a reagire ad essi, e interpreta i comportamenti non in modo isolato, ma inserendoli nella storia complessiva del minore.

Il Tutor OSS presidia la cura quotidiana, la gestione dei ritmi e degli spazi e la ritualità delle giornate, mentre il Tutor EDU-TERP sostiene la regolazione emotiva, la gestione della crisi, l'identificazione degli obiettivi progettuali e la costruzione di una relazione educativa più profonda. Insieme, queste due figure costituiscono una diade educativa coerente, capace di contenere senza invadere e di essere presente senza sostituirsi, rappresentando una base sicura su cui il minore può

progressivamente costruire fiducia, autonomia e continuità relazionale.

All'interno delle comunità terapeutiche per minori, la dimensione relazionale assume un valore centrale non solo nel rapporto tra adulto e ragazzo, ma anche nelle dinamiche che si sviluppano tra pari e nella relazione con le famiglie d'origine. Tali ambiti rappresentano al contempo potenti risorse terapeutiche e aree di elevata complessità, che richiedono un presidio educativo e clinico costante, intenzionale e consapevole.

I ragazzi accolti in comunità portano con sé stili relazionali profondamente compromessi, spesso esito di vissuti traumatici, discontinuità affettive e contesti familiari e sociali fragili o disfunzionali. La relazione tra pari, in questo contesto, assume un carattere fortemente ambivalente. Da un lato, essa risponde a bisogni affettivi intensi e spesso inespressi; dall'altro, può diventare luogo di ripetizione di dinamiche disfunzionali, sopraffattive o di ritiro. All'interno della vita comunitaria, alcuni ragazzi tendono a ricercare connessioni emotive in modo disperato, dando luogo a legami caratterizzati da dipendenza, fusionalità o tentativi di controllo dell'altro. Altri, al contrario, sviluppano atteggiamenti evitanti, chiusure emotive marcate o ritiro

sociale. In questo quadro emergono frequentemente ruoli relazionali rigidi e ripetitivi, come posizioni dominanti e adultizzate, comportamenti passivi e subalterni, simbiotizzazioni in cui due ragazzi tendono a fondersi annullando il gruppo, oppure dinamiche di esclusione e bullismo, spesso agite in modo implicito e silenzioso.

Se tali processi non vengono riconosciuti e accompagnati in modo adeguato, possono tradursi in alleanze negative, come coppie simbiotiche che escludono il resto del gruppo, in triangolazioni disfunzionali con ruoli fissi di vittima, carnefice e spettatore, o in episodi di isolamento ed esclusione silenziosa, profondamente impattanti sull'autostima e sulla percezione di sé. Queste dinamiche minano il senso di sicurezza del gruppo e alimentano solitudine emotiva, sfiducia nelle relazioni e ripetizioni traumatiche.

Nonostante tali criticità, la relazione tra pari rappresenta uno dei più potenti strumenti terapeutici nel lavoro con minori complessi. Quando il gruppo viene accompagnato in modo competente e continuativo, può trasformarsi in uno spazio di esperienze emotive correttive, di apprendimento relazionale profondo e di sperimentazione di empatia, reciprocità e cooperazione.

L'obiettivo è favorire il passaggio dal legame che ferisce al legame che cura.

Per perseguire tale obiettivo, la comunità presidia attivamente la dimensione gruppale attraverso un'osservazione attenta e una lettura condivisa delle dinamiche relazionali. L'équipe monitora quotidianamente i processi che si sviluppano tra i ragazzi, condividendo le osservazioni in riunioni d'équipe e supervisioni. Particolare attenzione viene riservata ai segnali relazionali impliciti, come cambiamenti improvvisi nei legami, polarizzazioni affettive, ruoli rigidi e ripetitivi o segnali di dipendenza ed esclusione.

Accanto all'osservazione, viene attuata una mediazione educativa costante. Gli operatori intervengono in modo discreto ma deciso per facilitare la gestione dei conflitti, promuovere una comunicazione emotiva consapevole, sostenere l'ascolto attivo e trasformare le criticità relazionali in occasioni evolutive. Tali interventi mirano a rendere il conflitto uno spazio di apprendimento e non un'esperienza distruttiva.

Un ruolo centrale è svolto dagli spazi strutturati di parola, in particolare dai gruppi settimanali dedicati all'esplorazione delle emozioni, dei vissuti e delle relazioni.

Questi gruppi, condotti in modo partecipativo e dialogico, favoriscono la condivisione autentica, l'elaborazione dei vissuti relazionali e il rafforzamento della fiducia nel gruppo come contenitore sicuro.

Parallelamente, il lavoro educativo individuale, svolto principalmente dal Tutor EDU-TERP, si concentra sul potenziamento delle competenze sociali e della regolazione affettiva. Vengono utilizzati strumenti operativi specifici, come le carte delle emozioni, giochi cooperativi e di ruolo e il diario relazionale, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza emotiva e la comprensione delle conseguenze dei propri comportamenti sugli altri.

Le relazioni positive e solidali vengono attivamente valorizzate e rinforzate. In alcuni casi, si introducono micro-ruoli di affiancamento, in cui ragazzi più avanti nel percorso supportano i nuovi arrivati. Questo favorisce responsabilità, senso di appartenenza e crescita reciproca. Anche le attività educative con finalità relazionale, come laboratori espressivi, clinici, sportivi, ludici e creativi, sono progettate per facilitare l'interazione spontanea, superare barriere comunicative e offrire ruoli nuovi, più fluidi e meno carichi di aspettative.

Eventi critici o particolarmente significativi vengono rielaborati attraverso riflessioni condivise e attività narrative, come racconti, disegni, scrittura collettiva o produzioni video. Tale rielaborazione narrativa consente di restituire continuità e senso alle esperienze vissute, favorendo una lettura consapevole dei processi relazionali.

L'obiettivo complessivo è la costruzione di un gruppo che non amplifichi le fragilità individuali, ma che accolga la diversità senza marginalizzazione, promuova la cooperazione anziché la competizione, sostenga il cambiamento evitando la cristallizzazione dei ruoli e si configuri come uno spazio relazionale riparativo, spesso mai sperimentato prima dai ragazzi.

In sintesi, il gruppo dei pari rappresenta un microcosmo che tende a replicare modelli relazionali disfunzionali pregressi, ma che, se adeguatamente accompagnato, può trasformarli. Il lavoro educativo si articola attraverso l'osservazione clinica dei processi gruppali, la mediazione attiva dei conflitti, gruppi di educazione emotiva, laboratori espressivi, sportivi e cooperativi e l'utilizzo di strumenti specifici come il Conflict Corner. L'obiettivo è rendere le relazioni tra pari un luogo riparativo, in cui i

ragazzi possano sperimentare accoglienza, cooperazione, negoziazione e fiducia reciproca.

Un ulteriore nodo critico riguarda la relazione con le famiglie d'origine dei minori accolti. Spesso si tratta di nuclei assenti, disfunzionali o in grave difficoltà, che nel percorso educativo e terapeutico del ragazzo possono essere vissuti come ostacoli alla crescita, fattori di resistenza al cambiamento o elementi destabilizzanti. In questi contesti, il rischio di escludere il contesto familiare dal percorso terapeutico è elevato. Tuttavia, tale esclusione, sebbene talvolta possa apparire come una soluzione protettiva per la comunità, rischia di compromettere l'evoluzione sistemica del minore.

La risposta adottata dalla comunità si fonda su un coinvolgimento graduale, modulato e rispettoso delle famiglie, calibrato sulla loro reale disponibilità, sulla capacità di tenuta emotiva e relazionale, sul livello di funzionalità o disfunzionalità e sulla fase del percorso in cui si trova il minore. L'obiettivo non è forzare la presenza del nucleo familiare, ma costruire una forma di coinvolgimento possibile e sostenibile.

Gli strumenti utilizzati includono colloqui clinici individuali e di coppia, gruppi genitori finalizzati alla condivisione e al

confronto tra pari, un'interlocuzione costante con i servizi sociali e sanitari di riferimento e una progettualità orientata, quando possibile, al reinserimento familiare. Nei casi in cui il reinserimento non risulti praticabile, si lavora comunque per favorire una forma di allineamento sistemico tra comunità, servizi e famiglia.

L'obiettivo è ricucire i legami laddove possibile, mantenere un contatto narrativo e simbolico nei casi di assenza strutturale e legittimare il ruolo della famiglia, anche solo come parte del passato del ragazzo, da comprendere e integrare. Questa prospettiva sistemica rappresenta un elemento chiave dell'approccio adottato, fondato sull'assunto che non esistano percorsi terapeutici individuali che possano prescindere dalla rete relazionale originaria del minore, anche quando essa è fragile, interrotta o profondamente segnata dalla sofferenza.

Il modello terapeutico adottato si fonda su un'integrazione costante e intenzionale tra la dimensione comunitaria e quella individuale, superando una visione frammentata dell'intervento. La comunità non è concepita come semplice cornice logistica all'interno della quale si svolgono trattamenti specifici, ma come

ambiente terapeutico attivo, capace di incidere quotidianamente sul funzionamento emotivo, relazionale e comportamentale dei minori accolti.

Nel contesto comunitario, la vita quotidiana viene considerata il primo e più importante spazio educativo e terapeutico. Ogni gesto, attività, relazione e interazione è parte integrante del processo di cura. La comunità non si limita ad "applicare terapie", ma si configura essa stessa come terapia, attraverso la qualità delle relazioni, la coerenza delle risposte educative e la prevedibilità del contesto.

Le azioni educative comunitarie includono la gestione condivisa degli spazi comuni, i pasti vissuti come momenti di relazione e regolazione emotiva, le attività collettive sia strutturate sia spontanee e i laboratori espressivi, artistici, sportivi e ricreativi. A questi si affianca un lavoro costante sulle emozioni, sulle relazioni e sulle competenze sociali, che avviene sia attraverso momenti strutturati, come colloqui individuali e laboratori tematici, sia attraverso momenti informali e spontanei della vita quotidiana.

L'obiettivo non è semplicemente quello di "fare insieme", ma di abitare le relazioni in modo nuovo, più sano e regolato. La quotidianità diventa così un ambiente

terapeutico diffuso, nel quale ogni occasione di contatto può trasformarsi in uno spazio di cura, apprendimento e trasformazione. I momenti ordinari della giornata, come i pasti, lo studio, il gioco e le routine, diventano contesti privilegiati in cui sperimentare competenze, modulare le emozioni, affrontare le frustrazioni e costruire significato. In questo modello, ogni elemento della quotidianità è dotato di una funzione terapeutica. La prevedibilità delle routine rappresenta un fattore stabilizzante fondamentale, poiché consente ai ragazzi di orientarsi nel tempo e nello spazio, di sapere cosa aspettarsi e di sperimentare l'affidabilità delle figure adulte. Tale prevedibilità contribuisce in modo significativo alla regolazione emotiva e alla riduzione dell'ansia, soprattutto nei minori con storie di discontinuità e imprevedibilità relazionale.

Accanto alla dimensione quotidiana, trovano spazio attività strutturate con finalità specifiche, quali laboratori clinici e psicoeducativi, attività artistiche ed espressive, percorsi sportivi e progetti sul territorio. Queste esperienze consentono di ampliare il campo di sperimentazione del minore, favorendo l'espressione di sé, il confronto con l'altro e l'acquisizione di competenze trasferibili anche al

di fuori del contesto comunitario. Ogni minore accolto nella struttura è seguito attraverso un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale, che rappresenta uno strumento clinico-educativo centrale e imprescindibile. Il PTRI orienta l'intervento in modo personalizzato, garantendo coerenza, continuità e integrazione tra le diverse dimensioni del percorso.

Il progetto viene elaborato dall'équipe multidisciplinare entro poche settimane dall'ingresso del minore in comunità ed è aggiornato con cadenza trimestrale, sulla base dell'evoluzione del percorso e dei bisogni emergenti. Esso include obiettivi, strategie e interventi specifici, costruiti in modo coerente con la storia personale del ragazzo, il suo funzionamento attuale e il suo potenziale evolutivo. Il PTRI integra in un unico disegno le dimensioni clinica, educativa, relazionale e assistenziale, evitando interventi disgiunti o contraddittori. Il progetto non è concepito come un documento burocratico, ma come una guida operativa dinamica e concreta. Esso coordina l'azione degli operatori, favorisce la coerenza degli interventi quotidiani e funge da strumento di comunicazione con i servizi invianti, la famiglia e, nei limiti delle sue possibilità, con il minore

stesso. Il coinvolgimento del ragazzo nella conoscenza del proprio progetto, nella comprensione degli obiettivi e nella co-costruzione del percorso rappresenta un elemento fondamentale per promuovere processi di consapevolezza, responsabilizzazione e auto-narrazione. La costruzione del PTRI si basa su una raccolta articolata di informazioni, che include colloqui clinici, osservazione quotidiana, lettura dei comportamenti e dei vissuti emersi nei momenti di parola condivisa, analisi dei legami precedenti e contributo dell'intera équipe multidisciplinare. Da questo materiale prende forma una diagnosi funzionale, che non si limita alla classificazione clinica, ma descrive in modo approfondito come il minore agisce, reagisce e si relaziona all'interno del contesto. A partire dalla diagnosi funzionale vengono individuati obiettivi realistici, condivisi e monitorabili, costruiti in modo co-partecipato e progressivo. Il PTRI si configura così come un ponte tra la comunità e il soggetto, capace di contenere la complessità del suo vissuto e di orientarne l'evoluzione nel tempo. In questa prospettiva, il progetto diventa uno strumento di senso, che restituisce continuità e direzione al percorso del minore, rendendolo protagonista del proprio processo di cambiamento.

Parallelamente al lavoro con i minori, il modello proposto riconosce come imprescindibile una riflessione approfondita sulla posizione degli operatori all'interno del sistema comunitario. L'intervento educativo e terapeutico in comunità ad alta complessità comporta infatti un carico emotivo estremamente elevato, che espone gli operatori a rischi significativi sul piano personale, professionale e organizzativo. In assenza di adeguati dispositivi di contenimento e rielaborazione, tali rischi possono tradursi in burnout, disimpegno affettivo, posture difensive o, al contrario, in forme di ipercoinvolgimento disfunzionale.

Le sfide che ciascun operatore affronta si collocano su più livelli. A livello culturale, incidono la storia educativa personale e i modelli familiari interiorizzati. Spesso, in modo inconsapevole, gli operatori tendono a riproporre modalità educative apprese nel proprio vissuto, che possono rivelarsi inadeguate o disfunzionali nel lavoro con minori ad alta complessità traumatica. Questo rende necessaria una costante riflessione sul proprio posizionamento educativo e sulla distanza tra intenzionalità professionale e agito quotidiano.

Il livello emotivo è particolarmente sollecitato nella gestione delle emergenze e dei comportamenti fortemente dis-regolati. In tali situazioni, anche il sistema nervoso dell'adulto può attivare risposte primitive di attacco, fuga o congelamento. Il riconoscimento precoce del proprio stato interno e la capacità di regolare le proprie risposte diventano competenze fondamentali per mantenere una postura educativa contenitiva, non reattiva e non punitiva.

Un ulteriore livello critico è rappresentato dalla dimensione proiettiva e identificatoria, che si attiva soprattutto quando le esperienze personali degli operatori risuonano con quelle dei ragazzi. Queste risonanze possono generare sovrapposizioni emotive che conducono a comportamenti impulsivi, evitamenti o atteggiamenti iperprotettivi. Solo attraverso una supervisione clinica e professionale costante è possibile mantenere una posizione riflessiva, capace di distinguere ciò che appartiene al vissuto dell'operatore da ciò che è espressione del bisogno del minore.

Accanto alle dimensioni personali, emergono criticità di tipo organizzativo e formativo. La mancanza di una chiara definizione dei ruoli, così come la distanza tra teoria

e pratica, soprattutto nelle fasi iniziali del lavoro, può generare confusione, sovrapposizioni di competenze e deleghe improprie. In assenza di una cornice metodologica condivisa, tali dinamiche rischiano di compromettere la coerenza e l'efficacia dell'intervento educativo e terapeutico.

Per questo motivo, il modello adottato pone grande attenzione alla definizione esplicita dei ruoli, alla manutenzione relazionale costante e alla promozione di un confronto aperto e strutturato tra colleghi.

Strumenti come l'intervisione tra pari, una comunicazione orizzontale e trasparente e momenti dedicati alla rielaborazione delle difficoltà quotidiane sono considerati essenziali per prevenire la cristallizzazione dei conflitti e per promuovere un senso diffuso di corresponsabilità educativa.

Riconoscere le difficoltà dell'équipe non significa patologizzare il ruolo dell'operatore, ma assumere la complessità del lavoro come parte integrante dell'intervento terapeutico. La vulnerabilità, se accolta e accompagnata, può trasformarsi in uno strumento potente di comprensione dell'altro e di crescita professionale. In questa prospettiva, la cura dell'équipe

viene riconosciuta come prerequisito fondamentale per la cura dei minori.

Per rispondere in modo strutturato a tali esigenze, la comunità ha scelto di investire sistemicamente nella cura dell'équipe, promuovendo un approccio professionale riflessivo e consapevole. Tale investimento si traduce in percorsi di formazione continua, nello sviluppo di una postura terapeutica centrata sulla presenza e nella costruzione di un clima relazionale affidabile anche tra colleghi. L'obiettivo è creare un contesto lavorativo capace di sostenere gli operatori nel lungo periodo, riducendo il rischio di usura emotiva e favorendo la qualità dell'intervento.

In questo quadro, assume un ruolo particolarmente rilevante la cooperativa all'interno della quale la struttura è inserita. L'ente gestore non viene concepito esclusivamente come soggetto amministrativo, ma come possibile motore motivazionale e identitario per gli operatori. Quando la cooperativa investe concretamente nella cura dei lavoratori, nella formazione, nella valorizzazione delle competenze e nella condivisione degli obiettivi, è in grado di generare senso di appartenenza, riconoscimento del valore del lavoro

educativo e terapeutico e sostegno reale a professionisti impegnati in contesti ad alta intensità emotiva e responsabilità.

La cooperativa rappresenta così l'orizzonte valoriale entro cui gli operatori si muovono, offrendo una cornice di senso, visione e riconoscimento. Un operatore motivato, riconosciuto e supportato è maggiormente in grado di sostenere la relazione educativa in modo autentico, stabile e competente. In questa prospettiva, la cooperativa si configura non solo come un'organizzazione, ma come una comunità di appartenenza che sostiene i professionisti nel tempo e dà valore concreto al lavoro con minori fragili.

Il funzionamento dell'équipe costituisce un ulteriore ambito critico da presidiare. Le difficoltà interne possono manifestarsi sotto forma di frammentazione operativa, sovraccarico emotivo cumulativo, conflitti latenti legati a ruoli e competenze o, nei casi più gravi, attraverso una modalità di funzionamento automatico e meccanico, priva di rielaborazione. Quando il lavoro perde la dimensione riflessiva, emergono segnali quali la perdita di motivazione, l'adozione di atteggiamenti cinici o distaccati, il disinvestimento emotivo e professionale,

l'iper-coinvolgimento o l'iper-distanza, fino a fenomeni di burnout e dropout.

La risposta della comunità a queste criticità è stata la costruzione di un assetto organizzativo solido e curato.

Tale assetto prevede supervisioni cliniche mensili con professionisti esterni, riunioni settimanali interdisciplinari finalizzate alla condivisione delle osservazioni, alla rilettura dei comportamenti e all'aggiornamento dei progetti, momenti di intervizione tra pari e formazione permanente per coltivare una cultura riflessiva, nonché spazi di parola strutturati dedicati alla nominazione del disagio e alla prevenzione della sua cronicizzazione. A questi si affiancano coordinamenti frequenti e una formazione continua.

Un'attenzione particolare è riservata agli spazi informali, spesso sottovalutati ma di fondamentale importanza. Colazioni, pranzi, gite, feste e momenti extra-lavorativi, organizzati sia tra operatori sia tra operatori e ragazzi, non rappresentano semplici occasioni ricreative, ma autentici spazi relazionali.

In questi contesti emergono vissuti, dinamiche e legami che difficilmente trovano espressione nei contesti più formali del lavoro quotidiano.

Per gli operatori, tali spazi informali svolgono una funzione preventiva e identitaria.

Essi favoriscono il sostegno reciproco, riducono il rischio di isolamento professionale e burnout, rafforzano l'identità collettiva del gruppo, permettono di superare conflitti latenti e promuovono forme di formazione implicita fondate sull'osservazione e sul confronto diretto. Per i ragazzi, invece, questi momenti offrono la possibilità di osservare l'adulto in una dimensione più distesa e autentica, di vivere esperienze relazionali positive meno istituzionalizzate, di sperimentare il divertimento, la leggerezza e la condivisione di emozioni positive.

Tali esperienze contribuiscono alla costruzione di un senso di normalità e di famiglia allargata, spesso assente nelle storie di vita dei minori accolti.

Gli spazi informali si configurano così come interventi educativi a tutti gli effetti, in quanto nutrono la relazione educativa, rafforzano il legame di fiducia, creano le premesse per l'alleanza terapeutica e favoriscono la co-costruzione di percorsi di crescita autentici e duraturi. La valutazione dell'efficacia del modello organizzativo e terapeutico centrato sulla cura del legame si è basata su un sistema di monitoraggio continuo di indicatori

osservabili e misurabili, raccolti e analizzati nell'arco di due anni, tra il 2024 e il 2025.

L'obiettivo non era esclusivamente quello di rilevare una riduzione dei comportamenti problematici, ma di comprendere se e in che misura il rafforzamento delle relazioni stabili, della coerenza educativa e del lavoro integrato dell'équipe potesse produrre cambiamenti significativi e duraturi nel funzionamento complessivo dei minori accolti e del sistema comunitario.

Gli indicatori presi in considerazione riguardano sia aspetti comportamentali critici, come le fughe, gli agiti aggressivi gravi e il ricorso a interventi farmacologici al bisogno, sia elementi di maggiore stabilità clinica e sociale, come il numero dei ricoveri e il successo scolastico. I dati raccolti mostrano un miglioramento netto e progressivo su tutti i principali indicatori monitorati.

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa dei risultati:

INDICATORI EFFICACIA

INDICATORE	2024	2025	RISULTATI
FUGHE	8,4 (media mensile)	2,5 (media mensile)	RIDUZIONE 70%
AGITI AGGRESSIVI GRAVI PER CUI NECESSARIA CHIAMATA A FORZE DELL'ORDINE	20	6	DA APRILE 2025 0 CHIAMATE
Terapia Al Bisogno	3,6 (media mensile)	1,9 (media mensile)	RIDUZIONE 47%
RICOVERI	3	2	ULTIMO A MARZO 2025 CON DIMISSIONE
Successo Scolastico	79%	Completa il percorso scolastico	

L'analisi dei dati evidenzia una riduzione significativa delle fughe, con un calo del settanta per cento della media mensile, così come una drastica diminuzione degli agiti aggressivi gravi che hanno richiesto l'intervento delle forze dell'ordine, fino ad azzerarsi a partire dal mese di aprile 2025. Analogamente, si osserva una riduzione rilevante del ricorso alla terapia farmacologica al bisogno e una diminuzione del numero dei ricoveri, con l'ultimo episodio registrato nel marzo 2025 e conclusosi con dimissione.

Un dato particolarmente significativo riguarda l'andamento del percorso scolastico, che mostra un miglioramento progressivo fino al completamento del percorso da parte dei ragazzi coinvolti. Questo indicatore rappresenta un importante segnale di stabilizzazione emotiva, capacità di investimento progettuale e recupero di competenze adattive.

