

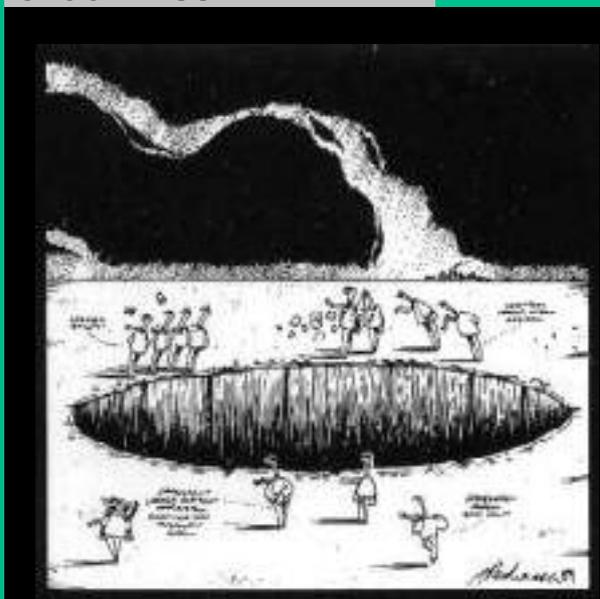
PREVENZIONE PRIMARIA DELLE TOSSICODIPENDENZE

Psicologia di comunità e
educazione alla salute

G. CONTESSA

Collana Gruppi,
Organizzazioni,
Comunità

GOC



Adelphi
ARCIPELAGO

GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ

Collana promossa da [ARIPS](#),

diretta da [Margherita Sberna](#)

È la naturale continuazione della collana Gruppi & Comunità già edita da Città Studi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzi tutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa. Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione, la quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni e a stimolarne il continuo sviluppo. L'immateriale, come oggi viene chiamato, si

mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni della neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne la qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute;
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo;
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali.

Autori ed esperienze saranno membri di ARIPS, ma – nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione, saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini

alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

Ulteriori informazioni: www.arips.com

Collana: Gruppi, Organizzazioni, Comunità

[G. Contessa](#)

PREVENZIONE PRIMARIA
DELLE TOSSICODIPENDENZE

Psicologia di Comunità e
educazione alla salute

© Copyright [Edizioni Arcipelago](#)
www.edarcipelago.com

Via Bertelli, 16 20127 Milano

Prima edizione novembre 1984 a cura di Clued
Edizione elettronica 2002 a cura di [Edizioni
Arcipelago](#)

I diritti di traduzione, memorizzazione
elettronica,
riproduzione e adattamento totale o parziale,
con
qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie
fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

Copertina: Andrea Pedrazzini

Guido Contessa

**PREVENZIONE
PRIMARIA
DELLE
TOSSICODIPENDENZE**

**Psicologia di Comunità
e educazione alla salute**

*Al giovane
Christian
con amore*

INDICE

PREFAZIONE -----	13
------------------	----

Primo Capitolo

BASI TEORICHE DELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELLA TOSSICODIPENDENZA -----	21
1.1-Teorie sulla tossicodipendenza -----	21
1.2-La tossicodipendenza come fenomeno multifattoriale -----	27
1.3-Teorie della prevenzione -----	31
1.4-Prevenzione come azione generale -----	37
1.5-Prevenzione e servizi socio-sanitari -----	39
1.6-La scuola e la comunità -----	53
1.7-La scuola e la prevenzione: l'educazione alla salute -----	56
1.8-Teorie del metodo preventivo -----	57
1.8.1-Kurt Lewin -----	58
1.8.2-Maxwell Jones -----	63
1.8.3-Ulteriori approcci -----	66
1.9-I principi base del metodo preventivo secondo l'approccio della psicologia di comunità -----	71
1.10-Prevenzione e Psicologia	

di Comunità in Italia -----	74
1.10.1-L'Osservatorio psicosociale di comunità -----	77
1.10.2-II Distretto -----	78