L'analisi qualitativa dei risultati conferma che tali miglioramenti non sono attribuibili all'adozione di misure repressive, di contenimento rigido o di aumento del controllo, ma al contrario al rafforzamento delle relazioni stabili, alla maggiore coerenza educativa e alla strutturazione di un lavoro d'équipe integrato e riflessivo.

La riduzione degli agiti problematici appare strettamente connessa alla possibilità, per i minori, di sperimentare legami affidabili e continuativi, all'interno di un contesto prevedibile e contenitivo.

In questa prospettiva, i risultati osservati rappresentano un indicatore concreto dell'efficacia di un modello che pone la relazione al centro dell'intervento terapeutico e organizzativo. Essi mostrano come la cura del legame, quando sostenuta da un assetto strutturato e da un'équipe coesa, possa incidere in modo significativo non solo sui comportamenti disfunzionali, ma anche sui processi di crescita, autonomia e integrazione sociale dei minori accolti. L'esperienza presentata evidenzia con chiarezza come, nel lavoro con minori segnati da esperienze traumatiche e da profonde insicurezze affettive e relazionali, la relazione rappresenti il primo e più incisivo fattore terapeutico. Nessuna tecnica, per quanto raffinata, può sostituire la qualità del legame. È all'interno di relazioni stabili, affidabili e significative che diventa possibile per i ragazzi riattivare processi di fiducia, regolazione emotiva e trasformazione personale.

La comunità terapeutica emerge come un sistema complesso, la cui efficacia dipende dalla sua capacità di

funzionare in modo coeso, riflessivo e integrato. Il cambiamento non segue traiettorie lineari né immediate: richiede tempo, stabilità, possibilità di caduta e continuità della presenza adulta. In questo senso, il lavoro educativo e terapeutico con minori traumatizzati non può fondarsi esclusivamente su strumenti tecnici o protocolli standardizzati, ma deve essere sostenuto da una vera e propria cultura del prendersi cura.

Un elemento centrale che emerge con forza è il ruolo delle relazioni tra adulti. La qualità delle relazioni all'interno dell'équipe non rappresenta un aspetto secondario o accessorio, ma costituisce la prima e fondamentale condizione terapeutica. Solo un gruppo di adulti coeso, consapevole e riflessivo è in grado di offrire alle minori relazioni affidabili, capaci di reggere la complessità, la regressione e il conflitto. La corresponsabilità educativa diventa così un principio operativo irrinunciabile.

L'efficacia dell'intervento risulta strettamente connessa all'integrazione e alla coesione di tutte le variabili del sistema: la dimensione individuale del minore, quella collettiva del gruppo, la progettualità terapeutica,

il funzionamento interno della comunità e la rete esterna composta da famiglia, territorio e servizi.

Ogni elemento concorre, in modo interdipendente, alla tenuta e all'evoluzione del percorso. In questa prospettiva, la cura del legame assume un significato esteso e sistemico: prendersi cura del legame significa prendersi cura di tutti gli attori coinvolti, dell'individuo e del suo percorso, dell'équipe, della famiglia, del territorio e dei servizi.

La cura del legame non è dunque un elemento accessorio del modello, ma il suo nucleo fondante. È ciò che consente ai ragazzi di intravedere possibilità laddove prima esisteva solo paura, sfiducia o ritiro. È ciò che trasforma la comunità da luogo di accoglienza a spazio realmente terapeutico, capace di generare esperienze emotive correttive e di restituire continuità a storie frammentate.

Lavorare con minori segnati dal trauma e dall'insicurezza affettiva richiede molto più della sola competenza tecnica. Richiede una comunità di adulti capace di stare nella relazione, di interrogarsi continuamente sul proprio agire e di sostenersi reciprocamente.

Richiede una cultura dei legami e una cultura del prendersi cura,
intesa come postura etica, professionale e organizzativa.
Solo all'interno di tale cornice diventa possibile costruire
percorsi terapeutici autentici, sostenibili e realmente
trasformativi.

Comunità terapeutica ed inclusione sociale

Miriam Gini

Poco dopo la nostra apertura abbiamo mosso i primi passi nel paese con l'obiettivo di creare legami con altre realtà presenti nel territorio, permettendo di farci così conoscere come struttura.

Integrarci inizialmente non è stato facile. Creare legami, relazionarci con altri enti ha permesso però di non isolarci, e soprattutto di far conoscere piano piano chi sono veramente gli adolescenti che “abitano” Villa Arnaldi.

Mettersi in rete e creare legami ricopre per noi un'importante valenza terapeutica, permette non solo di renderci visibili, ma di andare oltre lo stigma che contraddistingue i nostri ragazzi.

L'inclusione li porta così a sentirsi accolti, non emarginati o semplicemente “diversi”.

È l'educatore socio-pedagogico a rappresentare la figura ponte tra la nostra realtà comunitaria interna e possibili agganci con il territorio esterno.

Quando arrivano da noi non hanno amicizie con i loro coetanei al di fuori inizialmente, gli unici legami sono stretti sono con noi operatori e gli altri adolescenti della comunità.

In realtà esterne alla comunità, i nostri ragazzi si ritrovano a doversi relazionare in luoghi con regole differenti da quelle che conoscono e sarà per loro un banco di prova dove si ritroveranno ad interagire secondo anche modi e tempi diversi da quelli conosciuti fino ad ora. Potendo così sperimentare tipologie di legame che si scostano alla disfunzionalità familiare in cui erano inseriti.

Tra i legami creati ci sono quelli con le associazioni calcistiche, la pallavolo e la scuola di danza. L'attività sportiva è fondamentale nello sviluppo psico-fisico di un adolescente ed è importante che sia presente nella vita dei minori dai noi accolti.

Abbiamo potuto notare anche come 2 dei nostri ragazzi inseriti nella stessa realtà sportiva di calcio abbiano reagito diversamente nel modo di inserirsi e di creare legami con gli altri compagni di squadra. Il primo si è inserito bene, ha instaurato relazioni con gli altri suoi coetanei quasi subito e si è dimostrato costante nel partecipare agli allenamenti e partite previste.

Il secondo già durante l'anno scorso partecipava con poca motivazione, lasciando trasparire la poca fiducia nelle proprie capacità e il senso di inadeguatezza nel creare legami con gli altri ragazzini della squadra.

A pallavolo una ragazza della comunità è stata inserita in squadra con altre sue coetanee.

L'ingresso inizialmente non è stato semplice, e tutt'ora vengono riportati episodi spiacevoli da S. quando rientra raccontando prese in giro da parte di alcune compagne, ma l'inserimento e l'accoglienza generale sua nella squadra è stato buono.

Da parte degli enti sportivi quindi l'inserimento dei nostri ragazzi nei vari gruppi è stata positiva, sta a noi il compito più difficile di mantenere un continuo dialogo con loro e capire i punti di fragilità e risorse dei nostri ragazzi affinché gli inserimenti in contesti extra comunitari possano essere per loro luogo dove instaurare legami fondamentali per la loro crescita.

Un altro "luogo" dove i nostri ragazzi hanno potuto sperimentare legami con altri loro coetanei sono stati i centri estivi nel nostro territorio, a cui due dei nostri ragazzi hanno partecipato.

L'accoglienza da parte del centro estivo stesso è stata buona, i ragazzi si sono ben inseriti creando la loro piccola cerchia di amici. Anche qui da notare invece le differenze con l'estate precedente dove l'inserimento di altri ragazzi si è rivelato molto più complicato e difficoltoso, non rispetto delle regole previste ad esempio e scarsa partecipazione a quanto proposto.

In primavera abbiamo preso parte ad un festival sull'inclusione, al cinema famiglia di Noventa, dove i nostri ragazzi hanno recitato una parte tutta loro durante lo spettacolo, risultato finale di un progetto teatrale iniziato mesi prima. Durante questo festival erano presenti varie associazioni e tante realtà comunitarie sia di Noventa che dei paesi vicini. Quest'occasione ha permesso sia a noi di conoscere realtà affini alla nostra che a queste appunto di sapere chi siamo e cosa facciamo, vedendo in prima linea i nostri adolescenti esibirsi sul palco con un pezzo recitato.

Tra i legami che si sono venuti a creare nell'arco di questi due anni c'è senz'altro quello con l'associazione "il vento dell'aiuto", formato da volontarie che in diverse occasioni, hanno preso parte alla vita comunitaria, come al laboratorio espressivo con i ragazzi,

e soprattutto ci hanno aiutato ad entrare in contatto con gli organizzatori comunali di vari eventi “in piazza” a Noventa, tra cui il mercatino di Natale dove i ragazzi hanno preso parte con un banchetto tutto loro, dove hanno esposto solamente manufatti fatti a mano. Il ricavato è stato utilizzato poi per le gite invernali in montagna sulla neve.

Il mercatino di Natale è stato il primo progetto a concretizzarsi del laboratorio espressivo che teniamo in comunità 1 volta a settimana.

L'inclusione è quindi possibile per i nostri ragazzi, non sempre di semplice riuscita, è il frutto di vari tentativi a volte positivi, altre volte vani, ma con costanza ed impegno ci stiamo riuscendo a farci conoscere ed integrare sempre di più.

Genitorialità e Modelli Familiari nel lavoro con i minori in CTRP

Massimiliano Peruffo

La Genitorialità In tempi recenti, la crisi della famiglia ha portato gli studiosi e i clinici a focalizzare l'attenzione sul tema della genitorialità, cioè tutti quegli aspetti per i quali, una madre e un padre possono essere considerati adeguati nella crescita evolutiva dei figli.

Con il termine genitorialità si intende un insieme di funzioni che non si limitano solo al soddisfacimento dei bisogni materiali nella crescita di un minore, ma coinvolgono anche quegli aspetti del mondo psichico dei genitori che favoriscono la rappresentazione e il riconoscimento del figlio o della figlia, come entità emotivo-affettiva autonoma, all'interno di una relazione autentica, basata cioè su una sequenza di esperienze di contatto, caratterizzate da una corrispondenza biunivoca di contenuti oggettivi e psichici, associati ad emozioni.

Le principali funzioni genitoriali positive sono le seguenti:

- 1) Funzione protettiva, tipica del caregiver che offre cure adeguate al bambino in termini di accudimento, protezione fisica e sicurezza;
- 2) Funzione affettiva, ovvero la capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro, attraverso la sintonizzazione emotiva, in modo tale che il bambino trova rispondenza e significato alle emozioni che manifesta e a quelle altrui;
- 3) Funzione regolativa, ovvero la capacità che il caregiver trasmette al bambino, di regolare i propri stati emotivi e di organizzare risposte comportamentali adeguate;
- 4) Funzione normativa, ovvero la capacità del genitore di porre dei limiti e offrire una struttura di riferimento al bambino; essa comprende l'atteggiamento genitoriale verso norme, istituzioni e regole sociali;
- 5) Funzione rappresentativa, per la quale, la madre, attraverso la sua sapiente capacità di dosare le frustrazioni, aiuta il bambino a sviluppare la capacità di rappresentare la realtà, di accettarla, favorendo così la nascita dell'immaginazione come antidoto al vuoto dell'assenza temporanea;
- 6) Funzione significativa (o funzione alfa della madre) per la quale, tramite i processi di proiezione e identificazione proiettiva, una parte del mondo psichico della madre

diviene il contenitore in cui il bambino inizia a dare un significato alla realtà, ai propri vissuti, inizia cioè a pensare;

7) Funzione proiettiva, tendenza da parte dei genitori a proiettare sul figlio/a la visione del bambino che sentono di essere stati, i propri aspetti del Sé, con la creazione dei cosiddetti "scenari narcisistici della genitorialità" (Manzano J.);

8) Funzione triadica, ovvero la capacità di creare un'alleanza tra genitori e figlio in un cosiddetto gioco di squadra;

9) Funzione differenziale, che si esprime con la modalità materna e paterna, che hanno caratteristiche molto diverse tra loro e sono entrambe necessarie per un gioco relazionale sano.

Mi preme soffermarmi sui cosiddetti "scenari narcisistici della genitorialità", che coesistono all'interno di una relazione oggettuale sana, ma il cui investimento psichico da parte dei genitori su uno o sull'altro, permette di delineare le dinamiche disfunzionali sul piano narcisistico di uno o entrambi i genitori, e le relative conseguenze sul funzionamento dei figli.

Nella normalità, la funzione proiettiva consiste in questo: i genitori proiettano sul bambino un'immagine del proprio Sé, composta soprattutto da aspetti narcisistici positivi (inerenti alla realizzazione e al riconoscimento del Sé infantile da parte delle figure primarie) e in misura molto minore da aspetti irrisolti del Sé (derivanti da un passato giudicato inaccettabile); successivamente si verifica una identificazione proiettiva da parte dei genitori nei confronti di questa rappresentazione del Sé del genitore proiettata sul figlio o sulla figlia, che poi viene investita di libido narcisistica, per una soddisfazione narcisistica da parte dei genitori. All'interno di un percorso armonico di crescita, si assiste ad una coesistenza tra una relazione narcisistica (amore per sé nell'altro – narcisismo primario), e una vera relazione oggettuale (amore per l'altro come differente da Sé – narcisismo secondario). Quindi la relazione narcisistica dei genitori con il bambino (in quanto rappresentazione di essi stessi), coesiste con una relazione oggettuale dove il bambino è amato in quanto essere differente da sé stessi. Questo scenario dovrebbe essere il prototipo di tutte le relazioni genitore-bambino. Nelle patologie dei problemi precoci di sviluppo predomina e sussiste la relazione narcisistica col bambino,

mai riconosciuto come essere differenziato. Gli scenari narcisistici della genitorialità in questi casi sono conflittuali con la realtà di un bambino in crescita, a causa dell'intensa e perdurante proiezione narcisistica di uno o entrambi i genitori. Nello specifico, la dinamica interattiva può avere diversi sbocchi: o il bambino si adatta alla pressione proiettiva, rivestendo il ruolo predestinatogli senza apparenti disturbi che esploderanno più avanti nel tempo (Falso Sé). Oppure, la situazione è talmente patologica che l'equilibrio è già rotto, e il bambino esprime fortemente il bisogno di essere riconosciuto in qualità di persona e non come 'ombra dei genitori e dei loro oggetti interni', il che è causa di scompenso per i genitori e di disturbi comportamentali nel minore; o ancora, per il bambino stesso, difficoltà di adattamento al mondo esterno; o infine, può verificarsi una combinazione delle due possibilità.

Per quanto riguarda la funzione differenziale, possiamo parlare infatti di codice materno e codice paterno, che necessariamente non hanno a che fare con la madre e il padre in senso biologico, ma piuttosto con modalità di funzionamento caratterizzate da aspetti diversi:

a) La modalità materna è un insieme di atteggiamenti e modalità relazionali basati sull'accoglienza, la protezione e la cura dei bisogni primari del bambino. Questo codice rappresenta la capacità di offrire conforto, sicurezza e un senso di appartenenza, elementi fondamentali soprattutto nelle prime fasi della crescita. Di fronte al pianto del neonato, la madre si attiva per consolare, per ristabilire l'equilibrio; la madre protegge e interviene in modo preventivo e puntuale nei confronti di ogni forma di pericolo, immaginario, palesato o reale che sia. L'amore di una madre dice a un figlio: "Con me sei al sicuro". Il bambino piccolo se cade, corre piangendo dalla madre per trovare conforto dalla frustrazione.

b) La modalità paterna è un insieme di caratteristiche educative che riguardano la fermezza, la guida e l'orientamento verso il mondo esterno. Esso si esprime attraverso la capacità di porre limiti, incoraggiare l'autonomia, trasmettere il valore delle regole e infondere nei figli il coraggio di affrontare le sfide della vita. Di fronte al pianto del bambino nel padre si attiva la neocorteccia, l'area del problem-solving per insegnare al figlio che è più capace di quanto creda, che dopo una caduta bisogna

reagire e rialzarsi per riprovare a raggiungere il suo obiettivo.

I bambini hanno bisogno di entrambi i modelli, perché insieme, questi due messaggi creano resilienza, che è il più grande indicatore di salute mentale durante l'adolescenza. In definitiva, questi due codici non devono essere visti come entità rigide e separate, ma piuttosto come due dimensioni complementari nella crescita di un minore, che possono essere incarnate in modi diversi a seconda delle circostanze. Infatti, se le madri sono maggiormente predisposte per esercitare il codice materno, e i padri quello paterno, tuttavia, entrambi devono saper intervenire per agire la giusta modalità in alternanza con l'altra a seconda delle evenienze e in sintonia con i bisogni contingenti del figlio, attraverso un equilibrio tra protezione e indipendenza, accoglienza e disciplina, affetto e guida. Esempio di alternanza delle due modalità: imparare ad andare in bicicletta. Dopo aver installato le rotelle laterali della bicicletta, la mamma tiene dritta la bici perché il bambino non cada. Più tardi, il papà corre dietro al figlio gridando "Dai, ce la fail!", e poi lo lascia andare. Prima il senso di sicurezza, poi il piacere della libertà e dell'avventura.

La Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta "Villa Arnaldi" accoglie minori con un'età compresa tra i 10 e i 14 anni, che presentano delle difficoltà, che possono essere riassunte in queste categorie diagnostiche, tenendo conto del fatto che in età evolutiva la struttura di personalità è ancora fluida, non pienamente definita:

- Disturbi del pensiero (psicosi infantile, dist. Schizofrenico);
- Disturbi del comportamento (ADHD, Dist. Oppositivo Provocatorio, Discontrollo
- degli Impulsi);
- Disturbi della sfera affettiva (depressione);
- Disturbi d'ansia (DOC, D. di ansia generalizzata, D. di Ansia Sociale)

Dal punto di vista fenomenologico, questi ragazzi non nascono e sviluppano tali criticità casualmente, ma spesso divengono i portavoce della modalità traumatica e distruttiva di esprimere la sofferenza umana di tutto il nucleo familiare di appartenenza. Secondo una dimensione evolutiva, le gravi problematiche psichiche e comportamentali di questi minori derivano dai seguenti

motivi: in primo luogo, per aspetti traumatici avvenuti all'interno dei fondamentali passaggi evolutivi a partire dalla prima infanzia, che dalla simbiosi infantile porta alla separazione e individuazione del bambino; in secondo luogo, e in misura minore da caratteristiche costituzionali del minore; e in terzo luogo dal fatto che il minore, permane a contatto per molto, troppo tempo con modelli di funzionamento genitoriale immaturi, ambivalenti e parziali, il cui appoggio intermittente, ha determinato esperienze molto rarefatte sul piano della tonalità affettiva e poco costruttive sul piano dell'autostima.

Secondo la teoria delle relazioni oggettuali, la qualità del legame con le figure primarie, in particolare i caregivers (madre e padre o chi per essi), durante i primi anni di vita, influenza profondamente il modo in cui una persona vede sé stessa e gli altri; la tipologia e la valenza di queste interazioni iniziali è cruciale per il benessere emotivo e la formazione della personalità.

Aspetti come la presenza puntuale, la stabilità e la coerenza emotiva, la capacità sapiente e consapevole di dosare al bambino le frustrazioni nel processo di

conoscenza della realtà, racchiuso nel concetto di "madre abbastanza buona" (good-enough mother) di D. Winnicott, favoriscono uno sviluppo sano del Sé e un'accettazione dei limiti della realtà.

Di fronte alle gravi carenze delle figure genitoriali, la scelta del collocamento in comunità da parte dei Servizi diviene la scelta più adatta, oltre che necessaria per i seguenti motivi:

- Il mancato raggiungimento degli obiettivi concordati tra i genitori e i referenti dei Servizi per mancanza di collaborazione o per incapacità di uscire da dinamiche relazionali negative e bloccate;
- Il peggioramento del minore tanto sul piano del funzionamento mentale quanto sul piano del comportamento, non solo interno dell'ambiente familiare ma anche in altri ambiti (scolare e sociale).

Da quanto esposto, nella presa in carico del minore da parte della comunità, i genitori non possono assolutamente essere esclusi dal percorso di cura, in primo luogo perché le problematiche riscontrate nel minore hanno avuto origine all'interno dell'ambiente familiare,

e in secondo luogo perché l'obiettivo generale di tale percorso è valutare se per quel minore maturino le condizioni per un suo rientro definitivo in famiglia.

Le principali fasi o momenti del percorso terapeutico di un minore (e della sua famiglia) in comunità sono le seguenti:

- Inserimento;
- Trattamento;
- Dimissioni.

L'inserimento contempla al suo interno, non solo il momento concreto in cui il minore varca la soglia della comunità, ma anche la fase precedente, quella in cui il "caso" viene presentato nelle relazioni scritte e nei contatti con i referenti dei Servizi Inviati. Qui si realizza una sorta di proto-pensiero, nel quale il minore e la sua famiglia iniziano ad essere rappresentati all'interno della matrice gruppale dell'equipe, ad essere fantasticati da parte del singolo operatore della comunità. Già qui si possono trarre informazioni utili sul funzionamento dei genitori, la qualità dei loro scambi affettivi con il figlio/a, e la qualità dei rapporti tra di loro e con i referenti dei Servizi. Questa rappresentazione parziale trova il suo completamento nel momento in cui il minore fa il suo ingresso in comunità, solitamente accompagnato dai

genitori e talvolta dai referenti dei Servizi. Il primo incontro con la famiglia in comunità permette di intravedere uno spaccato delle usuali dinamiche che caratterizzano i rapporti tra il minore e i suoi familiari: i giochi di forza, le correnti emotive, la modalità di comunicazione nei momenti critici. Nel primo colloquio d'ingresso con i genitori emergono anche le loro rappresentazioni inerenti all'inserimento del figlio o della figlia in comunità da parte dei Servizi, le loro aspettative più o meno realistiche, le loro perplessità e aderenze, insomma molti elementi per valutare se vi è o meno una base d'appoggio su cui immaginare di costruire un'alleanza terapeutica per il futuro percorso di comunità del minore.

Nella maggior parte dei casi, i minori provengono da casa; in alcuni casi, l'inserimento è avvenuto dopo un breve periodo di ricovero in Pediatria o Reparto di Neuropsichiatria Infantile, attraverso la modalità della Pronta Accoglienza (che può durare al massimo 45 giorni).

La fase dell'inserimento dura circa 3-4 settimane e non prevede visite in comunità da parte dei genitori; la frequenza e la tipologia dei contatti del minore con la

famiglia dipende dagli accordi stabiliti fin dall'inizio con i Servizi Inviati.

Questa rappresenta la fase centrale e più corposa del percorso terapeutico, sia in termini temporali che in termini di contenuti affettivi ed emotivi implicati, dal momento che dopo un primo periodo di adattamento, il minore inizia il percorso terapeutico vero e proprio.

Durante questa fase, che può durare da 1 anno a 2 anni circa, il minore riprende contatti telefonici regolari con i genitori secondo una modalità coerente con le capacità di tenuta degli stessi e del minore; nello stesso tempo, iniziano le visite supervisionate al figlio/a e i colloqui dei genitori con lo psicoterapeuta della struttura, per sondare il loro livello di consapevolezza nei confronti delle problematiche del minore, il tipo e il grado di aspettative nei confronti del progetto terapeutico, la loro disponibilità ad analizzare e modificare determinate dinamiche inadeguate messe in atto nella gestione dei comportamenti manifestati dal figlio/a. Nell'approccio della nostra comunità non è sufficiente il solo consenso al trattamento sul minore da parte dei genitori, ma è più che mai necessaria un'attiva partecipazione e condivisione al progetto terapeutico nella sua completezza anche da

parte dei genitori. Tuttavia, tra l'accettazione e la partecipazione al progetto terapeutico possono sussistere gradi diversi di collaborazione da parte dei genitori; ciò dipende da aspetti diversi, come ad esempio essere genitori separati, la distanza dalla comunità, aspetti psicopatologici di personalità, e da un'ambivalenza di fondo presente in molti casi, anche se non in tutti.

Infatti, in alcuni casi, se all'inizio i genitori hanno accettato la proposta di progetto con all'interno anche gli incontri destinati a loro, dopo poco hanno iniziato a diradare gli incontri, lamentando problemi di lavoro e mancanza di tempo, con l'intento di mantenere un contatto per lo più telefonico con i referenti della struttura. In questo caso, la distanza li ha posti al riparo dalla paura di mettersi in discussione e dall'ansia di riconoscere un'eventuale implicazione, anche solo presunta, nello sviluppo della condizione di disagio del figlio/a.

Anche nei casi in cui i familiari accettano e partecipano regolarmente agli incontri proposti con gli operatori della comunità, si coglie una sorta di ambivalenza di fondo. Infatti, essi vivono spesso la loro partecipazione attiva al percorso terapeutico del minore come una sorta di strumento espiatorio di autopunizione nel tentativo di

alleviare temporaneamente un senso di colpa talvolta inconscio, derivante da tre fattori: il primo relativo al fatto che la problematica del figlio/a si è manifestata all'interno del loro nucleo familiare (in cui si insinua il pensiero generale che i genitori sono responsabili di tutto ciò che accade al figlio). Il secondo ha a che fare con l'angoscia di separazione che vivono dopo l'uscita di casa del minore (il vuoto improvviso che si determina nella rete familiare inevitabilmente porta in molti casi, ma non in tutti, a rivolgere lo sguardo su sé stessi, sia come individui che come coppia) che successivamente viene potenziata dall'angoscia di separazione espressa dal figlio/a, rilevata all'inizio nelle telefonate e nelle prime visite al figlio/a in comunità. Il terzo ha a che fare con la loro incapacità nell'aver fornito soluzioni adeguate alle problematiche comportamentali del figlio, in qualche modo sottaciuta prima dell'inserimento in comunità, ma che poi si rende evidente, soprattutto nei casi in cui il minore dopo l'ingresso in struttura ha diminuito di molto o ha cessato di mettere in atto certi comportamenti disfunzionali.

Tuttavia, l'altra faccia dell'ambivalenza dei genitori si manifesta attraverso un sottile e a tratti inconscio senso di

invidia nei confronti degli operatori della struttura, derivante da una forte rabbia che può avere origini diverse: nei casi più gravi, abbiamo a che fare con una rabbia primitiva, derivante dal riacutizzarsi di una profonda ferita narcisistica del proprio Sé, non più compensata dal Falso Sé del figlio, a causa del suo inserimento in comunità, ma anche dagli aspetti altamente problematici nello sviluppo recente del loro figlio o della loro figlia; tale ferita riappare progressivamente con tutto il suo potere patologico, proprio in concomitanza dei primi progressi evidenti da parte del minore in comunità, dove possiamo assistere alla manifestazione di un atteggiamento ipercritico nei confronti della comunità, fino ad atti di sabotaggio alla stessa attraverso il mancato rispetto degli accordi e delle regole. Nei casi meno gravi, la rabbia deriva dalla difficoltà da parte dei genitori di tollerare il senso di colpa, l'incertezza nei riguardi del futuro, l'impossibilità di occuparsi dei bisogni primari del figlio o della figlia, che dopo l'ingresso in comunità sono quasi completamente delegati ad altre persone. In funzione di questi aspetti psichici, tale ambivalenza va sempre affrontata e discussa per non condizionare l'andamento del

trattamento del minore, anche se essa rappresenta solo la punta per così dire dell'iceberg; infatti, tanti altri elementi problematici dei genitori, tanto individuali quanto di coppia, andrebbero accolti ed elaborati all'interno di una terapia familiare vera e propria.

Ma chi dovrebbe indirizzare e offrire un tale trattamento, considerando che molto spesso l'attenzione viene concentrata solo sulle problematiche del minore? Quali presupposti clinici e no, sarebbero utili per motivare i genitori ad intraprendere un tale percorso di cambiamento?

La fase delle dimissioni è un momento molto delicato perché l'esito dipende non solo dal percorso del minore, ma anche da una seria e ponderata valutazione delle capacità genitoriali maturate fino a quel momento, assieme ai referenti dei Servizi Inviati. Le dimissioni di un minore dalla comunità possono avvenire per diversi motivi:

- Per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici da parte del minore.
- Il raggiungimento del limite di età massimo consentito dall'accoglienza presso la nostra struttura (14 anni).

- Messa in atto di comportamenti antisociali gravi (inosservanza delle regole, agiti violenti verso il personale e gli altri utenti, etc).

In ogni caso, le dimissioni sono concordate con i Servizi Inviati, anche nei casi peraltro molto rari di emergenza, per i quali potrebbero essere precedute da un intervento dei sanitari del 118 o da un ricovero. La destinazione, successiva alle dimissioni del minore, dipende dai traguardi evolutivi raggiunti o meno dal minore e dai genitori:

- Rientro a casa del minore.

Dopo un periodo che può variare da 1 anno a 2 anni, nel caso in cui gli obiettivi terapeutici siano stati raggiunti e i genitori, dopo il percorso compiuto in comunità e con i Servizi, abbiano sviluppato buone capacità di contenimento educativo e cura del minore, il minore può rientrare a casa, dove assieme alla famiglia continuerà il proprio percorso terapeutico attraverso un accesso alle cure territoriali.

Con il raggiungimento del limite di età massimo consentito e/o parzialmente degli obiettivi terapeutici

prefissati, qualora i bisogni ancora presenti non consentano un rientro a casa, si concorda con i Servizi il trasferimento del minore presso un'altra struttura. Questo tipo di scelta può avvenire anche a causa dell'inadeguatezza dell'ambiente familiare non solo a favorire la crescita del figlio/a, ma anche a mantenere i risultati raggiunti nel percorso all'interno della nostra Comunità.

Il trasferimento presso un'altra struttura può avvenire anche a causa dei gravi comportamenti violenti messi in atto in modo reiterato dal minore e a causa dello scarso esito ottenuto dai vari strumenti messi in campo per favorire l'evoluzione del minore.

Il modello di intervento della nostra comunità prevede che i colloqui con i genitori siano tenuti almeno una volta ogni due settimane, alla presenza dello psicoterapeuta e di uno dei Tutor di riferimento del minore; per genitori che risiedono molto lontani il colloquio si tiene una volta al mese. Se necessario, talvolta i colloqui si tengono periodicamente con uno dei genitori in modo alternato, non solo nei casi di genitori separati, ma anche nei casi in cui uno dei due ha difficoltà ad esprimere il proprio pensiero per la posizione dominante dell'altro nella scena

comunicativa. Oltre a questo, si verificano frequenti scambi telefonici e video contatti settimanali.

I colloqui vengono realizzati per motivi diversi:

- Trovare un significato condiviso ai drammatici accadimenti antecedenti all'ingresso in comunità attraverso la rielaborazione della genesi e dello sviluppo del disturbo;
- Aiutare i genitori a sviluppare un atteggiamento più consapevole e responsabile nei confronti della sofferenza psichica del/della figlio/a, attraverso il recupero della dimensione fenomenologico-esistenziale dei disturbi psichici e comportamentali.

La dimensione fenomenologico-esistenziale dei disturbi psichici si concentra sulla descrizione del vissuto soggettivo del paziente, mettendo al centro l'esperienza personale del disagio anziché una semplice etichetta diagnostica. Si analizza il "come" un minore sperimenta la propria realtà, concentrandosi su come essa è vissuta e come questi si relaziona con il mondo e con sé stesso. Questo approccio cerca di cogliere la struttura esistenziale sottostante al disturbo, considerandolo un

‘modo diverso di essere nel mondo’ piuttosto che una deviazione dalla norma. Se la diagnosi imbriglia la persona del minore in una sorta di foto istantanea (che a guardar bene è paradossale in relazione al fatto che la personalità in età evolutiva è per sua natura in divenire continuo), con la focalizzazione sui suoi vissuti inerenti non solo al sentire sé stesso in rapporto a tutto ciò che lo circonda, ma anche in rapporto con un suo mondo interiore, la dimensione fenomenologico-esistenziale vuole elaborare un filmato che colga le varie sfumature dinamiche;

- Favorire nei genitori una migliore gestione della loro emotività espressa, che è spesso causa di forti conflitti e tensioni, soprattutto se il minore inizia ad uscire con i genitori;
- Raccogliere la storia della famiglia e degli eventi traumatici, anche transgenerazionali, per una maggiore condivisione delle cosiddette trame storiche e una maggiore visualizzazione di eventuali ripetizioni del trauma (coazione a ripetere).

I colloqui con i familiari sono molto importanti perché permettono di sondare e modificare, da un lato, il livello di consapevolezza sulle problematiche psichiche e comportamentali del minore e dall'altro l'insieme delle aspettative che essi nutrono nei confronti del percorso di cura. Anche qui, spesso ci si imbatte ancora una volta in una forte ambivalenza, soprattutto nei casi di genitori molto disfunzionali e conflittuali tra loro e gli altri.

Spesso nella rappresentazione del minore, essi oscillano in modo pindarico tra la rappresentazione grandiosa del figlio, tralasciando aspetti gravemente disfunzionali anche molto evidenti, fino a visione depressiva e svalutante dello stesso, misconoscimento di qualità e capacità positive.

Per evitare fraintendimenti o atteggiamenti manipolatori, nella comunicazione sull'andamento del percorso terapeutico del figlio/a, più che un corretto inquadramento diagnostico, più consono ai medici e agli specialisti, per stabilire un terreno comune nella comunicazione con i genitori, è molto più adatto concentrarsi sul funzionamento bio-psico-sociale del minore, per far emergere e condividere con loro

aspettative più realistiche nel presente e nel futuro (De Crescente e D'Elia, 2012).

In passato la famiglia si basava su una rigida separazione dei ruoli: al padre spettava l'autorità e il compito di far rispettare le regole, mentre alla madre veniva affidata la sfera dell'affetto e della cura. In tempi recenti se questo approccio è stato abbandonato per l'avvento di una alternanza più fluida dei due modelli; tuttavia, sono emerse allo stesso tempo delle gravi carenze sul piano della genitorialità, da parte spesso di uno o nel peggiore dei casi, di entrambi i genitori, dovute da un lato ad aspetti psicopatologici e dall'altro ad una fragilità, immaturità e difficoltà ad affrontare e gestire i conflitti.

Gli aspetti psicopatologici dei modelli familiari, che finora si sono riscontrare nel nostro lavoro di comunità, riguardano schemi di comportamento disfunzionali nei seguenti ambiti:

- Conflitti e aggressività: difficoltà nel gestire i conflitti, con conseguenti esplosioni di rabbia o aggressività, inclusi abusi fisici e psicologici.
- Comunicazione inefficace: una scarsa comunicazione è spesso accompagnata da una

mancanza di supporto emotivo e di sintonizzazione con i bisogni affettivi reciproci. Nell'espressione dei messaggi non vi è coerenza emotiva tra i contenuti, lo sguardo, la mimica e il tono di voce.

- Manipolazione emotiva: uso del senso di colpa o delle minacce per controllare gli altri membri della famiglia, che può portare a sentimenti di colpa cronica o passività aggressiva nell'età adulta.
- Incapacità di gestione dei ruoli: difficoltà nel gestire i ruoli e le funzioni all'interno della famiglia, che può portare a una perdita di equilibrio e a problemi psicologici.
- Modelli di attaccamento disfunzionali: modelli familiari rigidi o non flessibili possono portare a schemi relazionali che ostacolano il sano sviluppo dei membri.

Le possibili conseguenze sui minori di tali modelli familiari disfunzionali, che emergono più spesso nel percorso terapeutico in comunità, possono essere così riassunte:

1) Identità instabile: formazione di un'immagine e di una percezione di sé frammentata e ambivalente, con la

conseguente messa in atto di comportamenti contrastanti e incoerenti.

2) Impulsività e comportamenti anticonservativi: comportamenti impulsivi aggressivi verso gli altri (uso indiscriminato della violenza), e verso sé stessi, come abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici fino condotte parasuicidarie.

3) Instabilità affettiva: marcate reazioni emotive e disregolazione emotiva, come episodi di intensa disforia, irritabilità o ansia, depressione.

4) Sentimenti di vuoto: vissuti di dissociazione e de-realizzazione, accompagnati da sentimenti cronici di vuoto, rarefazione emotiva e disturbi del pensiero.

La scuola che si prende cura

La voce della Scuola in quanto contesto di cura, di accoglienza e di costruzione di legami

Renata De Grandi

La Scuola che si prende cura: si è voluto dare questo titolo all'intervento della Scuola in quanto, di fatto, aderente alla realtà.

Sgomberiamo tuttavia il campo da errate interpretazioni della parola "cura" in ambito scolastico: la cura, in questa prospettiva, non si concretizza in assistenzialismo. Si tratta, per la Scuola, di un atto pedagogico intenzionale, volto a sostenere una crescita quanto più possibile armonica e integrata degli alunni, anche quando il fardello con il quale si presentano alle porte è davvero molto, troppo pesante.

La "Scuola che si prende cura" è una Scuola che riconosce la dimensione affettiva dell'apprendimento e che si impegna a creare un contesto di sicurezza

psicologica, all'interno del quale ciascun alunno possa sentirsi visto, ascoltato e riconosciuto. E, per quanto in nostro potere, almeno parzialmente sgravato da quello scomodo bagaglio.

La Scuola come supporto terapeutico

La Comunità Terapeutica Villa Arnaldi e l'Istituto Comprensivo "Antonio Fogazzaro" di Noventa Vicentina perseguono, di fatto, il medesimo obiettivo - e cioè il bene, la formazione, l'affrancamento, la cura dei ragazzi - anche se attraverso strumenti parzialmente diversi.

L'accoglienza all'interno della Scuola si compone di diverse fasi.

La prima di queste può essere definita più onestamente come la reazione ad un "allarme rosso", ad un possibile pericolo di rottura di equilibri, di mancanza di strumenti, di inadeguatezza per una corretta gestione del "caso". Questo, almeno, quanto accadeva nei primi tempi.

A questo proposito, è utile sottolineare come un'accoglienza all'interno dei tempi di iscrizione "regolari" comporti un iter lineare se confrontato con

quello di un'accoglienza in corso d'anno e, soprattutto, in situazione acuta.

Un'accurata descrizione del ragazzo – storia familiare, caratteristiche, situazione clinica ed eventuali aspetti disfunzionali, punti di forza, o da rafforzare – ad opera del Responsabile Clinico della Comunità, ha luogo in via preliminare in presenza della Dirigenza Scolastica, dei Referenti per l'Inclusione interni, della figura professionale della Comunità con incarico di referente per la Scuola.

Cisi preoccupa al contempo di ricostruire la “storia scolastica” del ragazzo (spesso accidentata e cosparsa di interruzioni nel corso del tempo), nonché di eventuali risorse a supporto (Docente di Sostegno, Operatore Socio-Sanitario, Assistente alla comunicazione etc.). Nella maggior parte dei casi tali risorse non sono disponibili, data l'assenza di un pregresso percorso valutativo e della conseguente mancanza di assegnazione. Oppure, laddove assegnate, dette risorse non seguono – fisicamente- il ragazzo nel nuovo contesto scolastico.

Fanno parte della strutturata e complessa fase di organizzazione dell'accoglienza aspetti interni di particolare importanza quali la scelta della classe di

destinazione (qual è il gruppo classe maggiormente inclusivo ed empatico, e che verosimilmente meglio saprà accogliere quel preciso ragazzo, con le sue specifiche caratteristiche?) nonché la presenza o meno, all'interno della classe, di risorse di sostegno in grado di sopperire, almeno in un primo tempo, alla mancanza di risorse specifiche e dedicate.

Reazione, allarme, mancanza, caso, inadeguatezza, interruzione, tutte queste ed altre definizioni ci fanno capire quanto la Scuola non sia, almeno in prima battuta, strutturalmente e naturalmente pronta ad accogliere al suo interno ragazzi e ragazze con storie di vita e percorsi scolastici così difficili e scomposti.

L'aspetto fondamentale che la Scuola – per sua naturale essenza – è tenuta a prendere in carico è certamente l'aspetto didattico.

Quando parliamo di Scuola che si prende cura, parliamo di una Scuola che non si limita ad istruire ma che accoglie, ascolta e accompagna.

È utile, tuttavia, tener presente che questa forma di cura - così umana, così necessaria- comporta una sfida enorme

quando dev'essere applicata all'azione didattica nei confronti di bambini e ragazzi che stanno vivendo esperienze familiari destabilizzanti, percorsi scolastici frammentati e a volte difficili perfino da ricostruire o che, addirittura, provengono da lunghi periodi di mancata scolarizzazione.

Arrivano con un bagaglio di vita molto più pesante di quanto la loro età non possa umanamente sopportare, e il loro rapporto con la scuola è spesso segnato da delusione o sfiducia. È un rapporto indebolito, in larga parte da ricostruire.

E quando tornano in un'aula, la scuola può rappresentare per loro tanto una speranza quanto una minaccia: perché significa esporsi, rientrare nel mondo dei pari, misurarsi di nuovo con la paura di fallire.

Serve dunque una Scuola capace di pianificare, di adattarsi, di essere flessibile – flessibilità è una parola chiave in questo processo - e serve una Scuola intenzionalmente inclusiva.

Servono, poi, risorse umane quanto più possibile empatiche. Se l'empatia è un aspetto che tutti i docenti dovrebbero curare nei confronti di tutti gli alunni, si può

immaginare quanto lavoro di prudente avvicinamento, di discreto affiancamento, di vigile osservazione sia fondamentale da parte dei docenti nel relazionarsi con questi bambini e con questi ragazzi "di cristallo".

L'approccio empatico in ambito scolastico implica una trasformazione del ruolo dell'insegnante: da trasmettitore di conoscenze a mediatore affettivo e regolatore socio-emotivo. Il docente empatico adotta strategie comunicative basate sull'ascolto attivo, sulla validazione emotiva e sull'uso intenzionale del linguaggio non verbale per creare un clima di sicurezza psicologica.

Parliamo dunque di:

1. Ascolto attivo e validazione emotiva: abbiamo imparato che è fondamentale riconoscere e legittimare i vissuti emotivi di questi alunni, evitando giudizi e semplificazioni.

Evitando quanto più possibile di chiedere. Si comprenderà bene che la cautela, nell'approcciarsi a questi ragazzi, non è mai sufficiente.

2. Ripartire dalle loro esperienze positive e dalle loro competenze, tante o poche che siano, e certamente non

dalle carenze, che a volte sono enormi. È un modo per restituire dignità e motivazione.

3. Costruire percorsi modulari e personalizzati. Servono obiettivi a breve termine, chiari e raggiungibili, che permettano agli studenti di sperimentare piccoli successi e di recuperare fiducia.

4. Integrare linguaggi diversi. Per chi ha vissuto una media o lunga assenza dalla scuola, il linguaggio scritto può essere fonte di ansia, come abbiamo avuto modo di sperimentare in più occasioni. Si utilizzano quindi spesso, soprattutto nelle fasi di inserimento, altri linguaggi - il linguaggio visivo, quello corporeo, la narrazione, l'arte, la musica, la tecnologia. Tutto ciò che permette di comunicare e di apprendere attraverso canali alternativi a quello scritto risulta utile ed efficace nell'attivare processi cognitivi e relazionali più inclusivi.

5. Promuovere l'apprendimento cooperativo, per costruire e ricostruire legami con i pari, spesso sfilacciati e/o conflittuali, e senso di appartenenza al gruppo.

6. Ritmare il tempo didattico in modo flessibile. Gli alunni che hanno vissuto discontinuità scolastiche hanno bisogno di un tempo più lento, di possibilità di recupero, di momenti di pausa. La fretta è nemica

dell'apprendimento significativo, più che mai in queste situazioni.

La lentezza, come abbiamo sperimentato in diverse occasioni, può diventare un atto pedagogico di cura.

7. Offrire attività laboratoriali pomeridiane che favoriscano la socializzazione, l'autonomia e, soprattutto, che permetta loro di coltivare i loro interessi e le loro passioni. In questo senso, si stanno concretizzando situazioni di maturazione, apertura, crescita di autostima attraverso laboratori e lezioni individuali di musica e canto.

La cura dell'aspetto umano rappresenta senz'altro, in questo complesso processo, la sfida più grande.

Come già accennato, è probabile che in prima battuta questi ragazzi vengano vissuti dalla Scuola che li accoglie come dei "casi". Sono ragazzi che spaventavano, che fanno temere di non essere all'altezza, che fanno pensare di aver bisogno di molto più che una preparazione di docente.

Di fatto, qualcuno di questi ragazzi è in grado di mettere alla prova, in alcuni casi anche duramente. Molto spesso sono in balia di una solida diffidenza. A volte richiedono una vigilanza stretta, in altre occasioni necessitano di

conforto o contenimento in diversi momenti della giornata scolastica.

Tuttavia, abbiamo imparato a vederli come persone, e non più come "casi".

Regolarmente, con ognuno di questi bambini e ragazzi abbiamo osservato e osserviamo che, a fronte di un contesto familiare instabile, il legame con una figura adulta significativa all'interno del contesto scolastico diventa una sorta di àncora, un punto fermo in mezzo al caos.

La Scuola può diventare — e spesso diventa — un importante spazio di sicurezza emotiva, il luogo del legame sostitutivo, o meglio, del legame di compensazione.

È un legame in grado di offrire continuità, prevedibilità e fiducia.

La Scuola che si prende cura, in quest'ottica, è anche una Scuola che accetta la sfida di ricostruire fiducia, di riattivare curiosità, di restituire senso all'apprendimento e al sapere.

La cura della Scuola nei suoi aspetti organizzativi e pratici

Barbara Satin

I.C. "A. Fogazzaro" – Noventa Vicentina - VI

L'Istituto Comprensivo "A. Fogazzaro" di Noventa Vicentina accoglie alunni che vivono presso la Comunità Terapeutica "Villa Arnaldi", struttura situata nel territorio comunale che ospita minori con un'età compresa tra i 10 e i 14 anni. I minori risultano in obbligo di frequenza scolastica e devono continuare il loro percorso formativo. L'iscrizione presso il nostro Istituto viene preceduta da colloqui conoscitivo- organizzativi con la responsabile scuola della Comunità al fine di permettere l'attivazione di tutte le risorse necessarie al miglior percorso scolastico dell'alunno: Docenti di Sostegno, Operatori Socio-Sanitari, Educatori. Questa fase iniziale del percorso può prevedere più incontri e vari contatti con la scuola di provenienza. È infatti, indispensabile raccogliere informazioni sul precedente percorso, nonché tutta la documentazione necessaria per poter avviare il complesso iter di richiesta delle risorse. La scuola deve

attivarsi a diversi livelli e su più fronti: la richiesta e l'assegnazione del docente di sostegno, se previsto dal percorso di valutazione, avviene attraverso l'Ufficio Scolastico Provinciale – nel caso del nostro istituto, l'UAT di Vicenza. La richiesta di altre risorse necessarie quali l'Operatore Socio-Sanitario, l'Educatore o l'Assistente alla comunicazione deve essere invece inoltrata al Comune/ULSS di residenza dell'alunno, seguendo procedure differenti a seconda della zona di residenza. Il confronto è inoltre fondamentale per conoscere il vissuto dell'alunno al fine di pianificarne in modo puntuale l'inserimento scolastico. Questa fase rappresenta infatti un momento importante e va curato con molta attenzione, considerando i punti di forza e di debolezza dell'alunno, partendo dal presupposto che egli giunge in un contesto a lui nuovo, dove non conosce persone, ambienti, luoghi non solo all'interno del contesto scolastico ma anche al di fuori di esso, sul territorio. Risulta perciò fondamentale fin da subito prevedere delle figure di riferimento, possibilmente stabili, che possano dare sicurezza all'alunno durante la sua permanenza a scuola. La flessibilità è un punto chiave per garantire un percorso funzionale: in base alle necessità legate al vissuto

dell'alunno e all'equilibrio ancora poco stabile all'interno del nuovo contesto è importante modulare orari e interventi, prevedere un percorso di inserimento graduale ma continuo, con frequenti adattamenti di orario dei docenti in relazione alla frequenza dell'alunno, per il tempo necessario al suo completo inserimento.