Secondo Capitolo

IL PROGETTO <i>MITO</i> (1982) -----	83
2.1- Il progetto -----	84
2.2- Il progetto <i>Mito</i> : motivi delle scelte -----	87
2.2.1- Eterogeneità di risorse -----	87
2.2.2- Destruutturazione -----	89
2.2.3- Stili di conduzione -----	93
2.2.4- Ruolo dell'équipe di coordinamento -----	95
2.2.5- Sotto-progetti -----	96
2.3- Una valutazione semplice del progetto -----	98
2.3.1- I limiti maggiori del Progetto <i>Mito</i> -----	104

Terzo Capitolo

IL PROGETTO "P" -----	107
3.1- Un progetto di origine pubblica -----	107
3.2- Un territorio speciale: Marone ----	109
3.3- L'organizzazione ridotta al minimo -----	110
3.4-Le basi teoriche e metodologiche -----	111
3.5- Le azioni intraprese nella fase della gestione diretta (1983) -----	114
3.6- L'azione "a cascata" -----	116
3.7- Gli aspetti informativi,	

promozionali e gestionali ----- 119

Quarto Capitolo

IL PROGETTO *FOTOSS* ----- 123

4.1- Il territorio ----- 123

4.2- Gli attori ----- 125

4.3- L'area di intervento

e la fase iniziale ----- 126

4.4- Il progetto *FOTOSS* ----- 130

4.5- Brevi cenni sul metodo ----- 133

4.6- Il progetto *Fotoss* in azione ----- 138

4.7- I gruppi operativi ----- 141

4.8- L'équipe tecnica ----- 144

4.9. I problemi ----- 146

4.9.1- Le resistenze dei partecipanti

e quelle delle scuole ----- 146

4.9.2- I committenti e le attività

innovative nella comunità ----- 148

4.9.3- L'équipe ----- 151

4.9.4- L'evaluation ----- 155

Quinto Capitolo

LINEE PER UN METODO ----- 161

5.1- L'autore e la

modalità della progettazione ----- 161

5.2- L'autorità politica ----- 164

5.3- I contratti fra gli attori ----- 172

5.4- Le "istituzioni"

interne al progetto ----- 181

5.5- Il rapporto interni-esterni

alla comunità ----- 186

5.6- I partecipanti al progetto ----- 189

5.7- Il management del progetto ----- 193

5.8- Il marketing sociale ----- 195

5.9- Il fattore economico ----- 197

**Allegato A- Corso di Psicologia di
Comunità**

per operatori delle UU.SS.LL.
e di Comunità Terapeutiche
della Regione Liguria

(1983 – 1984)----- 201

Bibliografia generale ----- 203

PREFAZIONE

Quando nel giugno del 1979 l'ARIPS promosse il I° Congresso italiano di psicologia di comunità, le idee erano ancora molto confuse in tutti coloro che parteciparono. Bisogna ammettere che fu solo grazie a un atto di forza di alcuni "veggenti" se nell'autunno dello stesso anno si riuscì a far passare, al XVIII Congresso della SIPS (ad Acireale), la costituzione di una Divisione professionale riservata alla psicologia di comunità. Allora avevamo solo intuizioni e presagi, non molto di più.

In questi anni, però, le cose sono andate piuttosto avanti. Tanto avanti che ci è possibile pubblicare questo libro di esperienze e riflessioni. Ora possiamo dire che in soli dieci anni è nata e si sta sviluppando una branca della psicologia nuova per l'Italia.

Sulla psicologia di comunità si sono promossi dibattiti, convegni, congressi, corsi, ma soprattutto (questo libro lo testimonia) si sono realizzate esperienze