In base alle necessità dell'alunno la scuola prevede due possibili azioni di inserimento: nelle situazioni più difficili si ritiene opportuna la conoscenza dell'alunno direttamente in Comunità, in un ambiente a lui noto. In questo modo i docenti instaurano un primo contatto con l'alunno prima dell'arrivo a scuola e possono mettere in atto fin da subito strategie e modalità di interazione funzionali all'inserimento, momento particolarmente delicato e vincolante per un sereno percorso scolastico. In queste situazioni la flessibilità che mette in atto la scuola in termini di orari e risorse è alta ma indispensabile per il percorso dell'alunno.

In altre situazioni, invece, l'inserimento è attivato direttamente in ambiente scolastico con tempi e modalità specifiche per ogni alunno.

Alcuni inserimenti vanno a buon fine nell'arco di poche settimane, altri necessitano invece di qualche mese.

Al fine di garantire il benessere dell'alunno è necessario a volte modularne l'orario di frequenza. Fin da subito viene individuata e condivisa una programmazione personalizzata che parte dalle conoscenze/competenze già acquisite e che preveda l'utilizzo di strategie e modalità di intervento specifiche per ogni alunno. Per favorire una maggiore inclusione all'interno della comunità scolastica vengono condivisi i progetti pomeridiani attivati dalla scuola per organizzare un'eventuale partecipazione di alcuni alunni, sempre considerando le singole inclinazioni.

Il percorso scolastico non è sempre lineare. Si presentano a volte inattese battute d'arresto, altre volte emergono difficoltà superabili solo grazie al continuo confronto e alla collaborazione di tutte le figure coinvolte nel percorso educativo-didattico dell'alunno.

La condivisione degli obiettivi non riguarda solamente i tempi e i percorsi della scuola, ma è pensata con un respiro più ampio, a lungo termine, e si cura di creare nel ragazzo competenze utili al suo progetto di vita.

Il periodo scolastico all'interno dell'I.C. "A. Fogazzaro" è un segmento che cerca utilmente e significativamente di unirsi al precedente e al successivo, e con questi di

armonizzarsi, con la primaria finalità di fornire al ragazzo gli strumenti di base utili alla costruzione di un futuro dignitoso, consapevole e quanto più possibile felice.

La cura a scuola: tra fragilità, apprendimento e crescita

Erika Isatto

L'esperienza quotidiana nella scuola mostra come la cura, all'interno del contesto educativo, non sia un concetto astratto, ma un impegno concreto e relazionale. Lavoro come psicologa della comunità terapeutica per minori, ma gran parte del mio tempo si svolge nella scuola.

Seguo dodici ragazzi inseriti tra la scuola Primaria, Secondaria di primo grado (su due sedi) e la scuola Secondaria di secondo grado. Tutti vivono un doppio percorso — educativo e terapeutico — che richiede un costante equilibrio tra cura e apprendimento.

Si tratta di ragazzi con disturbi psichiatrici e situazioni familiari complesse, spesso segnate da traumi, trascuratezza o conflittualità. Ciò che più colpisce, oltre alla fatica, è il loro desiderio di appartenenza: il bisogno profondo di essere riconosciuti come parte di una comunità scolastica, non solo come “ragazzi della comunità”.

In particolare, presso l'Istituto A. Fogazzaro di Noventa Vicentina, ho il privilegio di lavorare in un presidio in cui posso offrire il mio supporto: qui i ragazzi sanno di potermi trovare quando la rabbia prende il sopravvento, quando una crisi esplode o quando serve semplicemente qualcuno che li ascolti. Rimango in ogni caso a disposizione di tutti gli altri nostri alunni pazienti, iscritti ad altre scuole, in sedi che è necessario siano facilmente raggiungibili.

Allo stesso tempo, collaboro con gli insegnanti, dirigenti e personale educativo per affrontare insieme momenti di difficoltà, elaborare strategie e sostenere il gruppo classe. Mi occupo anche di tutti gli aspetti organizzativi e amministrativi legati alla loro presenza a scuola: dai contatti con genitori, tutori e servizi sociali, alla gestione della documentazione scolastica e clinico-amministrativa (PEI, PDP, relazioni psicologiche, certificazioni disabilità, Legge 104, aggiornamenti diagnostici, comunicazioni scuola-servizi sociali-famiglie), fino alla partecipazione ai GLO (gruppo di lavoro operativo per l'inclusione), alla cura degli aspetti legati a esami, iscrizioni, uscite scolastiche, libri di testo e gestione dei compiti scolastici.

In questo intreccio di responsabilità si gioca la mia funzione: essere ponte tra scuola, famiglia, comunità terapeutica e territorio.

Come ricordano Kurt Lewin e Urie Bronfenbrenner (1979), lo sviluppo e la crescita del bambino non avvengono in isolamento, ma all'interno di una rete di sistemi interconnessi — famiglia, scuola, gruppo dei pari, comunità — che si influenzano reciprocamente. Secondo la Teoria Ecologica dello Sviluppo Umano, la scuola è un microsistema centrale, un contesto in cui si costruiscono identità, senso di appartenenza e fiducia. Lewin sottolinea l'importanza del "campo" come insieme dinamico di forze che condizionano il comportamento: ogni bambino è influenzato dalla totalità del suo ambiente. Bronfenbrenner evidenzia che la scuola, interagendo con microsistemi vicini (famiglia, comunità terapeutica) e con contesti più ampi (politiche educative, cultura sociale), può agire come fattore protettivo o, al contrario, amplificare fragilità preesistenti.

Per i ragazzi fragili, quindi, la scuola non è solo luogo di apprendimento, ma spazio relazionale dove l'interazione tra sistemi può favorire resilienza, costruzione di legami sicuri e sviluppo di competenze socio-emotive.

Per i ragazzi fragili, però, la scuola può essere un terreno ambivalente: luogo di possibilità e, allo stesso tempo, di minaccia. Se trovano adulti accoglienti, la scuola diventa un'esperienza di riparazione e di fiducia; se incontrano rigidità e incomprensione, può trasformarsi in un luogo traumatico.

Nell'età evolutiva e nella preadolescenza (i nostri ragazzi vanno dai 10 ai 15 anni circa) la funzione educativa della scuola si intreccia con quella affettiva: il legame con figure adulte significative (neuropsichiatri, insegnanti, psicologi, educatori) diventa una base sicura per esplorare, apprendere e crescere. Secondo le teorie dell'attaccamento di Bowlby (1969) e Ainsworth (1978), la presenza costante e affidabile di adulti significativi, non solo favorisce sicurezza emotiva e fiducia nella relazione, ma supporta anche la regolazione delle emozioni, la resilienza e la capacità di affrontare nuove esperienze. In questo senso, la scuola può funzionare come "base sicura" estesa, dove il ragazzo fragile trova coerenza, prevedibilità e sostegno emotivo, elementi fondamentali per sviluppare autonomia e competenze sociali.

Il mio ruolo, all'interno di questo sistema, è quello di fare da ponte: tra il ragazzo e la classe, tra la scuola e la

comunità terapeutica, tra il mondo educativo e quello clinico. Tradurre comportamenti in significati, emozioni in parole, crisi in occasioni di crescita. In collaborazione con gli insegnanti, il compito di psicologa a scuola è cruciale nel promuovere una cultura relazionale che favorisca crescita affettiva, sicurezza emotiva e inclusione.

Carol Gilligan (1982), nella sua *Ethic of Care*, descrive la cura come un atto morale fondato sull'ascolto e sul riconoscimento dell'altro. Nel contesto scolastico, questo significa che la relazione educativa non si limita alla trasmissione di contenuti, ma implica una responsabilità verso l'altro: comprendere i bisogni emotivi del ragazzo, riconoscere le sue difficoltà e sostenerne lo sviluppo affettivo.

Noddings (1984) sottolinea che la cura richiede presenza autentica, empatia e reciprocità, affinché il ragazzo percepisca di essere realmente "tenuto a cuore". La cura non è, quindi, un gesto formale o astratto, ma un processo concreto di ascolto, attenzione e risposta alle esigenze individuali, capace di trasformare momenti di fragilità in opportunità di crescita e fiducia.

Insieme, le prospettive di Gilligan e Noddings enfatizzano che la cura a scuola si realizza nella qualità delle relazioni

quotidiane: l'adulto che ascolta, accoglie e riconosce il ragazzo offre uno spazio sicuro dove emozioni e pensieri possono emergere, essere elaborati e tradotti in comportamenti adattivi.

Nel presidio a noi dedicato, ogni colloquio nasce da un bisogno emotivo. A volte un ragazzo entra furioso, altre volte in silenzio. Lo sguardo cerca ciò che non viene detto: la rabbia che nasconde paura, il silenzio che cela vergogna, l'ironia che difende dal dolore, l'ansia legata a sentimenti di impotenza e intolleranza dell'incertezza.

Ogni comportamento ha un messaggio affettivo; riconoscerlo è il primo passo per prendersene cura.

Ogni episodio diventa momento di accoglienza, contenimento e gestione delle emozioni, con conseguente rinforzo a ritornare in classe e con la presa in carico di risolvere la difficoltà percepita, sia emotiva sia pratica, in collaborazione con la figura scolastica di riferimento.

Il pensiero psicoanalitico offre tre lenti preziose per leggere la cura nel contesto scolastico:

Melanie Klein (1935, 1946) parla della posizione depressiva e del movimento riparativo: il desiderio di ricucire ciò che si teme di aver danneggiato. Dietro esplosioni di rabbia

spesso si nasconde paura della perdita del legame e la possibilità di riparazione diventa un primo passo verso la fiducia. La teoria di Klein evidenzia quanto i comportamenti oppositivi o aggressivi possano nascondere un bisogno di conferme affettive e di sicurezza relazionale.

Wilfred Bion (1962) introduce la funzione di contenimento (container-contained): accogliere il caos emotivo, elaborarlo e restituirlo in forma pensabile (alfa e beta). Questo vale sia per i ragazzi sia per gli insegnanti, che portano ansia, frustrazione e senso di impotenza. La capacità dell'adulto di contenere permette al ragazzo di dare forma alle proprie emozioni, di riconoscere e regolamentare stati interni difficili, e al gruppo classe di funzionare in maniera più sicura.

Donald Winnicott (1965) parla di ambiente sufficientemente buono e holding: il "tenere" e il "sostenere" che permette al bambino di esplorare senza sentirsi in pericolo. La scuola, se ben accompagnata, può diventare questo ambiente protettivo, favorendo crescita e sicurezza emotiva. La creazione di spazi prevedibili e non giudicanti consente ai ragazzi fragili di sperimentare fiducia, autonomia e possibilità di riparazione emotiva.

Esempi clinici illustrano questi concetti: Giovanni, ragazzo con disturbo oppositivo-provocatorio, mostra rabbia come ricerca disperata di conferme; Giulia, con difficoltà a gestire pianto e ansia, può comunicare solo quando si sente contenuta; Martina, con bassa autostima e disturbi alimentari, riesce a esplorare la propria identità solo in un contesto prevedibile e non giudicante.

Altri volti della fragilità

- Edoardo, con disturbo paranoide e dislessia severa, affronta ogni errore come umiliazione; con lavoro paziente e collaborazione scuola-comunità, ogni piccolo successo diventa segnale di realtà condivisa.
- Luisa, con difficoltà cognitive e instabilità emotiva, richiede quotidianità prevedibile e contenimento continuo.
- Matteo, adolescente rientrato dopo lungo periodo di dispersione scolastica e dipendenza tecnologica, recupera motivazione e relazione grazie a micro-obiettivi e dialogo reale con insegnanti e tutor della Comunità.

Tutti questi ragazzi portano con sé famiglie difficili, reti fragili, storie interrotte. La scuola, per loro, è spesso l'unico luogo dove la relazione educativa assume valore terapeutico.

La cura non è possibile senza rete solida: collaboro quotidianamente con responsabili inclusività, insegnanti curricolari e di sostegno, coordinatori didattici e colleghi. Insieme costruiamo percorsi personalizzati non solo per la didattica, ma anche per la gestione della giornata scolastica, strategie condivise per affrontare crisi, mediazione tra compagni e dialogo con le famiglie.

Cyrułnik (2002) mostra come la resilienza emerga da contesti relazionalmente sicuri e sostenenti, in cui il bambino percepisce di essere visto, accolto e supportato nonostante le difficoltà. Ryan (2000), attraverso la Teoria dell'Autodeterminazione, evidenziano che la motivazione intrinseca nasce dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali di autonomia, competenza e relazione.

Applicato alla scuola dei ragazzi fragili, ciò significa che gli adulti devono creare ambienti prevedibili, sicuri e ricchi di relazioni affidabili, dove gli errori diventano opportunità di apprendimento e ogni successo, anche piccolo, viene riconosciuto come tappa significativa di crescita

personale. In questo modo, la scuola non solo insegna contenuti, ma diventa un contesto che sostiene la costruzione di sé, la fiducia nelle relazioni e la capacità di affrontare nuove sfide.

Presidi psicologici stabili, formazione continua per docenti e coordinamento con i servizi sono fondamentali per fare della scuola un luogo di sviluppo e crescita di salute mentale e sociale.

La scuola non è solo luogo di apprendimento, ma spazio privilegiato per sviluppare intelligenza emotiva e competenze socio-relazionali. L'intelligenza emotiva, come evidenziato da Goleman (1995), consiste nella capacità di riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni e quelle altrui e rappresenta un prerequisito per relazioni sane e autoregolazione comportamentale.

Le competenze relazionali e socio-emotive — abilità di collaborazione, empatia, risoluzione dei conflitti e autoregolazione —, secondo Weissberg (2003), favoriscono la partecipazione attiva, la coesione del gruppo e il successo scolastico. Applicate ai ragazzi fragili, queste capacità permettono di trasformare la fragilità in linguaggio e risorsa: i vissuti emotivi vengono riconosciuti, elaborati e convertiti in strumenti di crescita.

In questo contesto, la relazione educativa — pensata, condivisa e sostenuta — diventa la forma più alta di cura, capace di promuovere sicurezza, fiducia e resilienza.

La scuola dei ragazzi fragili dovrebbe quindi fondarsi su relazioni affidabili e sicure: Bowlby e Ainsworth sottolineano l'importanza della base sicura; Klein, Bion e Winnicott ricordano quanto il contenimento e la possibilità di riparazione emotiva siano centrali; Gilligan e Noddings concepiscono la cura come un'etica relazionale che si esprime attraverso presenza autentica, empatia e reciprocità; Cyrulnik e Deci e Ryan mostrano come resilienza e motivazione nascano da contesti relazionali sicuri e sostenenti; infine, Goleman e Weissberg ricordano che l'intelligenza emotiva e le competenze socio-relazionali sono fondamentali per apprendere e crescere. Ogni giorno, nel presidio scolastico, incontriamo ragazzi che portano con sé dolore, rabbia, paura e frustrazione, ma anche forza straordinaria. La domanda che si percepisce sempre è: "Posso fidarmi di te? Mi stai vedendo veramente? Credi e crederai in me, nonostante tutto?"

La cura a scuola comincia da questa domanda e dalla risposta silenziosa: esserci, con coerenza, pazienza e ascolto. Piccoli gesti — uno sguardo, una parola, una pausa — possono fare la differenza tra sentirsi esclusi e sentirsi parte.

Il ruolo dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) nelle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP)

Michela Montagna

Le Comunità Terapeutiche Riabilitative per minori offrono uno spazio di accoglienza e di cura a ragazzi che affrontano situazioni di emergenza e disagio.

L'Operatore Socio-Sanitario assume in questo contesto un ruolo centrale, non limitandosi all'assistenza di base, ma offrendo una presenza costante e qualificata per il benessere globale dei minori accolti.

L'operatore in questo contesto diviene il "collante" tra la dimensione assistenziale, educativa e terapeutica.

Come detto quindi, l'Operatore è il primo punto di riferimento nella gestione dei bisogni primari dei ragazzi: si occupa della cura della persona, con particolare attenzione al supporto nell'igiene personale, ma anche dell'accompagnamento nelle attività quotidiane e dell'organizzazione degli spazi di vita.

Andando oltre l'esecuzione dei compiti più pratici, deve essere in grado di cogliere i piccoli segnali emotivi dei ragazzi, spesso espressi attraverso comportamenti complessi o in modo "indiretto", con un approccio empatico e di ascolto attivo. Per fare questo, deve instaurare relazioni di fiducia, creando un clima di sicurezza e un ambiente che sappia essere accogliente in ogni momento di vita quotidiana, così che ogni ragazzo possa sentirsi davvero visto e ascoltato. Si può dire che l'OSS agisce come "presenza significativa" in grado di dare valore a tutti quei piccoli gesti quotidiani, sinonimo per i minori di momenti di rassicurazione e stabilità.

La formazione dell'OSS è strutturata su una solida base teorica e pratica negli ambiti assistenziale, igienico-sanitario e relazionale, tuttavia, il lavoro all'interno della nostra CTRP richiede molta capacità di adattamento e un'importante sensibilità educativa. Se a livello formativo apprende quindi tecniche di assistenza, gestione dell'emergenza e pillole di comunicazione, deve poi saper integrare queste competenze con un atteggiamento attento, rispettoso e proattivo, in grado di prendersi cura in maniera globale del minore accolto.

Esempio: confronto tra OSS in ambito assistenziale e OSS in CTRP.

Ognuno di noi proviene da ambiti lavorativi totalmente differenti, ma accumulati dal fatto che in ognuna di queste precedenti esperienze, l'ospite era trattato sotto un aspetto prettamente assistenziale.

L'OSS che opera in una RSA, ad esempio, si trova a curare persone anziane con quadri di fragilità fisica e patologie croniche: le attività principali sono rappresentate dall'assistenza sanitaria di base, il supporto nell'igiene personale e la somministrazione dei pasti, mettendo in secondo luogo l'aspetto relazione con l'ospite che di per sé è importante, ma si sviluppa in un ambiente strutturato e prevedibile in cui il focus principale rimangono la cura fisica e la prevenzione delle complicanze.

In una CTRP per minori, al contrario, l'OSS affronta dinamiche ben più complesse, rendendo necessario coniugare la parte assistenziale con un forte impegno educativo e relazionale. I ragazzi accolti in comunità terapeutica portano infatti con sé vissuti difficili, fragilità emotive e comportamenti a volte imprevedibili, che richiedono una maggiore capacità di adattamento, flessibilità e un'attenzione costante alla dimensione

psicologica e relazionale del paziente, oltre che organizzativa.

Il passaggio dall'esperienza in una struttura di tipo assistenziale a quella di una CTRP, quindi, può portare diverse sfide: è necessario affrontare un vero e proprio salto di qualità professionale e personale, mettendo da parte schemi consolidati e idee acquisite; solo così ci si può davvero mettere in gioco ed aprirsi a nuove modalità di intervento.

Non basta "fare assistenza": occorre sapersi coinvolgere, accettare la sfida dell'imprevedibilità, lavorare in équipe, ma soprattutto costruire relazioni significative che possano fare davvero la differenza nella vita dei ragazzi, diventando un punto di riferimento e una presenza stabile per il loro percorso di cura e di crescita.

Un elemento che distingue il lavoro dell'OSS all'interno della CTRP è la presenza su tutti i turni, inclusi quelli notturni. Questa continuità consente di conoscere in maniera approfondita i minori accolti, quali sono le loro abitudini, ma anche le loro fragilità e risorse, aiutandoli a percepire la comunità come un luogo protetto in cui non si interrompe mai il filo dell'assistenza.

Questo aspetto, inoltre, permette di intervenire in maniera tempestiva ed efficace, con risposte personalizzate e anticipando eventuali bisogni. Durante la notte, per esempio, la presenza vigile e discreta dell'operatore è spesso determinante nella prevenzione e gestione di crisi d'ansia, insonnia o momenti di regressione, e assicura un sostegno costante nei momenti di maggiore vulnerabilità. Uno degli aspetti più delicati, ma anche qualificanti, del lavoro dell'OSS è proprio la capacità di anticipare i bisogni, "pre-occuparsi" cioè "occuparsi prima", quindi anticipare e pre-vedere ciò che potrebbe accadere. In parole povere, significa osservare con attenzione, conoscere l'ospite e coglierne i segnali precoci di disagio, modificare e riadattare l'organizzazione delle attività e/o degli spazi, al fine di prevenire tutte quelle situazioni critiche che potrebbero accadere.

Questa attitudine si traduce in una vera e propria prassi operativa che tutela il benessere del ragazzo, favorendone una maggiore qualità della vita comunitaria.

Per esempio, essere in grado di riconoscere in anticipo i segni di un possibile conflitto, o di una crisi imminente, consente di intervenire con discrezione, proponendo

attività alternative o semplicemente garantendo una presenza rassicurante che può talvolta evitare l'insorgere di una situazione d'urgenza.

Ciò avviene solo se l'operatore assume un atteggiamento di ascolto attivo verso i ragazzi, senza mai interpretare ciò che può accadere, ma conoscendo le loro modalità relazionali, i loro conflitti, le loro preoccupazioni dovute al distacco dal nucleo familiare, la loro sofferenza nel doversi gestire da soli in un contesto, pur contenitivo, non familiare.

La conoscenza dell'altro, dunque, nelle sue dinamiche psichiche e comportamentali, è l'elemento di maggiore importanza nella relazione che si instaura tra operatori e ragazzi.

IL TUTOR OSS All'interno delle CTRP, i Tutor collaborano per il benessere e la crescita dei minori, diventando figure di riferimento che aiutano i ragazzi a superare le piccole - grandi – sfide di tutti i giorni.

Durante le ore serali, ad esempio, il Tutor offre attività rilassanti come lettura, musica classica o esercizi di respirazione guidata che possono aiutare il minore nella gestione di ansia e insonnia, favorendo un contesto

rassicurante che può ridurre il rischio di regressioni e conflitti.

Nella gestione dei conflitti invece, il Tutor agisce come mediatore neutrale, aiutando i ragazzi a verbalizzare i propri vissuti e a trovare soluzioni condivise. In caso di tensioni tra coetanei, può proporre un "cerchio di parola" dove ciascuno ha la possibilità di esprimere il proprio punto di vista in un clima di rispetto e ascolto reciproco: questo metodo aiuta a prevenire escalation e aiuta la responsabilizzazione individuale, insegnando ai ragazzi strategie di comunicazione assertiva, conoscenza e gestione delle proprie emozioni.

Sul piano educativo, il Tutor accompagna il minore nella gestione delle sue emozioni e nella costruzione di una progettualità personale: supporta il ragazzo nella definizione di obiettivi individuali (es.: miglioramento dell'autonomia nell'igiene personale, cura di sé in generale, partecipazione attiva ai laboratori della comunità), valorizzandone ogni piccolo progresso e rinforzando la fiducia in sé stesso con riscontri positivi e personalizzati; questo approccio rafforza così il senso di autostima e favorisce una crescita equilibrata.

In questo senso, la funzione terapeutica dell'OSS si traduce proprio nell'essere "ponte" tra la dimensione personale del ragazzo e il percorso educativo-clinico proposto dalla struttura. È necessario che il Tutor OSS rilevi quindi i segnali precoci, come iniziali cambiamenti del comportamento, e li condivida tempestivamente con l'equipe multidisciplinare.

Un aspetto particolarmente delicato è la gestione delle proiezioni emotive dei ragazzi: spesso il minore manifesta le proprie ansie e insicurezze attraverso comportamenti che possono risultare poco riconoscibili o difficili da interpretare; in questi casi, il tutor OSS deve essere in grado di cogliere i segnali indiretti, le emozioni sottostanti e rispondere con un atteggiamento di ascolto attivo e non giudicante. Questo processo favorisce inoltre l'instaurarsi di processi identificatori positivi: il ragazzo, vedendo nell'operatore una figura stabile e comprensiva, può iniziare a riconoscere e gestire le proprie emozioni sviluppando gradualmente una maggiore indipendenza autoconsapevole; andare oltre la semplice autonomia pratica del minore, ma immergersi in una dimensione più profonda e complessa che riguarda la capacità di riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni,

bisogni e comportamenti in modo responsabile e consapevole.

Il percorso di crescita del minore, ovviamente, non è mai solitario e si costruisce attraverso obiettivi condivisi da tutti gli operatori della comunità nei diversi ambiti di intervento: operativo, assistenziale, educativo e psicologico. Questa sinergia costituisce la base del lavoro degli operatori, nei rispettivi ruoli, all'interno della comunità terapeutica: la capacità di lavorare insieme, di integrare le diverse prospettive e di costruire strategie comuni permette di offrire ai ragazzi un percorso di cura e crescita globale.

In conclusione, l'Operatore Socio-Sanitario nelle Comunità Terapeutiche per minori è un professionista in grado di integrare conoscenze tecniche, sensibilità psicologica e attenzione educativa: è un "facilitatore di progressi terapeutici" in grado di anticipare bisogni e offrire sostegno nei momenti di maggiore fragilità, garantendo una presenza costante e qualificata su tutti i turni.

Ruolo dell'educatore nella cura del legame

Miriam Gini

L'educatore socio-pedagogico rappresenta la figura ponte tra la nostra realtà comunitaria interna e possibili agganci con il territorio esterno, come già accennato nella parte riguardante la comunità terapeutica e l'inclusione sociale, ma non solo.

Accompagna assieme alle altre figure professionali i ragazzi nella loro routine quotidiana, occupandosi principalmente di tutti quegli aspetti socio-educativi come l'organizzazione e la progettazione di varie attività ed iniziative principalmente nella parte pomeridiana della giornata che portano la creazione di momenti condivisi in cui viene lasciata loro piena libertà di espressione. Attraverso questi momenti creativi strutturati emergono risorse ed abilità latenti nascoste nella quotidianità dai vari pensieri e comportamenti disfunzionali.

Il laboratorio espressivo proprio per questo nasce dalla necessità di fornire ai ragazzi accolti in struttura la possibilità di esprimersi attraverso canali creativo-

espressivi, differenti ed alternativi alle modalità utilizzate solitamente nei gruppi dove l'approccio terapeutico avviene attraverso la parola ed il dialogo.

All'interno del gruppo vengono proposte ogni volta attività diversificate, che comportano l'utilizzo di differenti tecniche espressive, dai pastelli, al gesso, all'acrilico su tela, alla manipolazione della creta...

Mettendo a disposizione di volta in volta materiali, strumenti e supporti su cui si andrà a lavorare diversificati il ragazzo può sperimentarsi in vari ambiti artistici capendo la modalità espressiva che più sente appartenergli e che meglio lo aiutano ad esprimere i propri stati d'animo ed emozioni vissute o che sta vivendo in questo periodo della sua vita in comunità. Il canale artistico diventa un'importante risorsa d'espressione e comunicazione di contenuti interni.

Alcuni ragazzi inizialmente si avvicinano al materiale artistico con molta titubanza, non vogliono sporcarsi le mani o ammettono di non avere idee o di non essere grado di disegnare. (Premessa che facciamo ad ogni inizio gruppo, non si deve essere per forza bravi nel disegno per fare dell'arte, ognuno è libero di esprimersi in un ambiente protetto e non giudicante).

Entrando nel vivo ora vediamo 3 tipologie di laboratori sul legame, senso di unicità ed appartenenza al gruppo:

1) Abbiamo appeso con i ragazzi un foglio alla parete e i ragazzi a turno dipingevano bendati a ritmo di musica la propria traccia nel foglio con tempera e pennello. Si viene a creare alla fine un'opera collettiva, dalle linee e raffigurazioni diverse, ma ognuna importante ed unica;

2) Nella seconda attività abbiamo diviso i ragazzi in 2 gruppi e ad ognuno è stato consegnato un cartellone contenente una frase:

- Cos'è per te l'inclusione?

- E in che modo tu ti senti inclusivo con gli altri?

Ogni gruppo ha tenuto il cartellone per un tempo di dieci minuti, e poi avveniva lo scambio.

In questo modo tutti a brain storming hanno potuto rispondere alle domande; i ragazzi erano liberi di esprimersi, alcuni hanno avuto difficoltà a trovare una risposta alla domanda data ed hanno richiesto il nostro aiuto nell'elaborare un pensiero da scrivere.

I contenuti emersi erano interessanti e rispecchiavano anche cosa per i ragazzi significasse «creare un legame».

3) Nel terzo laboratorio abbiamo unito le tavole presenti in salone e attaccato sopra fogli grandi con lo scotch.

Al centro è stato messo a disposizione diverso materiale artistico, pennelli, tempere, tele, pastelli....

Ogni ragazzo doveva dal proprio angolo partire e rappresentare come si sentiva in quel momento o perlomeno raffigurare con il colore un simbolo che lo rispecchiasse.

Alla fine, le linee dei ragazzi si sono anche intrecciate in un'opera collettiva, in cui ognuno a modo suo era stato protagonista nel renderla unica.

Non sempre l'utilizzo dell'arte in modalità introspettiva funziona in maniera ottimale, con alcuni ragazzi meglio fornire loro consegne per la realizzazione di qualcosa di concreto e realizzabile subito (candele, creazioni con argilla, gessetti...).

Con altri l'arte diventa strumento per esprimere contenuti interni.

Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nella cura del legame

Veronica Bassan

Nell'ottica della integrazione tra le varie figure professionali che abitano la comunità una di queste è il Terp.

Il nostro compito non è soltanto quello di applicare i protocolli riabilitativi (osservazione, scale di valutazione, attività riabilitative...), ma di abitare la relazione con chi incontriamo, con i nostri ragazzi.

Ognuno dei nostri ragazzi porta con sé una storia, un dolore, ma anche delle risorse che attendono di essere riconosciute e valorizzate.

Il Terp diventa allora un ponte tra la dimensione clinica, relazionale e quella esistenziale.

All'interno della vita comunitaria accompagniamo i ragazzi nei piccoli momenti di ogni giorno: dalla cura di sé, alla scuola, alla socialità, perché la riabilitazione non è un atto isolato, ma un processo continuo fatto di piccoli passi.

Il nostro sguardo non si limita al sintomo, ma si rivolge al ragazzo nella sua interezza, alle sue risorse, ai suoi desideri, alle sue passioni e ai suoi progetti. È questa visione che ci permette di contribuire non solo al miglioramento clinico, ma soprattutto al recupero della dignità e dell'autonomia.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) è una figura fondamentale nell'accoglienza e nella presa in carico dei minori all'ingresso della comunità terapeutica. Il nostro lavoro si basa su alcuni principi essenziali: l'accoglienza, l'ascolto, la partecipazione, la preoccupazione e la restituzione.

Accogliere un minore in comunità non significa soltanto offrirgli un letto o un tetto sopra la testa.

Significa sì innanzitutto creare un ambiente sicuro e protetto, capace di rispondere ai suoi bisogni, ma accogliere vuol dire molto di più: vuol dire incontrare la sua storia, le sue paure, la sua rabbia, e ricreare un legame più funzionale.

È un processo relazionale, riabilitativo e educativo, che richiede ascolto, coerenza e presenza costante.

L'ascolto è un altro principio fondamentale.

Ascoltare un minore in comunità non è un atto banale: non coincide con il semplice "sentire le parole", ma con un atteggiamento educativo e terapeutico che richiede presenza e capacità di mettersi nei suoi panni.

Ascoltare significa offrire tempo, spazio e presenza autentica.

Ascoltare profondamente vuol dire accogliere le loro emozioni senza giudicarle.

Ascoltare è restituire comprensione, far sentire al ragazzo che la sua esperienza ha valore.

Per i nostri ragazzi, essere veramente ascoltati significa sentirsi finalmente visti, accolti e riconosciuti come persone e questo è già, di per sé, un primo passo di cura. L'ascolto poi diventa attivo con la partecipazione, terzo principio fondamentale.

La partecipazione è condividere con i ragazzi le loro esperienze di gioia e dolore, la loro felicità perché hanno ottenuto qualcosa di positivo o la loro tristezza perché qualcosa non è andato secondo i piani.

L'ascolto, infine, ci permette di pre-occuparci: un altro concetto chiave per noi è la Preoccupazione, preoccuparsi significa occuparsene prima, prevedere come possono andare le cose e cercare di agire prima.

La pre-occupazione è l'attenzione "speciale" che noi professionisti abbiamo verso l'adolescente prima che i problemi diventino gravi, è cura anticipata; il professionista, infatti, cerca di capire cosa potrebbe servire al minore e alla sua famiglia per stare meglio, per prevenire crisi o peggioramenti.

La restituzione, ultimo principio ma non per importanza è il vero atto terapeutico.

È solo attraverso la restituzione, infatti, che si attua l'atto terapeutico. Il terapeuta attraverso la rielaborazione restituisce pensieri ed emozioni che permettono al ragazzo di confrontare i propri modelli comportamentali con quelli proposti dal terapeuta.

Qual è il ruolo terapeutico del Terapeuta?

L'accoglienza, ascolto e partecipazione permettono al ragazzo di condividere le sue ambivalenze nei confronti dell'ambito familiare, nei confronti dell'ambiente esterno e nei confronti degli operatori.

Questa ambivalenza porta alla manifestazione di bisogni regressivi come: la necessità di accudimento, di preferenza rispetto ai pari e di attenzione alle proprie esigenze, alla ripresa delle conflittualità familiari e alla ricerca di una soddisfazione primaria dei bisogni.

Questi elementi psichici si riflettono sui loro comportamenti e sui legami che instaurano all'interno della comunità per cui il Terp deve conoscere queste dinamiche psichiche e restituire al ragazzo un pensiero condiviso su una nuova costruzione dei legami affettivi.

Questa attività costruisce quei processi identificatori tra il ragazzo e il Terp all'interno dei quali si attua la cura del legame.

Lo strumento che permette al Terp di agire in questa direzione è rappresentato dalla figura del tutor.

La figura del tutor è la risposta all' instabilità del legame dei nostri ragazzi, per questo motivo nella nostra struttura ogni ragazzo presenta un tutor Terp/edu.

Ma chi é il tutor? Il tutor è generalmente la figura di riferimento assegnata a un ragazzo o ragazza che cerca di facilitare i processi identificatori positivi.

Il tutor svolge alcuni ruoli fondamentali:

- Conosce il ragazzo nelle sue esperienze precedenti e il motivo per cui è giunto in comunità: la conoscenza del ragazzo/ragazza passa attraverso dei colloqui plurisettimanali in cui il tutor coglie gli aspetti emotivi e osserva le dinamiche comportamentali tra egli stesso e i pari.

- Stabilisce un legame privilegiato, diventando il punto di riferimento quotidiano in quanto si preoccupa e occupa di tutti gli aspetti del ragazzo: dagli aspetti pratici a quelli terapeutici ed educativi della vita comunitaria (scuola, attività, uscite, regole).

- Monitora l'andamento del progetto terapeutico riabilitativo individuale;

- Media la comunicazione tra il ragazzo, l'équipe di operatori e, quando possibile, la famiglia;

Il tutor infine non lavora mai da solo: fa parte dell'équipe multidisciplinare, infatti, regolarmente vi è un confronto tra tutor ed equipe multidisciplinare, il neuropsichiatra supervisore e lo psicologo curante per fare il punto della situazione sull'andamento del ragazzo.

L' ascolto e il dialogo sono due elementi che caratterizzano la cura, nel primo caso il tutor accoglie tutte le manifestazioni emotive del ragazzo, non le interpreta ma mantiene aperto il dialogo facendo riconoscere al ragazzo quali criticità gli impediscono di stabilire dei legami equilibrati, interviene pertanto sul qui ed ora e non sui conflitti pregressi che saranno elaborati dallo psicoterapeuta.

È proprio la restituzione delle modalità adeguate di relazione che permette al ragazzo di confrontare i propri modelli comportamentali, spesso cause di conflitti, da quelli proposti dal Terp.

Questo lavoro continuo di ascolto e di partecipazione alle componenti traumatiche del ragazzo gli permette di specchiarsi nelle modalità più idonee per instaurare una relazione sana.

La partecipazione emotiva e la funzione a specchio creano gradualmente un processo identificatorio nel ragazzo verso il Terp che non si basa su un legame affettivo primario ma è una rielaborazione secondaria verso chi offre uno spazio di aiuto.

La relazione pertanto diventa una continua rielaborazione dei propri bisogni e la ricerca di una soluzione stabile che permette al ragazzo di superare la conflittualità originaria.

IL ruolo del TUTOR nella cura del legame - CASO CLINICO

Beatrice Polonio

Parlando di legami, il ruolo del tutor assume un'importanza centrale. Quando ci si prende cura di un singolo caso si ha l'opportunità e la responsabilità di costruire una relazione che diventa uno spazio di osservazione privilegiato: attraverso il legame instaurato è infatti possibile comprendere la modalità relazionale proposta dal ragazzo, data delle sue esperienze pregresse e spesso disfunzionale.

Tuttavia, la costruzione stessa del legame può costituire un elemento di criticità nel percorso di cura. In alcune situazioni, il rischio è quello di instaurare una relazione invischiata, determinata da una risonanza emotiva troppo intensa, che può ostacolare il processo evolutivo. All'interno di questa relazione è inevitabile che si attivino dinamiche proiettive: il ragazzo tende a proiettare sul tutor parti di sé, aspettative e vissuti legati alle proprie esperienze pregresse, mentre l'operatore stesso può, a

sua volta, essere influenzato dalle proprie proiezioni nel momento in cui espleta la propria funzione.

Il tutor ha quindi il compito di riconoscere e gestire le proiezioni reciproche, sia quelle del ragazzo sia le proprie, di modo che il legame mantenga la sua funzione trasformativa e non diventi una ripetizione di modelli relazionali disfunzionali.

Per questo motivo, è fondamentale che l'operatore sia in grado di riconoscere i confini, definire uno spazio relazionale chiaro e mantenere un equilibrio interno. Solo così il legame stesso può diventare uno strumento terapeutico, capace di offrire al ragazzo un'esperienza nuova, diversa da quella disfunzionale che tende a riproporre.

In questi termini, il pensiero di Donald Winnicott ci offre una cornice preziosa. Secondo l'autore, è proprio attraverso una relazione sufficientemente buona (capace di garantire holding, contenimento e continuità) che il soggetto può sviluppare un senso stabile di sé. Il legame, dunque, non è solo veicolo di osservazione clinica, ma condizione necessaria per la trasformazione e la crescita.

Un legame consapevolmente strutturato in modo funzionale può infatti rappresentare una base sicura, capace di generare un cambiamento nel modo in cui il ragazzo si relaziona agli altri.

Prendersi cura del legame non è un aspetto secondario del lavoro educativo e clinico, ma ne rappresenta il cuore pulsante: è attraverso di esso che si può contribuire a modificare lo schema relazionale del ragazzo, favorendo la possibilità di instaurare in futuro relazioni più sane, stabili ed autentiche.

Il caso

Dario è un ragazzo di 11 anni, inserito nella nostra comunità un anno fa. La sua storia familiare è segnata da importanti elementi di trascuratezza e discontinuità relazionale. La madre, quando Dario era ancora molto piccolo, ha lasciato lui, fratelli e le sorelle in Italia, affidandoli ad amici e traferendosi all'estero per lavoro. Nel corso degli anni, i diversi figli sono stati accolti in varie comunità educative. Alla madre è stata revocata la patria potestà, mentre il padre è deceduto senza aver mai stabilito un rapporto significativo con Dario.

Nelle strutture educative precedenti, il ragazzo ha manifestato comportamenti oppositivi e provocatori. Tali atteggiamenti hanno spesso portato a dinamiche di esclusione e violenza, in particolare da parte dei coetanei più grandi. L'intensificarsi di tali condotte ha portato i servizi a disporre un trasferimento in CTRP, con il conseguente allontanamento dai fratelli e dalle sorelle.

La madre torna in Italia sporadicamente, circa due volte l'anno, per soggiorni brevi. In queste occasioni i servizi sociali organizzano incontri protetti con tutti i membri della famiglia. Durante questi incontri, la madre si comporta in modo ambivalente: da un lato tende a colmare il figlio di regali, dall'altro mantiene un atteggiamento svalutante e giudicante nei suoi confronti, connotato da scarsa sintonizzazione emotiva.

Sin dal suo ingresso nella struttura, Dario si è presentato come un ragazzo chiuso, con difficoltà nell'instaurare un dialogo aperto ed autentico. I colloqui formali e strutturati non hanno inizialmente favorito alcun tipo di apertura, né hanno consentito di introdurre ad una narrazione personale.

Il silenzio e il ritiro relazionale sono apparsi da subito come modalità difensive verosimilmente strutturate nel tempo

come strategie protettive rispetto a un mondo relazionale percepito come instabile ed incerto.

Queste difese sembrano essere il riflesso diretto di un'esperienza precoce del legame connotata da discontinuità, trascuratezza e dolore. In questo senso, il legame stesso (che dovrebbe rappresentare uno spazio sicuro e di crescita) per Dario si configura come un terreno fragile, ambiguo, frequentemente associato a vissuti di rottura, confusione e smarrimento.

Tuttavia, accanto a queste fragilità, Dario presenta anche importanti risorse. Nonostante la diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio ed ADHD, il ragazzo manifesta un buon livello di funzionamento in contesti esterni alla struttura. Dimostra impegno e costanza sia nell'ambito scolastico sia nelle attività sportive, contesti nei quali attive competenze sociali adeguate e relazioni tendenzialmente positive. Le dinamiche disfunzionali tendono ad emergere solo all'interno della comunità, in particolare nelle relazioni con le figure adulte di riferimento, a conferma del fatto che il nodo critico centrale riguarda la gestione del legame di attaccamento e delle emozioni ad esso collegate.

Figura del tutor e legame

Fin dalle prime settimane di inserimento, Dario ha manifestato il desiderio di instaurare un legame esclusivo con la figura adulta, esternando una forte richiesta di accudimento e di presenza costante.

Ha espresso preferenze verso figure femminili accudenti, ricercando in esse una relazione che implicasse una dedizione continua e una vicinanza emotiva totalizzante. La relazione con la tutor assegnata si è da subito configurata come intensa e complessa, caratterizzata da dinamiche relazionali disfunzionali.

Dario tende a proporre una strutturazione del legame in cui la figura accudente viene idealizzata e investita di aspettative salvifiche. In questa configurazione, la tutor assume il ruolo di oggetto relazionale esclusivo, depositaria di bisogni profondi di protezione, riconoscimento e riparazione.

Tuttavia, ogni segnale di discontinuità o di condivisione dell'attenzione con altri utenti viene vissuto da Dario come un tradimento, generando vissuti di esclusione e rabbia intensa.

In particolare, nei momenti in cui la tutor si prendeva cura o prestava attenzione ad altri ragazzi presenti in struttura, Dario reagiva con crisi di rabbia violenta, spesso senza preavviso e senza apparente verbalizzazione del disagio. Le escalation emotive si manifestavano con agiti aggressivi, sia verbali sia fisici, prevalentemente diretti verso la figura della tutor.

Solo nella fase di deflusso della crisi, Dario tendeva a ritirarsi in uno spazio percepito come sicuro, dove si lasciava andare al pianto. In questi momenti, emergeva parte del suo vissuto interno: un dolore profondo legato al sentimento di esclusione, accompagnato da un forte senso di colpa e tristezza. Questi momenti rappresentavano le rare occasioni in cui il ragazzo riusciva a verbalizzare, anche se in modo parziale, il proprio stato emotivo.

Il legame con la tutor si può quindi definire come uno spazio relazionale altamente significativo, nel quale si ripropongono in forma simbolica e agita le dinamiche relazionali precoci. Allo stesso tempo, tale relazione offre un'opportunità importante: attraverso un lavoro costante di presenza e rielaborazione condivisa, è possibile contribuire alla ristrutturazione di un modello relazionale

disfunzionale, orientandolo verso una forma più stabile, contenuta e funzionale.

La gestione dello schema relazionale proposto da Dario si è rivelata estremamente complessa.

Nonostante una certa consapevolezza rispetto alla natura disfunzionale dei propri agiti aggressivi (emersa in diversi momenti di confronto e rielaborazione) il ragazzo ha continuato a riproporre una dinamica relazionale rigida e totalizzante. In particolare, ogni volta che la figura del tutor disattendeva, anche minimamente, le sue aspettative idealizzate di cura e disponibilità incondizionata, Dario reagiva con intensi agiti aggressivi, sia verbali che fisici. La distanza terapeutica, seppur introdotta con gradualità, veniva da lui vissuta come un abbandono, riattivando vissuti profondi di rabbia e dolore.

Di fronte a questa impasse relazionale, si è ritenuto necessario (attraverso un lavoro condiviso all'interno dell'équipe riformulare la proposta di legame fornita dalla figura del tutor.

Per l'operatore questo ha significato rivedere e chiarire le modalità del proprio coinvolgimento relazionale, interrogandosi sul senso e sui limiti del legame;

per il ragazzo, invece, questa sospensione ha rappresentato l'occasione per riconoscere il valore di un legame stabile ed affidabile, non basato sulla presenza costante ma sulla continuità e coerenza del riferimento.

In questo modo, è stato possibile ridefinire i termini della relazione, restituendole significato e funzione.

In particolare, la nuova cornice prevedeva che fosse Dario a doversi riavvicinare attivamente alla figura del tutor, il quale avrebbe fornito risposte unicamente a richieste esplicite e verbalizzate, pur offrendo la propria disponibilità attraverso stimoli di richiamo verso un'apertura comunicativa meno conflittuale.

L'obiettivo era duplice: da un lato, sostenere Dario nel processo di riconoscimento e verbalizzazione dei propri bisogni emotivi; dall'altro, offrirgli una distanza "protetta" all'interno della quale potesse sperimentare una modalità più funzionale di ricerca di vicinanza.

Tale passaggio è stato accompagnato da colloqui strutturati durante i quali venivano esplicitati, in modo chiaro, i limiti della relazione terapeutica. È stato sottolineato come la figura del tutor potesse farsi carico dei bisogni del ragazzo entro certi confini.