preziose che ci consentono un avanzamento sia teorico che metodologico. Ora possiamo parlare di psicologia di comunità non solo in astratto, o sulla scorta di suggestioni provenienti dall'estero, ma sulla base di un progressivo insediamento sociale e di un costante confronto con la prassi professionale. Questo volume, tuttavia, non è solo una tappa evolutiva di una disciplina. È anche la testimonianza dei meriti che tale branca della psicologia può vantare in quella specie di miraggio che negli ultimi quindici anni è stato definito come "prevenzione primaria". Un sogno e una sfida, questa della prevenzione primaria, nata negli anni Sessanta come corollario al disegno di agire sulla "qualità della vita" e di rivalorizzare la "soggettività". Un disegno complessivo, palinogenetico, presto sepolto dagli "anni di piombo" e dal "riflusso". Ora sappiamo che non di sepoltura definitiva si trattava, ma di pura conservazione sotto la cenere di braci destinate a ridiventare fiamma. Sono occorsi dieci anni e più per passare dagli slogan alla prassi, ma ora sembra che ci stiamo riuscendo. Intendiamoci, non che si sia finalmente scoperto cosa fare, come dopo essere

usciti dalla confusione e dalla oscurità. Negli ultimi quindici anni non sono affatto cambiati i desideri e gli obiettivi; siamo anzi orgogliosi di aver potuto, malgrado tutto, mantenere vive le idee sul “cosa fare” (*know what*) e sul “perché farlo” (*know why*). Ma ci mancava il *know how*, cioè il “come fare”, ci mancavano le strategie e i metodi transizionali, i percorsi attuativi che permettessero di passare dalle teorie alla prassi.

In questi anni ci siamo cimentati, come questo libro documenta, e ora abbiamo messo a punto una metodologia, cioè un *know how*, certo da raffinare, ma per nulla disprezzabile. Ora la psicologia di comunità conosce “come si fa” a fare prevenzione primaria, e fra le psicologie è l’unica a potersi vantare di ciò. Anche fra le altre scienze umane, non sono tante quelle che possono dare un contributo in questo settore: solo la pedagogia sociale, l’ergonomia e una rappresentanza della medicina.

Il merito di questa situazione non va certo solo a noi ricercatori e professionisti. Una gran parte di esso va al legislatore italiano, così carente nelle parti relative l’attuazione delle leggi, ma così illuminato nelle ispirazioni di fondo. La legislazione sanitaria ha messo in

evidenza il principio della prevenzione, quella scolastica ha definito l'“educazione alla salute” come azione preventiva.

Un'altra parte di merito va alle contraddizioni strutturali del sistema socio-economico italiano. Un sistema che ha impiegato dieci anni a immaginarsi come *Welfare State*, per scoprire poi di non avere sufficienti risorse per soddisfare i bisogni che sollecitava. Un sistema che dopo aver “dato ascolto” a handicappati, emarginati, disadattati, tossicodipendenti, giovani disoccupati, anziani, si sta accorgendo che la prevenzione primaria è l'unica risposta realistica alle loro voci. Coloro che accusano i sostenitori della prevenzione primaria di essere utopisti non hanno considerato che è assai più utopico un mondo pieno di esseri in disagio, affidati ciascuno d'essi a un'impossibile rete di servizi terapeutici professionali e individualizzati.

Infine, una parte di merito (non la minore) va agli operatori del territorio o di base: insegnanti, educatori, psicologi, assistenti sociali, amministratori locali, leader di comunità stanno comprendendo che la delega a uno Stato nutrice

equivale alla sottomissione a uno Stato vampiro; che la ricerca di “pace” nel chiuso del proprio ufficio e della propria specializzazione è utopica; che una società che produce tanti disagiati e disturbati, non può che essere la prima da curare; e che la “terapia” della società non dipende dalle elezioni, ma dai cambiamenti reali che si riescono a produrre ogni giorno nelle organizzazioni attraverso cui passano gli uomini.