Questo lavoro, particolarmente impegnativo per il tutor, ha richiesto tempo e tenuta. La distanza è stata mantenuta per circa due mesi, durante i quali Dario ha manifestato diversi tentativi di ottenere l'attenzione indirettamente, cercando il contatto con altri operatori della struttura nella speranza di suscitare una reazione nel tutor. Il momento di svolta si è verificato quando Dario, per la prima volta, ha espresso apertamente ad un altro operatore, il proprio dispiacere e disappunto per la distanza mantenuta dal tutor, citando situazioni specifiche (es. essere accompagnato da altri adulti in occasioni significative).

Questo episodio ha rappresentato un punto di rottura importante nella rigidità dello schema relazionale e comunicativo precedentemente agito. Dario è riuscito a verbalizzare in modo diretto ed adeguato un bisogno emotivo: il desiderio di vicinanza. Da quel momento, si è osservata una progressiva capacità di chiedere in modo più funzionale il contatto con il tutor, ricevendo rinforzi emotivi ed esperienziali positivi quando le richieste venivano formulate in modo adeguato.

Sebbene il minore presenti ancora la tendenza a proporre modalità disfunzionali nella richiesta di attenzione,

è oggi in grado di attivare spontaneamente momenti di confronto, in cui riesce a riflettere sui propri vissuti e a riconoscere le azioni messe in atto come disfunzionali. Le verbalizzazioni richiedono tuttora supporto: Dario, ad esempio, formula richieste come "posso parlare con la tutor", per poi affidarsi alla guida dell'adulto nella strutturazione del discorso emotivo, chiedendo esplicitamente che gli vengano poste domande alle quali poter rispondere.

Questo processo, seppur iniziale, rappresenta una prima e significativa apertura autentica. In questi momenti, più che nei colloqui strutturati, Dario riesce a raccontare vissuti complessi, legati non solo alla quotidianità, ma anche alla propria famiglia d'origine e alle esperienze passate, finora mai condivise. Tali aperture costituiscono un passaggio fondamentale nella costruzione di un legame terapeutico più maturo, fondato sulla fiducia e sulla reciprocità.

Il percorso clinico di Dario evidenzia in modo chiaro quanto il legame con la figura del tutor possa rappresentare, per alcuni minori con storie di attaccamento traumatico e disfunzionale, sia una sfida che un'opportunità trasformativa.

In questo caso, la relazione con la tutor si è configurata fin da subito come uno spazio denso di significati, all'interno del quale si sono attivati i modelli relazionali interni del ragazzo.

La possibilità di utilizzare consapevolmente il legame come strumento di lavoro ha richiesto un'attenta lettura delle dinamiche proposte, una riflessione condivisa all'interno dell'équipe e un posizionamento clinico chiaro da parte del tutor, capace di mantenere la tenuta emotiva necessaria per restituire al ragazzo uno spazio relazionale stabile, prevedibile e coerente.

Il lavoro non si è limitato alla gestione comportamentale, ma ha avuto come obiettivo più profondo la ristrutturazione del modo in cui il ragazzo entra in relazione con l'altro. In questo senso, la cura del legame è diventata essa stessa atto terapeutico: non un semplice mezzo per "contenere" la disfunzionalità, ma un vero e proprio spazio evolutivo, dove è stato possibile dare senso all'esperienza emotiva, promuovere la riflessione su di sé e avviare una trasformazione interna.

Il ruolo del tutor quindi, non si esaurisce nella funzione educativa, riabilitativa o contenitiva, ma si colloca all'interno di una dimensione relazionale più ampia, in cui la presenza stabile, l'ascolto, il rispetto dei confini e la capacità di mantenere una posizione coerente diventano elementi fondamentali del processo di cura. È nella qualità di questo legame, sufficientemente buono e sufficientemente fermo, che il minore può, gradualmente, sperimentare una nuova possibilità di relazione: una relazione che non ferisce, non invade, ma accoglie e accompagna.

Il Modello Integrato - Gruppo Comunità e Token Economy in CTRP

Carola Andriolo

L'intervento terapeutico-residenziale in CTRP di tipo A prende forma dove le difficoltà evolutive degli adolescenti si intrecciano con criticità cliniche complesse. Gli adolescenti che accogliamo sono spesso giovani la cui traiettoria di sviluppo è stata segnata da traumi relazionali complessi, esitando in una profonda incapacità di gestire il proprio mondo emotivo – la cosiddetta disregolazione emotiva. Questa condizione si manifesta quotidianamente attraverso acting out, crisi di rabbia, isolamento sociale e, in maniera ricorrente, un'endemica sfiducia nelle relazioni stabili e autorevoli. Per comprendere pienamente il disinvestimento emotivo e la passività che spesso caratterizzano questi ragazzi, risulta fondamentale fare riferimento al concetto di Impotenza Appresa.

Questo costrutto, inizialmente teorizzato da Martin Seligman, descrive una condizione psicologica in cui, in seguito all'esposizione ripetuta a eventi stressanti o

fallimenti percepiti come fuori dal proprio controllo, l'individuo sviluppa la convinzione che qualsiasi sforzo futuro sarà inutile per modificare la situazione in atto.

Nel contesto degli adolescenti in CTRP, l'Impotenza Appresa si manifesta in modo particolarmente acuto, influenzando profondamente il loro comportamento e la loro motivazione. Questo fenomeno può essere osservato attraverso diversi aspetti chiave:

- origine traumatica: molti provengono da ambienti familiari instabili o abusivi, apprendendo che, indipendentemente dallo sforzo profuso (cercare di essere "bravi" o di farsi amare), non potranno evitare il conflitto, l'abbandono o il giudizio.
- Sintomi clinici e passività: la percezione di inefficacia si traduce in una profonda demotivazione e passività. L'adolescente non tenta di impegnarsi nelle attività comunitarie o nel miglioramento del proprio comportamento, avendo interiorizzato lo schema mentale: "Qualsiasi cosa io faccia, l'esito sarà sempre negativo o fuori dal mio controllo";
- la paralisi dello sforzo: l'impotenza appresa paralizza l'iniziativa. L'adolescente evita lo sforzo per proteggersi

dalla (prevedibile) sofferenza del fallimento. Questa chiusura è un meccanismo di difesa che, tuttavia, impedisce la costruzione di nuove e positive esperienze di successo.

In questo quadro, il lavoro di comunità non può limitarsi al mero contenimento fisico. La nostra mission è duplice: offrire un contenitore affettivo e strutturale che garantisca la sicurezza e, contemporaneamente, attivare processi che restituiscano ai ragazzi l'agency – la capacità di sentirsi soggetti attivi e competenti nel proprio destino. È in questa prospettiva che il Gruppo Comunità (GC) e la Token Economy (TE) si fondono in un modello sinergico.

Il Gruppo Comunità costituisce il fondamento etico e il laboratorio relazionale del nostro intervento. Si svolge con cadenza settimanale, in uno spazio neutro dove la disposizione rigorosamente circolare elimina le gerarchie spaziali, promuovendo la pariteticità del confronto tra adolescenti e adulti dell'équipe.

Il Gruppo Comunità trascende la funzione di semplice riunione organizzativa.

In questo spazio strutturato, si attiva la dinamica della democrazia esperienziale: i ragazzi sono chiamati a

discutere apertamente, a negoziare soluzioni e a risolvere i problemi che la convivenza quotidiana inevitabilmente genera. È qui che imparano, non attraverso la lezione frontale ma attraverso la pratica diretta, che la loro voce possiede un peso decisionale reale sul benessere del collettivo.

Questo esercizio di autodeterminazione è fondamentale per contrastare il senso di impotenza appreso, dimostrando concretamente come l'azione e l'opinione individuale possano influenzare positivamente il sistema.

All'interno di questo percorso, ogni incontro prevede l'utilizzo dell'ABC cognitivo-comportamentale, uno strumento che ci permette di analizzare insieme ai ragazzi gli eventi critici della settimana — come discussioni o litigi — e di comprenderne la sequenza: antecedente, il comportamento/pensiero e le conseguenze. Grazie a questo lavoro, diventano visibili le dinamiche spesso automatiche che guidano le reazioni impulsive, e diventa possibile, con il supporto dell'équipe e del gruppo dei pari, elaborare strategie alternative e più funzionali per affrontare le situazioni.

L'ABC diventa così un esercizio di decodifica dei propri stati interni e delle proprie azioni, ma anche un

allenamento concreto alla regolazione emotiva e alla responsabilità personale, trasformando ciò che è accaduto in un'occasione di apprendimento condiviso. Al contempo, il GC è il luogo elettivo dove si curano e si costruiscono nuovi legami. La funzione dell'adulto non è quella di arbitro o giudice, ma di facilitatore e contenitore emotivo. L'ambiente è protetto e privo di giudizio, consentendo ai ragazzi di portare in circolo l'espressione autentica delle loro emozioni – che sia rabbia, frustrazione o persino gioia. In questo spazio, le emozioni diventano oggetti di riflessione condivisa: i ragazzi imparano a riconoscerle, accettarle e gestirle, sviluppando competenze relazionali fondamentali che li aiutano a sostituire reazioni impulsive con modalità comunicative più consapevoli e assertive.

L'obiettivo primario del Gruppo Comunità è promuovere l'autoconsapevolezza e la responsabilità reciproca. Attraverso la discussione sui comportamenti della settimana, l'adolescente inizia a comprendere il nesso causale tra le sue azioni e le conseguenze sul microsistema comunitario, un passaggio cognitivo cruciale per superare l'impulsività e la deresponsabilizzazione. Per sostenere l'apprendimento

sociale e comportamentale, abbiamo integrato la Token Economy (TE) all'interno del nostro gruppo comunità. Non si è trattato di un semplice aggiustamento tecnico o di una strategia comportamentale: la TE è stata pensata come un intervento clinico mirato, una leva concreta per scalfire quella sensazione di impotenza che spesso paralizza i ragazzi, impedendo loro di credere che le proprie azioni possano avere un effetto reale sul mondo. Fin da subito è emerso come l'efficacia di una TE tradizionale, basata sul rinforzo individuale, sarebbe stata insufficiente — se non controproducente — in un contesto caratterizzato da alta fragilità relazionale. Per questo abbiamo scelto una Token Economy interamente di gruppo: il successo nel guadagno dei token non ricade sul singolo, ma sull'intera comunità, in relazione al raggiungimento (o meno) di un obiettivo collettivo. L'occasione per strutturare in modo più articolato questo percorso è nata a seguito di un episodio particolarmente significativo: un momento di forte disregolazione collettiva che aveva portato alla distruzione della televisione della sala comune. Avremmo potuto rispondere con una sanzione, ma abbiamo scelto una direzione diversa. Quell'oggetto

rotto, simbolo di un'aggressività difficile da contenere, è diventato il punto di partenza di un progetto condiviso: accumulare mille token — mille piccoli atti di impegno, mille passi verso la cooperazione — per acquistare una nuova televisione.

In quel percorso, la rabbia si è trasformata in energia costruttiva, la frustrazione in responsabilità, l'impotenza in movimento.

Da quel momento, la Token Economy non è stata più solo uno strumento educativo, ma un vero processo trasformativo. Ha permesso al gruppo di sperimentare che il successo non riguarda mai una persona sola e che la responsabilità può diventare un gesto di cura verso gli altri. In un ambiente dove i legami spesso nascono fragili e sospettosi, la TE di gruppo ha restituito ai ragazzi l'esperienza concreta di far parte di qualcosa di più grande, qualcosa che vale la pena proteggere e far crescere. Questa scelta risponde a precise esigenze terapeutiche:

Rottura del ciclo di isolamento: gli adolescenti tendono a chiudersi, convinti che solo la propria inazione possa proteggerli da un ulteriore fallimento. La TE di gruppo li costringe a rendersi conto che il loro sforzo — o la loro

inerzia — ha conseguenze dirette e misurabili sul benessere dei pari, spingendoli a rimettersi in gioco per il gruppo.

Rinforzo dell'identità di gruppo: focalizzando il premio sul successo collettivo, il sistema genera interdipendenza positiva. Invece di competere per token individuali, i ragazzi imparano a cooperare, sviluppando dinamiche di supporto reciproco, dove i peer più regolati aiutano quelli in difficoltà, rafforzando appartenenza e coesione.

Apprendimento dell'efficacia collettiva: il meccanismo fornisce la prova tangibile che “insieme ce la possiamo fare”. L'accumulo dei token sul tabellone diventa la dimostrazione visibile dell'efficacia collettiva: un segnale concreto che in questo ambiente lo sforzo combinato produce risultati positivi e prevedibili. Questo è un antidoto potente all'impotenza appresa, perché ristabilisce la fiducia nel legame tra azione e risultato.

In sintesi, la TE di gruppo trasforma il rischio di fallimento individuale in opportunità di riparazione sociale.

Rende il successo un'esperienza condivisa e la responsabilità un atto di cura verso gli altri, elementi imprescindibili per la riabilitazione di giovani con fragilità relazionali.

Questa modalità di lavoro ha modificato profondamente il modo in cui gli adolescenti si percepiscono nella vita quotidiana. Per molti, abituati da anni a chiudersi nell'inazione per paura di sbagliare, l'idea che il proprio contributo possa influenzare il benessere dei pari è stata inizialmente faticosa. Ma proprio questa fatica è diventata terreno fertile: scoprire che un gesto mancato può rallentare il gruppo, o che un impegno sincero può farlo avanzare, ha riportato alla luce una dimensione di responsabilità che sembrava perduta.

Parallelamente, il fatto che il risultato fosse condiviso ha spostato l'attenzione dalle dinamiche competitive a quelle cooperative. Il gruppo ha iniziato a funzionare come un organismo collettivo: i ragazzi più regolati si sono messi spontaneamente al fianco di chi faticava, accompagnandolo, contenendolo, ricordandogli gli obiettivi e mostrando concretamente cosa significhi sostenere qualcuno senza giudicarlo. La TE ha così plasmato non solo comportamenti, ma soprattutto relazioni.

Il tabellone dei token, esposto in sala comune, è diventato testimonianza quotidiana dell'efficacia condivisa. Ogni punto aggiunto rappresentava una prova tangibile che

l'impegno, distribuito e riconosciuto, produce risultati concreti. Per ragazzi che avevano interiorizzato l'idea che "non cambia mai niente", vedere il tabellone riempirsi è stato una smentita concreta e inconfutabile: insieme possiamo riuscire.

Il valore più profondo della TE non risiede nel premio finale, ma nel cammino condiviso che vi conduce. Una strada fatta di tentativi, difficoltà, correzioni reciproche e piccole vittorie, che insegna a credere che cambiare è possibile — soprattutto se non si è soli.

Per garantire che la Token Economy adempia alla sua funzione di rinforzo della responsabilità collettiva, è stata disegnata una struttura operativa chiara e multilivello. L'obiettivo è fornire una road map visibile verso il successo, offrendo gratificazioni prevedibili che sostengano lo sforzo a lungo termine.

La trasparenza è garantita dal cartellone visibile, posizionato strategicamente nel salone collettivo.

Questo strumento funge da organizzatore cognitivo, dove i progressi sono costantemente sotto gli occhi di tutti.

Il sistema prevede un punteggio massimo di 15 punti/token settimanali, strutturato per bilanciare stabilità

e autodeterminazione, ma introduce livelli di ricompensa per mantenere alta la motivazione lungo il percorso:

- **Rinforzi Intermedi (Medio-Breve Termine):** Per obiettivi intermedi (es.: 50 punti), il gruppo ha la possibilità di scegliere insieme un premio di media entità e immediata fruizione (es. una serata pizza fuori comunità, l'acquisto di un videogioco, o un'ora extra di tempo libero). Questi rinforzi intermedi sono imprescindibili per sostenere la motivazione verso l'obiettivo finale di 100 punti.
- **Obiettivo Finale (Lungo Termine):** L'ottenimento della nuova TV (100 punti) o, successivamente, un viaggio o un evento speciale, che rappresenta la massima espressione della riuscita collettiva.

Il punteggio settimanale si delinea attraverso:

1. **La cornice fissa (5 Punti):** rappresenta le responsabilità minime non negoziabili (es. partecipazione agli obblighi scolastici/terapeutici, rispetto degli orari, assenza di violenza e di azioni distruttive). Questi punti garantiscono il contenimento strutturale necessario.

2. L'Obiettivo Scelto dal Gruppo (10 Punti): Questo è il motore dell'agenzia. Ogni settimana, il gruppo decide l'obiettivo su cui focalizzare l'impegno (es. "Migliorare la gestione del rumore dopo le 22:00"). La negoziazione di questo obiettivo nel GC è un esercizio di democrazia e di problem solving condiviso.

Il momento della valutazione settimanale nel GC non è un'ispezione, ma un rito di autovalutazione guidata. Gli operatori facilitano la discussione, invitando i ragazzi a fornire prove del loro impegno e a votare il successo raggiunto (ad esempio 7/10), promuovendo così metacognizione, responsabilità e consapevolezza del proprio ruolo all'interno del gruppo. La Ricompensa diviene simbolo di Autoefficacia e Progettualità.

Il raggiungimento della soglia di token e la successiva erogazione della ricompensa (che è sempre di natura comunitaria) costituisce l'apice del processo.

Questo momento non è solo un premio, ma un rito di restituzione terapeutica. È l'occasione per i ragazzi di celebrare non l'oggetto o l'esperienza in sé, ma la

scoperta della propria autoefficacia collettiva. Hanno sperimentato in prima persona che l'impegno, la coerenza e la responsabilità condivisa portano a un risultato concreto, invertendo la narrativa di fallimento personale che li ha condotti in comunità.

L'efficacia del modello integrato emerge chiaramente osservando l'influenza della partecipazione attiva sulle dinamiche della comunità. Il dato più significativo riguarda il disinvestimento motivazionale: quando questa tendenza alla passività diminuisce, si apre immediatamente lo spazio per un coinvolgimento più concreto nelle attività terapeutiche e nella vita quotidiana della comunità.

È come se, togliendo il freno dell'inerzia, i ragazzi potessero finalmente mettersi in gioco, sperimentare, confrontarsi e responsabilizzarsi. Questo aumento della partecipazione non rimane un dato isolato: comporta un effetto a catena che si riflette direttamente sugli out come clinici.

La presenza attiva, la collaborazione con gli operatori e la responsabilità condivisa nelle attività quotidiane contribuiscono a migliorare indicatori fondamentali di funzionamento e benessere, creando un circolo virtuoso

in cui la motivazione si rafforza progressivamente. In altre parole, il modello non agisce solo sulle abilità specifiche, ma genera un effetto globale: più i ragazzi partecipano, più si osservano progressi clinici, e più questi progressi alimentano la loro partecipazione e il loro coinvolgimento.

In questo senso, il successo del modello non si misura solo nei numeri, ma nella trasformazione concreta della vita quotidiana: dal disinteresse alla partecipazione, dall'inerzia all'azione, con un impatto diretto sulla salute, sulle competenze relazionali e sul benessere complessivo della comunità.

I risultati del modello integrato Gruppo Comunità e Token Economy confermano che è possibile agire efficacemente sulle dinamiche comportamentali complesse, non attraverso il controllo rigido, ma attraverso la ristrutturazione dell'ambiente in senso democratico e rinforzante.

Fornendo un contesto prevedibile dove la responsabilità è condivisa e l'agency è esercitata attivamente, la comunità compie la sua missione più profonda: trasformarsi da luogo di contenimento a spazio rigenerativo e di speranza, preparando i ragazzi a

costruire relazioni e traiettorie di vita più funzionali al loro rientro nel contesto sociale.

Gruppo terapeutico – ABC delle emozioni

Gaia Dalla Benetta

Perché proporre un gruppo sulle emozioni?

La preadolescenza, tra i dieci e i quattordici anni, è una fase evolutiva caratterizzata da trasformazioni rapide e spesso disorientanti. In questo momento, i ragazzi, si confrontano con l'emergere di un'identità più definita, ma allo stesso tempo possono incontrare difficoltà nel riconoscere, comprendere ed esprimere ciò che provano.

L'idea alla base del gruppo è quella di offrire ai ragazzi uno spazio protetto, strutturato e competente, dove potersi confrontare, esprimere, e soprattutto imparare a gestire in modo più consapevole e funzionale le proprie emozioni. L'obiettivo è aiutarli a riconoscere ciò che sentono – sia in loro stessi sia negli altri – e a trovare modi alternativi per esprimere emozioni difficili come rabbia, frustrazione o tristezza, evitando comportamenti disfunzionali o esplosioni emotive.

La proposta del gruppo nasce in risposta a un bisogno molto concreto: abbiamo osservato infatti che molti dei ragazzi, nel momento in cui provano emozioni come tristezza o frustrazione, tendono a reagire con comportamenti aggressivi o eccessivamente impulsivi.

Il gruppo ha quindi rappresentato un'opportunità per lavorare su questi aspetti, sia a livello collettivo che individuale.

Un elemento fondamentale del percorso riguarda l'intensità con cui emergono emozioni come la tristezza, l'ansia o la rabbia. Lavorare su questi vissuti significa innanzitutto avere il coraggio di portare nel gruppo la propria difficoltà, raccontarla e lasciarla risuonare nelle parole degli altri. Si tratta di esplorare insieme i contesti in cui quelle emozioni prendono forma, cercando di capirne l'origine e il senso. Allo stesso tempo, condividere ciò che si prova permette di chiedere agli altri come avrebbero reagito loro di fronte alla stessa situazione, quale strada avrebbero intrapreso per non lasciarsi travolgere dall'impulso o dalla condotta aggressiva. Il contributo del gruppo di coetanei, che non è direttamente coinvolto nell'emotività individuale, facilita una presa di coscienza più profonda di ciò che accade dentro di sé e di come

sia possibile regolare queste emozioni. Il ruolo del conduttore è fondamentale: egli raccoglie, organizza e restituisce le osservazioni emerse, trasformandole in strumenti chiari e utili per tutto il gruppo.

Il fatto che tutti i partecipanti condividano problematiche simili rende concreta e tangibile la possibilità di ridurre i comportamenti problematici. In questo modo, il gruppo diventa uno specchio per ciascun ragazzo, che, attraverso la riflessione e il confronto, acquisisce una maggiore consapevolezza rispetto alle emozioni impulsive che spesso lo guidano.

Parallelamente, migliorano le competenze sociali e le capacità di interazione, permettendo al gruppo stesso di monitorare, in sé stessi e negli altri, se la regolazione emotiva stia diventando uno stile di comportamento consolidato. I ragazzi imparano così che non tutte le emozioni devono necessariamente sfociare nella rabbia e che esistono molteplici modi per vivere ed esprimere ciò che si prova, ampliando così il loro repertorio emotivo e relazionale.

Ogni partecipante ha portato con sé bisogni e caratteristiche diverse, per cui all'interno del gruppo si è

cercato di lavorare anche su obiettivi più specifici e personalizzati.

"X" manifestava spesso la necessità di confrontarsi con gli altri, ma faticava a riconoscere e a dare un nome alle proprie emozioni. Questo lo portava a sentirsi frustrato e a vivere situazioni di disagio. Con lui si è lavorato soprattutto sull'arricchimento del vocabolario emotivo e sulla capacità di verbalizzare ciò che provava.

"Y", invece, ha focalizzato il suo percorso sull'autocontrollo, imparando a gestire sia gli stimoli esterni, come le provocazioni, sia quelli interni, come pensieri ed emozioni intense. La partecipazione al gruppo gli ha offerto l'opportunità di riflettere prima di agire, sviluppando così una maggiore consapevolezza delle proprie risposte e una diminuzione dei comportamenti disfunzionali.

Infine, "C" ha dedicato il suo percorso al miglioramento dell'autoregolazione emotiva, con particolare attenzione alla gestione della rabbia e degli stati ansiosi, acquisendo strumenti e strategie utili a mantenere un equilibrio emotivo più stabile.

La metodica utilizzata fa riferimento alla capacità di ascoltare l'altro e di riconoscere nelle sue emozioni un riflesso delle proprie, ritrovandole così dentro di sé. Si è cercato, pertanto, di condividere le difficoltà dei partecipanti nell'autocontrollo e di osservare come il processo identificatorio, privo della componente emotiva presente nella crisi, abbia trasferito la componente di passaggio all'atto in un'attività mentale su cui riflettere. Questa modalità di trasferire le emozioni a un piano cosciente ha una valenza terapeutica nel momento in cui i ragazzi accettano i propri limiti comportamentali in ambito sociale e ricercano una soluzione, sia individuale sia suggerita dal gruppo.

Il percorso è stato strutturato in un ciclo di 24 incontri, ciascuno della durata di un'ora.

Ogni incontro si è sviluppato seguendo una scansione in tre momenti principali, pensata per garantire continuità, coinvolgimento e un lavoro efficace sia sul piano emotivo che su quello relazionale.

Fin dalla prima seduta, sono state condivise e costruite insieme ai partecipanti alcune regole fondamentali, pensate per creare un contesto non giudicante, in cui ciascuno potesse sentirsi libero di esprimersi senza timore

di essere deriso o esposto. Questo ha contribuito a ridurre la vergogna e a incentivare la partecipazione attiva. La prima parte dell'incontro è stata dedicata a rompere il ghiaccio e a creare un clima disteso, attraverso giochi e attività leggere pensate per ridurre la tensione iniziale. In questo momento è stato dato spazio anche all'analisi dei comportamenti emersi durante la settimana precedente e alla discussione dei "compiti" o delle riflessioni assegnate tra un incontro e l'altro, al fine di favorire la continuità del lavoro individuale e di conseguenza la generalizzazione delle strategie apprese.

La parte centrale rappresentava il cuore dell'incontro: i ragazzi erano stimolati a descrivere le fasi del comportamento impulsivo e, successivamente, a confrontarsi sull'argomento con gli altri partecipanti. Gli stimoli e le attività proposte, spesso basati su strumenti testistici o esperienziali, offrivano la possibilità di esplorare concretamente i temi trattati.

Infine, la parte conclusiva serviva a chiudere il cerchio dell'esperienza. Veniva dedicato spazio a una breve discussione sulle attività svolte, per favorire la rielaborazione e la condivisione delle esperienze. A seguire, si proponevano giochi rilassanti o, in alcune

occasioni, la pratica del Do-In: una tecnica corporea che, attraverso semplici movimenti, aiuta a riequilibrare e potenziare l'energia interna dell'organismo, promuovendo il benessere psicofisico dei partecipanti.

Durante il percorso sono state adottate diverse strategie per facilitare la partecipazione, stimolare l'espressione emotiva e creare un clima di sicurezza e accoglienza all'interno del gruppo.

In primo luogo, si è fatto ampio uso di mediatori espressivi, come materiali da disegno e giochi cooperativi, che hanno permesso ai ragazzi di esprimersi in modo indiretto e creativo, riducendo le resistenze legate alla verbalizzazione delle emozioni.

Un ulteriore elemento facilitante è stato l'utilizzo di oggetti personali portati dagli stessi partecipanti, come carte dei Pokémon o il cubo di Rubik. Questi strumenti, familiari e rassicuranti, hanno svolto una funzione di ponte tra il mondo interno del ragazzo e quello del gruppo, favorendo l'emergere di contenuti emotivi in un contesto percepito come sicuro.

Le attività sono state intervallate da brevi pause strutturate, durante le quali venivano proposti momenti di rilassamento, esercizi di respirazione o piccoli giochi

motori. Questi momenti avevano lo scopo di scaricare eventuali tensioni accumulate e di mantenere alta l'attenzione e il coinvolgimento dei partecipanti.

Nonostante le strategie adottate, nel corso del percorso sono emerse alcune criticità che hanno richiesto particolare attenzione e flessibilità nella conduzione. Una delle difficoltà principali ha riguardato la resistenza alla partecipazione, spesso legata alla paura del giudizio da parte dei pari. Questo timore ha portato alcuni ragazzi a mostrarsi inizialmente chiusi, con un coinvolgimento limitato nelle attività di gruppo.

È emerso anche un basso livello di insight emotivo in alcuni partecipanti, ovvero la difficoltà nel riconoscere e dare un nome alle proprie emozioni, che ha reso necessario un lavoro più graduale e mediato.

In alcune situazioni si sono osservati comportamenti provocatori o giudicanti, spesso utilizzati come meccanismo difensivo per evitare il contatto con vissuti più profondi o dolorosi. Pur rappresentando una sfida, tali dinamiche, hanno offerto importanti spunti di lavoro sul piano relazionale. In altri casi, invece, i consigli e le valutazioni dei partecipanti su un comportamento di uno di loro hanno assunto un aspetto positivo: il ragazzo

coinvolto non si era accorto di come i coetanei percepissero le sue azioni in maniera positiva, rimanendo sorpreso dalla loro lettura delle situazioni.

Un ulteriore elemento di complessità è stata la riattivazione di esperienze traumatiche attraverso l'identificazione nei vissuti raccontati da altri membri del gruppo. Questo ha richiesto una particolare attenzione alla gestione emotiva e alla modulazione degli stimoli durante le attività.

Infine, in alcuni momenti è emersa la percezione di un setting non sufficientemente contenitivo, soprattutto nei casi in cui il gruppo si faceva più dispersivo o quando l'intensità emotiva aumentava. Ciò ha sottolineato l'importanza di continuare a rafforzare le regole di base, il clima di fiducia e il contenimento emotivo attraverso strategie mirate e una conduzione attenta.

Il percorso ha preso ispirazione dal metodo "ABC delle mie emozioni" (Di Pietro, 2014), basato sull'idea che la soluzione ai problemi emotivi non si trovi negli eventi esterni, ma nel modo in cui questi vengono interpretati e pensati. Il modello si articola in tre passaggi:

□ A (Activating event): l'evento attivante;

- B (Beliefs): i pensieri che si sviluppano in risposta a quell'evento;
- C (Consequences): le emozioni e i comportamenti che ne derivano.

Attraverso questo approccio, i ragazzi hanno compreso che non è l'evento in sé a determinare l'emozione, ma i pensieri che si attivano in risposta a quell'evento. Imparare a riconoscere e modificare i pensieri disfunzionali ha permesso di generare reazioni emotive più funzionali e consapevoli.

Nelle prime sedute del training si è lavorato sulle emozioni di base e secondarie, arricchendo così il vocabolario emotivo personale. Successivamente, i ragazzi hanno costruito il proprio "termometro delle emozioni", uno strumento simbolico per misurare l'intensità delle emozioni provate, utile per dare forma e nome a ciò che sentivano e per sviluppare ed apprendere nuove strategie adeguate alle diverse intensità emotive.

Successivamente, l'attenzione si è concentrata sulla regolazione dell'intensità emotiva, attraverso tecniche di respirazione, strategie per interrompere l'escalation emotiva e momenti di consapevolezza corporea.

I partecipanti hanno imparato a riconoscere le emozioni anche attraverso i segnali del corpo, migliorando così la percezione di sé e degli altri.

Un ulteriore approfondimento ha riguardato i cosiddetti "virus mentali", ossia schemi di pensiero rigidi o distorti, come il fare interpretazioni sbagliate, il pretendere, l'ingigantire, il generalizzare o lo svalutare. Riconoscere questi meccanismi, portando tematiche sia interne che esterne al contesto comunitario, ha consentito ai ragazzi di mettersi in discussione e di avviare un lavoro di ristrutturazione cognitiva, potenzialmente trasformativo sul piano emotivo e comportamentale.

Infine, sono state trattate e vinte le emozioni dannose, attraverso lo sviluppo e l'apprendimento di nuove strategie.

Complessivamente, il percorso ha rappresentato una valida esperienza educativa ed evolutiva. La maggior parte dei partecipanti ha mostrato progressi significativi, sia sul piano emotivo che su quello relazionale. Il clima di gruppo, pur con le sue oscillazioni, è diventato progressivamente più coeso, e la maggior parte dei ragazzi ha imparato a esprimere i propri vissuti con maggiore consapevolezza e rispetto per sé e per gli altri.

Il percorso ha confermato quanto sia importante fornire ai ragazzi spazi strutturati in cui poter parlare di sé, conoscere il mondo delle emozioni e sperimentare nuove modalità di relazione, dentro e fuori dal gruppo. In un tempo che spesso chiede reazioni rapide e risposte automatiche, educare alle emozioni resta un investimento fondamentale per la crescita personale e sociale di ogni individuo.

Gruppo terapeutico - LIFE SKILLS

Silvia Sandonà, Beatrice Polonio

I minori accolti all'interno della nostra Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) presentano quadri clinici complessi, caratterizzati da marcate difficoltà relazionali, comportamentali, comunicative ed emotive. Spesso manifestano condotte disfunzionali come agiti aggressivi, comportamenti impulsivi, fughe dalla struttura e una generale difficoltà nella regolazione degli impulsi.

Dal punto di vista emotivo e relazionale, molti di loro presentano una compromissione nella capacità di costruire legami fondati sulla fiducia e sulla reciprocità affettiva; spesso provengono da contesti familiari e sociali disfunzionali, in cui non hanno potuto sperimentare relazioni di attaccamento sicuro. Questo ha influito negativamente sullo sviluppo di un senso stabile di sé, su una sufficiente autostima e sulla percezione di essere meritevoli di attenzione e cura.

Molti ragazzi si percepiscono come "diversi" rispetto ai coetanei, con conseguente ritiro sociale, senso di

inadeguatezza e difficoltà nell'instaurare e mantenere relazioni significative, sia nei contesti esterni (come la scuola), sia all'interno della comunità stessa.

In questo contesto, risulta fondamentale l'implementazione di interventi psicoeducativi e terapeutici finalizzati a promuovere:

- la consapevolezza e l'espressione degli stati emotivi;
- lo sviluppo di strategie di regolazione emotiva;
- il potenziamento delle competenze comunicative, con particolare attenzione alla capacità di esprimere bisogni, preferenze e limiti in modo assertivo ed efficace.

All'interno di questo percorso, il gruppo terapeutico assume un ruolo centrale. È uno spazio protetto e guidato, in cui i ragazzi possono iniziare a sperimentare l'esperienza dell'essere ascoltati senza giudizio, riconosciuti e sostenuti nella propria soggettività, non solo dagli adulti, ma anche dai pari.

Attraverso la condivisione, la risonanza emotiva e il confronto possono cominciare a costruire nuovi legami che (seppur inizialmente fragili) rappresentano un primo passo verso la fiducia nell'altro e, gradualmente, verso una maggiore fiducia in sé stessi.

L'obiettivo del gruppo è duplice: da un lato, fornire strumenti concreti di regolazione emotiva e comunicazione efficace; dall'altro, creare condizioni relazionali che favoriscano l'accoglienza, la validazione e il senso di appartenenza.

Il ruolo dell'adulto in questo processo è fondamentale: è necessario essere una presenza stabile, sintonizzata, capace di contenere e di restituire feedback autentici. Costruire fiducia richiede tempo e pazienza: ogni piccolo passo, ogni momento in cui un ragazzo riesce ad aprirsi o semplicemente a restare in relazione senza "fuggire" (fisicamente o emotivamente) rappresenta un successo terapeutico significativo.

Il punto centrale è stato concetto di life skills, ovvero le abilità di vita quotidiana. Si tratta di competenze fondamentali che ogni individuo utilizza per affrontare le sfide del quotidiano: prendere decisioni, risolvere problemi, comunicare efficacemente, gestire le emozioni, riconoscere i propri bisogni.

Lavorare sulle life skills non rappresenta soltanto un'attività educativa, ma un'opportunità per offrire ai ragazzi strumenti attraverso cui raccontarsi, riconoscersi e, soprattutto, iniziare a immaginarsi come persone capaci.

Ogni incontro è stato strutturato come una “palestra”, in cui allenare abilità diverse attraverso attività concrete, stimolanti e, per quanto possibile, anche divertenti. Non sono previste lezioni frontali: l'approccio si basa sull'esperienza, sul confronto, sulla condivisione, sul gioco e sulla simulazione.

Gli esercizi affrontati sono stati riadattati dal manuale “Educare le life skills: promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità”, seguendo i moduli proposti, ognuno dei quali si propone di allenare abilità diverse:

DECISION MAKING - valutare le informazioni e le conseguenze, per scegliere in modo consapevole.

PROBLEM SOLVING- affrontare difficoltà attraverso soluzioni pratiche ed efficaci.

CREATIVITA' - generare idee nuove, esplorare punti di vista alternativi.

SENSO CRITICO- analizzare informazioni e distinguere fatti da opinioni.

COMUNICAZIONE- esprimersi con chiarezza, ascoltare, adattarsi ai contesti.

AUTOCONSAPEVOLEZZA- riconoscere risorse, limiti, bisogni.

RELAZIONI INTERPERSONALI- collaborare, chiedere aiuto, rispettare i confini altrui.

EMPATIA- comprendere e dare valore al vissuto degli altri.

GESTIONE DELLE EMOZIONI- riconoscere e modulare le proprie reazioni.

GESTIONE DELLO STRESS- affrontare pressioni e situazioni difficili in modo equilibrato.

ESEMPI SIGNIFICATIVI

Riccardo

La prima abilità affrontata è stata quella di "saper prendere buone decisioni", scelta non casuale poiché si tratta di una competenza trasversale e particolarmente difficile da acquisire per chi vive in uno stato di costante emergenza emotiva.

Riccardo, inizialmente molto aggressivo e diffidente, sia verso gli adulti che verso i pari, faticava a riconoscere le proprie emozioni e reagiva impulsivamente in situazioni stressanti. Attraverso gli esercizi dei moduli sull'autoconsapevolezza e sul decision making, ha iniziato a riconoscere i segnali del disagio e a comunicarli.

Inizialmente chiedeva aiuto agli operatori; successivamente ha iniziato a gestire i momenti critici in

autonomia, allontanandosi volontariamente da situazioni attivanti e comunicando ai compagni il bisogno di "aria". Questa strategia, nata da un'esigenza autentica di Riccardo, è diventata una regola condivisa anche dagli altri ragazzi. La sua evoluzione ha avuto un impatto positivo sull'intero gruppo, offrendo un esempio concreto di cambiamento possibile.

Martina

All'inizio del percorso, Martina mostrava una forte chiusura emotiva e relazionale. Non interagiva quasi mai, nemmeno in momenti informali, e manteneva un distacco marcato dai coetanei.

Un momento di svolta si è verificato durante un'attività tratta dal modulo di autoconsapevolezza relazionale: il sociogramma. I ragazzi erano invitati a riflettere sui membri del gruppo, completando frasi del tipo "Mi piacerebbe studiare con... perché...".

Martina, per la prima volta, ha espresso opinioni personali positive sui pari. Questo ha avuto un duplice effetto: i compagni si sono sentiti visti e valorizzati, e Martina ha iniziato a percepirsi parte del gruppo, più efficace e riconosciuta. Da qui è nato un legame con Marianna, poi

consolidatosi in una vera amicizia. Nel tempo, ha iniziato a comunicare in modo più diretto anche con gli operatori, esprimendo bisogni e pensieri con maggiore sicurezza.

Leonardo e il colloquio simulato

Un altro momento significativo è stata la simulazione di un colloquio di lavoro. I ragazzi si sono presentati per una posizione a loro scelta, raccontando chi erano, quali competenze avevano e perché avrebbero dovuto essere scelti.

L'attività, presentata in forma ludica, si è rivelata un'importante occasione per lavorare sull'autostima e sull'immagine di sé. Alcuni ragazzi hanno fatto fatica a individuare qualità personali, ma in questi casi l'intervento del gruppo ha avuto un effetto trasformativo.

Leonardo, ad esempio, sosteneva di non avere alcun pregio. Grazie ai feedback dei compagni, ha potuto riconoscere per la prima volta una sua qualità positiva, sperimentando un momento di autentico riconoscimento e appartenenza.

Role playing e gestione dei conflitti:

Molto utili si sono rivelati anche i role playing, in cui venivano messi in scena episodi realmente accaduti in comunità, come litigi o comportamenti aggressivi. Dopo una fase di ricostruzione condivisa dei fatti (cosa è successo, cosa si è provato, quali alternative erano possibili), i ragazzi rielaboravano la scena proponendo modalità di gestione più funzionali.

In un caso, due ragazzi avevano litigato per la scelta del programma televisivo, arrivando all'aggressione fisica. Nel secondo role playing, il gruppo ha proposto una soluzione alternativa: l'intervento di un terzo compagno che coinvolgeva uno dei due in un'attività piacevole, portandoli poi a concordare una suddivisione equa del tempo.

Marianna e Marco si sono distinti per la capacità di proporre soluzioni costruttive, sperimentando un senso di efficacia personale e ricevendo riconoscimento dal gruppo.

I cambiamenti osservati sono spesso piccoli, ma portatori di grande significato:

Alberto, che in passato scappava impulsivamente dalla comunità, oggi chiede aiuto prima di farlo.

Marco inizia a rispettare le regole e cerca il dialogo se supportato a riflettere prima di agire.

Martina da sempre in difficoltà nella socializzazione, ha trovato un'amica in Marianna, con cui ha iniziato a condividere momenti significativi.

Leonardo e Riccardo ricercano un adulto nei momenti di crisi, riconoscendo la propria aggressività e chiedendo aiuto per contenerla.

Non tutto funziona sempre. Alcuni ragazzi, come Leonardo o Paolo, fanno fatica a restare in gruppo: si distraggono, disturbano, si isolano. In alcuni casi proviamo a coinvolgerli passivamente, permettendo loro di tenere con sé oggetti rassicuranti, ma non sempre ci riusciamo.

Altri, come Riccardo, hanno impegni familiari che coincidono con il gruppo e ne compromettono la partecipazione. Anche queste sono realtà con cui ci confrontiamo e che ci insegnano quanto il gruppo debba essere flessibile, capace di accogliere i limiti senza perdere la propria funzione.

Marco, sebbene brillante nel role playing ancora fatica a mettere in atto le strategie messe in scena anche da sè stesso, nei momenti di conflitto con i compagni.

In conclusione, il lavoro sulle life skills permette ai ragazzi di concentrarsi sulle esperienze reali, uscendo dall'impasse emotivo che li tiene ancorati continuamente al loro passato. Attraverso questo percorso possono riscoprire le proprie abilità e risorse autentiche, evitando di sperimentare la frustrazione costante generata dai rapporti conflittuali con la famiglia e con i coetanei; si possono così finalmente riconoscere come ragazzi competenti.

Gruppo terapeutico – Storie sociali

Veronica Bassan

Perché un gruppo sulle storie sociali?

Il gruppo "Storie sociali" viene svolto 1 volta alla settimana con 3 ragazzi che presentano difficoltà nella gestione e il riconoscimento delle emozioni, nei rapporti interpersonali, nei tempi della comunicazione, nel rispetto delle regole e molto altro.

Questo gruppo nasce quindi dalla necessità di insegnare loro regole sociali, modelli di comportamento adeguati mostrando alternative a reazioni spesso impulsive, migliorare la comprensione delle emozioni proprie e altrui, allenare la capacità di problem solving, favorire la comunicazione...

Le storie sociali si adattano proprio a queste difficoltà e le abbiamo create e adattate proprio con e per loro.

Ma cosa sono le storie sociali?

Le Storie Sociali sono state sviluppate in origine da Carol Gray per insegnare le abilità sociali ai bambini con disturbi dello spettro autistico ma oggi sono ampiamente utilizzate in diverse circostanze.

Una "Storia Sociale" è definita come una breve storia che insegna al bambino i comportamenti socialmente corretti da adottare in un determinato contesto, descrivendo una situazione, un'abilità o un concetto.

Si tratta quindi di brevi racconti scritti e illustrati che descrivono in modo chiaro, semplice e strutturato una situazione sociale, un comportamento o una regola, con lo scopo di fornire informazioni, ridurre l'ansia e favorire l'acquisizione di competenze sociali.

Una storia sociale efficace presenta alcune caratteristiche fondamentali:

- linguaggio semplice, concreto e adattato al livello cognitivo del ragazzo;
- supporto visivo che facilita la comprensione (immagini, pittogrammi, fotografie);
- narrazione breve e chiara, con sequenze che descrivono la situazione, il comportamento atteso e un esito rassicurante.
- focalizzazione su ciò che accade e su come comportarsi, piuttosto che sugli errori o sulle punizioni.

Quali sono gli obiettivi? Le storie sociali mirano a:

- rendere più prevedibili situazioni nuove o complesse, riducendo ansia e incertezza legate all'imprevedibilità;
- chiarire regole e aspettative sociali, favorendo comportamenti appropriati;
- offrire modelli positivi di azione, evitando un approccio punitivo;
- sostenere processi di autonomia e inclusione sociale.

Durante gli incontri abbiamo preso in considerazione diversi temi:

L'attesa: per i nostri ragazzi l'attesa è molto difficile, saper aspettare con pazienza è stato quindi un obiettivo delle nostre storie;

La richiesta: sia in termini di educazione e quindi "saper chiedere qualcosa in maniera adeguata" sia in termini di aiuto "chiedere aiuto quando si ha bisogno";

L'affettività e il rispetto per l'altro sono stati altri due temi importanti: saper mostrare affetto all'altro senza oltrepassare i suoi limiti personali, imparare a trattare gli altri con gentilezza e imparare a comportarsi nei luoghi pubblici e infine la cura personale e l'importanza

dell'igiene quotidiana per far assumere loro un'immagine positiva.

Applicazioni pratiche

Nella pratica quotidiana, le storie sociali sono risultano utili in vari ambiti:

Scuola: gestione dei turni di parola, partecipazione alle attività;

Vita quotidiana: affrontare visite mediche, saper stare nei luoghi pubblici, aspettare alla cassa del supermercato;

Competenze relazionali: imparare a salutare, a chiedere aiuto, a rispettare lo spazio interpersonale.

Un esempio di storia sociale che abbiamo analizzato:

“Le parole possono anche ferire”

Situazione in breve: Durante una partita a basket, Sara sbaglia un tiro.

Problema: Martina le grida: “Non sai giocare, sei un'incapace”.

Come si sente Sara? Sara prova vergogna, si rattrista e smette di giocare.

Soluzione: L'allenatore interviene: “Meglio dire: ‘Riprovaci, andrà meglio!’”.

Insegnamento: Le parole gentili aiutano, quelle cattive feriscono.

Attività svolta con i ragazzi sul tema del Rispetto:

Riflessione: Che cos'è il Rispetto?

“Rispetto è dire ‘per favore’; e ‘grazie’ “

“Il rispetto è quando ascolti un che amico ti parla”

“È non prendere i giochi degli altri senza chiedere”.

“Rispetto è trattare tutti bene”

Attività: Fai una rappresentazione a piacere dicendo cos'è per te il Rispetto.

Y: G.A.R.L.: un'associazione di militari per proteggere i bambini dai bulli

Z: Per me il Rispetto è rappresentato da due persone che si vogliono bene, che vanno d'accordo e aiutano le persone che hanno bisogno.

X: Parole che evocano rispetto: grazie, per favore, posso, TVB, ti adoro

All'inizio l'ingaggio dei ragazzi è stato complesso, la partecipazione era passiva e l'attenzione mantenuta per un breve tempo, poi con la continuità degli incontri i

ragazzi hanno iniziato a partecipare più attivamente aprendosi sulle loro fragilità e difficoltà.

Durante gli incontri spesso la prima reazione avuta dai ragazzi è stata la frustrazione, la rabbia, la vergogna per non essere in grado di comportarsi in una determinata maniera, per sentirsi giudicati, poi, accogliendo il loro stato emotivo motivando e ragionando insieme a loro sugli accaduti hanno potuto imparare nuove strategie per affrontare le situazioni-problema e le loro reazioni sono cambiate.

Alla fine degli incontri si sono potuti notare dei cambiamenti:

X: ha imparato ad accettare i no e a tollerare maggiormente le attese, inoltre la sua partecipazione al gruppo da passiva è diventata attiva.

Y: ha iniziato a chiedere aiuto quando si sente agitato invece di alzare le mani.

Z: si sta sforzando a mantenere le distanze interpersonali e a rispettare i tempi della comunicazione.

L'esperienza delle storie sociali rappresentate attraverso i giochi di ruolo ha messo in evidenza la criticità dei comportamenti disfunzionali dei ragazzi che, ad esempio,

in coda in gelateria non hanno saputo gestire l'attesa e si sono arrabbiati.

Questo comportamento disfunzionale è stato poi rielaborato con il gioco di ruolo e sperimentato su di sé in modo corretto.

L'esperienza ha quindi permesso di gestire i loro comportamenti in modo più consapevole.

Le storie sociali sono quindi uno strumento pedagogico e riabilitativo di grande valore per i nostri ragazzi.

Certo non possiamo aspettarci di vedere dei cambiamenti radicali in poco tempo, non abbiamo a che fare con delle macchine, abbiamo a che fare con ragazzi che possono apprendere nel tempo nuove strategie, ma vanno guidati e supportati in questo.

Ma quanto è stabile nel tempo l'abilità appresa?

I ragazzi apprendono nuove abilità attraverso le storie sociali, ma spesso queste competenze non si mantengono a lungo se non vengono riprese e rinforzate nel tempo.

Per questo motivo è importante proporre più volte gli stessi temi nelle storie sociali, rinforzare tali competenze, oppure riprendere i concetti in contesti diversi, in modo che il ragazzo possa consolidare l'apprendimento e generalizzarlo nelle situazioni quotidiane.

La ripetizione, infatti, non è una semplice ripetizione meccanica, ma un aiuto concreto per far sì che l'abilità diventi parte stabile del loro repertorio comportamentale e realmente utilizzabile.

Questo gruppo riabilitativo ha rappresentato un contesto privilegiato per favorire i legami tra i ragazzi, perché ha permesso loro di confrontarsi in un ambiente protetto e guidato.

Le somiglianze tra i partecipanti (esperienze comuni, obiettivi di crescita, età o interessi simili) hanno favorito il senso di appartenenza e creato una base di riconoscimento reciproco: sentirsi compresi e meno soli rafforza l'identità e riduce il senso di isolamento.

Il riconoscersi nell'altro riduce la percezione di isolamento e favorisce lo sviluppo di un'identità sociale condivisa, condizione necessaria per l'attivazione di processi di sostegno reciproco.

Le differenze, invece, hanno insegnato loro a rispettare e valorizzare l'altro e diventano una risorsa perché stimolano l'apertura, la curiosità e la possibilità di guardare le difficoltà da punti di vista diversi.

Esse stimolano i ragazzi a uscire dalla propria prospettiva ristretta, a confrontarsi con punti di vista alternativi e a sviluppare competenze di tolleranza, empatia e negoziazione.

In questo equilibrio, i ragazzi hanno cercato non solo di creare legami autentici, ma anche di sviluppare competenze sociali utili nella loro vita quotidiana.

Gruppo terapeutico - Cineforum

Giorgia Pandini

Il gruppo cineforum rappresenta un'attività strutturata che va ben oltre la semplice visione condivisa di un film: è un vero e proprio spazio educativo e relazionale, dove le storie diventano strumenti attraverso cui i ragazzi possono conoscersi meglio, confrontarsi e crescere. La scelta dei film non è mai casuale, ma guidata dai valori che intendono trasmettere – come resilienza, identità, responsabilità, appartenenza e solidarietà – elementi centrali nel percorso di crescita dei ragazzi accolti in comunità.

Il cineforum segue una sequenza precisa e intenzionale. Si comincia con una breve presentazione del film, utile a introdurre il contesto narrativo e a porre l'attenzione su alcuni temi chiave. La visione diventa un momento immersivo e condiviso, in cui ciascun ragazzo può lasciarsi coinvolgere dalle emozioni e dall'identificazione con i personaggi. Al termine del film, il gruppo partecipa a un'attività riflessiva e creativa: discussioni guidate, domande aperte, scrittura, disegno o altre modalità espressive.

Questo momento consente a ogni partecipante di trovare il proprio linguaggio e di rielaborare l'esperienza in modo personale.

Gli obiettivi del cineforum sono molteplici. Anzitutto, favorire la comprensione di sé attraverso il confronto con le storie viste, stimolando processi identificatori che permettono di esplorare emozioni, desideri e vissuti interiori. In secondo luogo, promuovere il pensiero critico: i film selezionati affrontano temi significativi che accompagnano i ragazzi nel riconoscimento e nell'interiorizzazione di valori importanti. Infine, l'aspetto relazionale: guardare un film insieme e discuterne crea un clima di ascolto reciproco, favorisce la condivisione e aiuta a sperimentare dinamiche di gruppo positive.

L'esperienza ha mostrato diversi punti di forza. Molti ragazzi hanno partecipato con interesse, dando vita a momenti di confronto autentici e rispettosi. Le immagini e le storie hanno spesso attivato emozioni profonde, facilitando il mettersi in gioco. Le attività creative proposte dopo la visione hanno permesso di dare voce a significati personali, aprendo spazi di comunicazione anche a chi normalmente fatica a esprimersi verbalmente.

Il confronto tra punti di vista diversi si è rivelato un ulteriore valore aggiunto, mostrando come ognuno guardi un film attraverso la lente del proprio vissuto.

Naturalmente non sono mancate alcune criticità: talvolta alcuni ragazzi hanno mostrato scarsa partecipazione o difficoltà a concentrarsi; in alcune occasioni il tempo limitato ha impedito un'adeguata rielaborazione dei contenuti emersi. Tuttavia, queste difficoltà sono state affrontate adattando di volta in volta la proposta, mantenendo un setting flessibile ma coerente.

L'efficacia del cineforum è emersa soprattutto dalla capacità dei partecipanti di cogliere i messaggi profondi dei film e di collegarli alla propria esperienza personale. Attraverso storie come *Soul*, i ragazzi hanno riflettuto sul senso della vita e sulla ricerca della propria "scintilla".

Con *Big*, si sono confrontati con il tema della crescita e con le ambivalenze dell'adolescenza.

Encanto ha permesso di esplorare il ruolo delle aspettative familiari e il bisogno di essere accettati.

Il *Piccolo Principe*, infine, ha offerto uno spazio simbolico per ragionare sul valore dei legami, sull'invisibile e sull'importanza di dare un nome ai propri mondi interiori.

In ciascuna di queste esperienze, le attività creative hanno permesso ai ragazzi di trasformare il film in un'occasione di espressione autentica: scrivere la propria "scintilla", costruire la propria porta magica, immaginare un pianeta personale. Questi gesti hanno aiutato i partecipanti a riconoscere e valorizzare la propria identità, favorendo processi di auto-espressione sicuri e protetti.

Uno degli aspetti più significativi emersi riguarda le emozioni e i legami. Alcuni ragazzi hanno espresso ricordi dolorosi legati alla propria storia familiare; altri hanno preferito affrontare i temi delicati con leggerezza e ironia, come forma di protezione. In entrambi i casi, il gruppo ha saputo accogliere le emozioni senza giudizio, creando un clima relazionale basato sul rispetto e sulla fiducia reciproca.

L'ascolto ha assunto un ruolo centrale: in un contesto dove i ragazzi spesso faticano a trovare spazi espressivi, il cineforum ha rappresentato un'opportunità concreta per essere ascoltati e riconosciuti. Domande aperte, tempi rispettosi, e la valorizzazione dei contributi non verbali hanno promosso un ascolto attivo capace di trasformare

silenzi, parole ed emozioni in elementi significativi del percorso educativo.

In conclusione, il cineforum si configura come un potente strumento educativo e riabilitativo. Non è solo un momento ricreativo, ma un'esperienza che favorisce la crescita personale, la consapevolezza di sé e la costruzione di legami significativi. Guardare un film insieme diventa un invito a guardare anche dentro di sé: un'occasione per riflettere, confrontarsi e crescere come persone e come gruppo. È un percorso che insegna ad ascoltare, a porsi domande, a riconoscere le proprie emozioni e i propri valori, offrendo ai ragazzi un contesto sicuro in cui sperimentare la bellezza dell'incontro con l'altro.

Gruppo terapeutico – Creativatro

Giulia Munari

Quali benefici può dare la realizzazione di un gruppo di teatro all'interno di una CTRP?

Negli ultimi anni l'ambiente del teatro si è dimostrato estremamente inclusivo poiché all'interno dello stesso non c'è necessità di predisporre di una tipologia di forma fisica, né di voce o caratteristiche particolari. Ciò che conta realmente in questo contesto è riuscire a adattarsi a ruoli, storie ed esperienze proposte, individuando quelli più adatti ai soggetti coinvolti.

Ho pensato di proporre quest'attività ai ragazzi per offrire un setting ed un'esperienza libera e non propriamente strutturata, in cui esprimersi e 'poter essere'.

I due obiettivi generali, scelti in base all'osservazione ed analisi del contesto e del gruppo utenti, si configuravano in:

- fornire mezzi e strategie per favorire la costruzione di un sano equilibrio emotivo e relazionale;
- incentivare la costruzione di un sistema di valori basato sul senso del rispetto, della tolleranza e collaborazione.

Il ragionamento volto alla decisione degli obiettivi sovrastanti riguarda sia l'evidenza di un'incapacità di creazione di legami affettivi significativi, stabili e sicuri, dovuto dall'esperienza di vita vissuta dai ragazzi e dalle proprie caratteristiche personali, nonché la consapevolezza che l'adattamento in un contesto nuovo, considerato 'casa' per qualche tempo implichi difficoltà.

Il percorso talvolta viene vissuto come più complesso proprio per queste variabili. Oltre alla volontà di fornire nuove strategie per lo sviluppo di abilità sociali e relazionali, esiste un altro scopo per l'attività proposta: tentare di fornire aiuto per regolare e gestire anche fragilità di tipo organico e interno. In particolare, gli esercizi proposti hanno avuto un focus su: disregolazione emotiva, discontrollo degli impulsi, tendenza all'isolamento sociale, basso livello autostima, incapacità di esprimere pensieri e sentimenti.

Il focus, o filo conduttore, su cui abbiamo concentrato il nostro lavoro è proprio il concetto di legame. Un legame che diventa cura.

Questo brainstorming è stato utilizzato per accertarsi di fornire un intervento mirato e specifico, che potesse realmente rispondere ai bisogni terapeutici dei minori coinvolti e che fosse utile per il raggiungimento degli obiettivi personali.

Il nome dell'attività nasce dall'unione delle parole 'creatività' e 'teatro', ciò che sta alla base del laboratorio proposto: esso, infatti, si concretizza in esercizi di teatro creativo volti allo sviluppo di abilità sociali, comunicative e relazionali.

Gli incontri sono stati svolti nel periodo da settembre 2025 fino alla fine del mese corrente, 1 volta alla settimana, e sono stati caratterizzati da una flessibilità nella durata in base alle necessità e bisogni dei ragazzi partecipanti.

Quest'attività ha permesso quindi di lavorare sulle proprie abilità e capacità intrapersonali, ma soprattutto su quelle interpersonali.

Durante il corso degli incontri, man mano che le difficoltà citate in precedenza emergevano, sono stati utilizzati alcuni strumenti metodologici come, ad esempio, la normalizzazione e generalizzazione degli impedimenti

fisici, ad esempio, costruendo un gioco o una scenetta da una caduta, piuttosto che da una perdita di equilibrio, oppure il 'chaining' e le catene comportamentali per gli stati emotivi, per analizzare il "percorso" di un'emozione ma in maniera più ludica e leggera.

Questa modalità operativa è servita a diminuire notevolmente il senso di fallimento nel caso di mancata riuscita degli esercizi.

A favore di ciò, le attività sono state tarate incominciando dalle più semplici arrivando via via a quelle più complesse.

Per indagare più a fondo il ruolo e la modalità di strutturazione di un legame abbiamo lavorato secondo questa divisione:

- Incontro 1 e 2: giochi di conoscenza, dello spazio, del proprio sé e dei movimenti, nonché dello spazio circostante;
- Incontro 3 e 4: giochi individuali, per favorire l'identificazione del proprio ruolo all'interno del gruppo creatosi;
- Incontro 5,6,7,8: giochi di coppia, in cui conosco ed esploro la dimensione dell'altro, comprendo e imparo a

riconoscere come si sente l'altro compagno e come "funziona";

- Incontro 9,10,11,12: giochi di gruppo, principi chiave la collaborazione, tolleranza e fiducia.

Un incontro tipo si organizzava in quattro momenti principali:

- Riscaldamento: momento iniziale, prevedeva circa dieci minuti di riscaldamento corporeo ed esercizi di respirazione per focalizzare l'attenzione nel qui ed ora ed aumentare la concentrazione;

- Creazione: fase più movimentata, susseguirsi di esercizi e attività dinamiche, prese dal manuale di riferimento di Teatro Creativo (S. Pitruzzella), riadattate in base all'argomento del giorno ed alla composizione del gruppo. In questa fase abbiamo utilizzato strumenti come bende, palla, sedie ecc....;

- Gioco finale: periodo più ludico e divertente, caratterizzato da giochi di gruppo come palla avvelenata, 123 stella ed altri, ma rivisitati con le caratteristiche proprie del tema affrontato;

- Chiusura: momento finale di brainstorming e riflessione, focus su feedback, idee e pensieri personali sviluppati durante l'incontro.

Nella prima fase di attività si denota un gruppo eterogeneo, con componenti molto performanti e altri più instabili. Progressiva crescita di coesione tra l'incontro 1 e il 3, seguita da un calo momentaneo dovuto a fattori ambientali.

Le attività pratiche e dinamiche risultano più efficaci per il mantenimento dell'attenzione.

Gli interventi regolativi di alcuni membri supportano positivamente il gruppo e favoriscono il riaggancio dei compagni in difficoltà. Si sono susseguiti diversi sviluppi:

X, ad esempio, ha già migliorato la propria capacità di adesione all'attività e ad una compagnia differente da quella scelta; inizialmente rifiutava di lavorare con altri compagni, ora invece collabora con la maggior parte del gruppo;

Y, ponendosi come leader positivo, si mette al servizio degli altri, aiutandoli e facilitando l'esecuzione, se necessario, dei giochi. Precedentemente tendeva a restare nel gruppetto dei "più performanti" non curandosi

del resto, ora si accerta sempre che tutti non si trovino in difficoltà.

In linea generale si vede un aumento della capacità adattiva, collaborativa. Si è abbassato notevolmente il senso di vergogna ed imbarazzo iniziale, sia nei confronti del gruppo che degli operatori presenti, che anche, per il fatto di essere in uno spazio esterno, esposti al mondo esterno. Si denota inoltre maggiore coinvolgimento con conseguente messa alla prova, con molte meno resistenze rispetto all'inizio.

Nella seconda fase si osserva un progressivo miglioramento nella coesione e nella gestione dei tempi, con picchi positivi nelle attività di movimento e interpretazione.

Permangono difficoltà di attenzione e cooperazione, specie nei soggetti con tendenza all'isolamento. Gli elementi più regolativi e di supporto favoriscono la stabilità del gruppo e il mantenimento del setting. Si intensificano, inoltre, i momenti di riflessione e cooperazione. I ragazzi si interfacciano tra di loro, esponendo opinioni, feedback e pensieri personali. Riescono a permanere nel setting per un tempo maggiore

e a portare quasi sempre a termine le consegne date. W riesce ad accettare che un compagno scelga come effettuare l'attività, si lascia guidare e accetta consigli ed opinioni; Z tende ancora ad isolarsi nei momenti di crisi o disagio ma, a differenza delle fughe iniziali che metteva in atto, ora riesce a restare nel setting e a ricevere l'aiuto del conduttore e dei compagni per la risoluzione di questi momenti.

Nella fase finale si ha un raggiungimento degli obiettivi prefissati soddisfacente: i ragazzi dimostrano di aver aumentato la consapevolezza emotiva, la capacità di mediazione tra loro, hanno aumentato la permanenza e di conseguenza l'attenzione ed il focus sull'attività nonché l'abilità di adattamento al contesto e infine, ma non meno importante, hanno incrementato la propria creatività ed intraprendenza.

Analizzando dei dati statistici, in cui vengono indagate la partecipazione media e il comportamento coerente e adeguato, per tutti e undici i ragazzi coinvolti, si valuta:

□ In T0: Partecipazione media complessiva: ~69%
Comportamento adeguato medio:
~67%

□ In T1: Partecipazione media complessiva: ~72%

Comportamento adeguato medio:

~68%

□ In T2: Partecipazione media complessiva: ~81%

Comportamento adeguato medio:

~92%

Nel corso dello svolgimento sono state riscontrate diverse criticità legate al contesto ed al gruppo in essere:

- Diverse modalità di funzionamento, dovute alla differenza di età, esperienziale, di interessi e di capacità espressiva: nonostante gli anni di differenza siano pochi si denota la difficoltà di rapportarsi anche a causa degli stimoli percepiti nei contesti istituzionali in cui sono inseriti;
- Scarsa aderenza alle attività statiche, data la difficoltà di concentrazione;
- Velocità di comprensione di regole ed indicazioni differente sempre in base al funzionamento;
- Impossibilità di avere tutte le volte un setting spoglio di stimoli (da settembre a ottobre esterno privo di distrazioni, da ottobre novembre spazio interno, ambiente quotidiano e quindi maggiormente stimolante);

- Auto-stigma percepito quando ci si trova all'esterno della struttura, dovuto al senso di mancata accettazione da parte dei pari e della società in generale;
- Situazioni di crisi (internalizzante o esternalizzante).

I punti di forza individuati sono:

- Creazione di uno spazio non giudicante, in cui ognuno si può esprimere liberamente e non può "sbagliare";
- Presenza e partecipazione di tutti, o della maggior parte, degli operatori presenti in turno al momento dell'attività;
- Inserimento al termine di ogni incontro di un'attività più ludica, rivisitata, rispetto agli argomenti affrontati nel pomeriggio.

I risultati sul piano individuale denotano l'aumento del senso di consapevolezza e sicurezza personale, del senso di responsabilità, l'imposizione del ruolo di leadership positivo e della capacità di gestione. Migliore l'adattabilità al contesto e la volontà di collaborazione. Sul piano gruppale invece, i ragazzi hanno raggiunto una buona coesione e capacità di autoregolazione, con progressiva interiorizzazione delle regole. Aumentata la capacità di tolleranza e cooperazione, il senso di appartenenza e di fiducia.

Relatori in ordine di apparizione:

- **Dr.ssa Lara Dal Zotto:** Neuropsichiatra Infantile, Dirigente medico - USL 8 Berica;
- **Dott.ssa Nicoletta Morbioli:** Dirigente dell'Ufficio Scolastico Ambito Territoriale di Vicenza;
- **Professore Gustavo Pietropolli Charmet:** Psichiatra e psicoterapeuta dell'adolescenza, già Docente di Psicologia Dinamica presso l'Università Statale di Milano e presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca e già Primario dei servizi psichiatrici di Milano. Socio e co-fondatore con Franco Fornari dell'Istituto Minotauro di Milano e docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'Adolescente e del giovane adulto Minotauro di Milano. Responsabile Scientifico del Consultorio Gratuito per adolescenti e genitori della Cooperativa Sociale Minotauro di Milano. Presidente Onorario

dell'Associazione CAF Onlus di Milano. Autore di numerosi saggi e pubblicazioni scientifiche sull'adolescenza tra cui il libro di recente pubblicazione *Adolescenti misteriosi*, Mimesis, Milano, 2024. Tra i suoi libri, *Gioventù rubata*, Rizzoli, Milano, 2022; *Il motore del mondo. Come sono cambiati i sentimenti*, Solferino, Milano, 2020; (a cura di con E. Paracchini, R. Spiniello, A. Rossetti).

- **Dott. Maurizio Brighenti:** Medico Chirurgo, Specializzato in Neuropsichiatria Infantile e Psicoterapeuta. Già Direttore Dipartimento NPI e Fondatore Centro Autismo di Verona, Direttore Scientifico GISA (Gruppo Italiano Studi Autismo), Centro Medico Psicologico Lonato/Desenzano d-Garda (BS) e Centro Diagnosi Cura Età Evolutiva ed Adolescenza (Verona). Direttore Scientifico Associazione Luna (BS) e Fondazione "Noi nel futuro" (VR) e Responsabile Clinico Comunità Terapeutica per Minori Villa Arnaldi (VI).

- **Dott.ssa Sophie Cagdas:** Neuropsichiatra infantile, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott. Daniel Mariotto:** Psicologo e psicoterapeuta in formazione, Responsabile, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Miriam Gini:** Educatrice socio-pedagogica, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott. Massimiliano Peruffo:** Psicologo e psicoterapeuta, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Renata De Grandi:** Dirigente scolastico I.C. Fogazzaro, Noventa Vicentina;
- **Prof.ssa Barbara Satin:** Insegnante presso I.C. Fogazzaro, Funzione Strumentale per l'Inclusione;
- **Dott.ssa Erika Isatto:** Psicologa, Referente Scuola, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Michela Montagna:** Referente OSS, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Veronica Bassan:** Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CTRP Villa Arnaldi;

- **Dott.ssa Beatrice Polonio:** Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Carola Andriolo:** Educatrice professionale sanitaria, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Gaia Dalla Benetta:** Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Silvia Sandonà:** Educatrice socio-pedagogica, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Giorgia Pandini:** Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CTRP Villa Arnaldi;
- **Dott.ssa Giulia Munari:** Tecnico della riabilitazione psichiatrica, CTRP Villa Arnaldi;

Segreteria organizzativa

Dott.ssa Sara Di Liberto,

Assistente Sociale CTRP "Villa Arnaldi"

Tel. 3513240041

Mail: assistente.sociale@villaarnaldi.it

Ringraziamenti

Si ringraziano il Comune di Noventa Vicentina, le Forze dell'Ordine, la Dirigente scolastica Dott.ssa Renata De Grandi e tutto l'I.C. Fogazzaro, la sovrintendenza scolastica rappresentata dalla Dott.ssa Morbioli e tutti coloro che hanno offerto disponibilità alla realizzazione del convegno.

Ringraziamo queste realtà, in particolare, per l'accoglienza di tutti i nostri ragazzi nella comunità di Noventa Vicentina.

Un grazie, inoltre, alla Dott.ssa Lara Dal Zotto, NPI presso il servizio di neuropsichiatria dell'Ulss8, per aver moderato gli interventi e per la partecipazione attiva e di supporto nell'intera giornata.

Un ringraziamento alla Dottoressa AS Sara Di Liberto organizzatrice del convegno, il cui contributo è stato determinante per raggiungere un'alta efficienza operativa.

Grazie anche a Luana Di Liberto per essersi occupata della grafica.