Così come il merito degli avanzamenti della psicologia di comunità va anche ad alcune persone curiose e coraggiose: Assessori, Provveditori, Amministratori di USL che hanno avuto il coraggio di impegnarsi in una strada nuova, certo più faticosa delle altre, meno collaudata e rassicurante. La prima persona da ringraziare è l'ex-Assessore alla sanità della Regione Liguria, Magnani, che ha finanziato il progetto *Mito* nel 1982. In termini di tempo, credo si tratti della prima esperienza di prevenzione primaria in un sistema urbano di dimensioni medie. Successivamente, lo stesso Assessore ha sostenuto il primo corso annuale di psicologia di comunità realizzato in Italia. La seconda persona da ringraziare è Flavio Montanari che, quando è stato Assessore al

decentramento al Comune di Forlì – per 10 anni! –, ha realizzato numerosi servizi per i giovani in un’ottica di prevenzione primaria della devianza e nel 1984 ha approvato il progetto *FOTOSS*. Infine, è da ringraziare A.T. Zanotti, Presidente della USL 36 di Iseo, che ha avuto la lungimiranza di destinare due operatori al progetto “P” di Marone.

Fra i non politici devo ringraziare G.P. Guelfi e i colleghi della XI USL di Genova, che hanno collaborato con entusiasmo e competenza al progetto *Mito*; la dott.ssa Giannina Semprini Biasini, responsabile dell’Ufficio educazione alla salute del Provveditorato di Forlì, che prima ha commissionato il progetto *FOTOSS* e poi, insieme al suo gruppo e noi, ha seguito tutta la gestione operativa. Un ringraziamento va a tutti i colleghi dell’ARIPS e non, psicologi e non, che si sono coinvolti nei progetti descritti nel libro, consentendo l’avanzamento della psicologia di comunità in Italia.

Infine, non posso non ricordare le centinaia di persone che nei vari progetti hanno dato il loro tempo, la loro intelligenza e la loro umanità: insegnanti, operatori sociali e culturali,

genitori, semplici cittadini, studenti che hanno creduto nella possibilità di prevenire, aggregandosi e agendo direttamente il cambiamento. Persone che non si sono sottratte alle loro (alle nostre, di tutti) responsabilità delegando a non si sa chi il lavoro della prevenzione primaria, ma hanno accettato di essere protagonisti nella lotta faticosa, quanto dignitosa, per la trasformazione della "qualità della vita".

Guido Contessa, maggio 1989

Primo Capitolo BASI TEORICHE DELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELLA TOSSICODIPENDENZA

1.1- TEORIE SULLA TOSSICODIPENDENZA

La tossicodipendenza è un fenomeno sociale di sempre più allarmante portata. Sono, ormai, numerosi gli studi teorici sul fenomeno, la sua eziologia, i suoi risvolti politico-economici e militari. Come per la maggior parte dei fenomeni sociali, la tossicodipendenza è spiegata da teorie la cui varietà e contraddittorietà rende bassissimo il carattere euristico. Tali teorie riescono a essere dettagliate e credibili quando si limitano a descrivere; sono invece parziali e squilibrate quando si prefiggono di spiegare. Purtroppo, ogni intervento sociale si fonda su ipotesi che spiegano le cause e i dinamismi di un fenomeno, in modo da orientare l'azione. In assenza di plausibili ipotesi di spiegazione, l'intervento risulta settoriale, quando non addirittura infondato. E questo, per la stragrande maggioranza dei casi, è ciò che succede nel lavoro sociale, in genere, e negli

interventi contro la tossicodipendenza, in particolare.

Le teorie di un fenomeno sociale discendono sempre da modelli generali della società e, prima ancora, da visioni filosofiche e ideologiche di questa. È per tale motivo che le diverse teorie scientifiche si ritrovano anche al livello del diffuso “senso comune”. Possiamo, dunque, raggruppare i “modi di vedere” il fenomeno della tossicodipendenza in ampie categorie, nelle quali è facilmente riconoscibile la corrispondente concezione del mondo¹.

La categoria più diffusa è quella che raggruppa le spiegazioni individualistiche. Tale modo di spiegare il fenomeno fa ricorso a concetti come l'ereditarietà, la predestinazione, la distruttività individuale. È la teoria della “mela marcia“, del male come elemento ineluttabile della storia e della società. In genere, questa categoria di spiegazioni produce proposte di intervento a carattere repressivo e segregativo: punizioni severe, *screening* di massa precoci, limitazioni della libertà.

¹ Vedi indicazioni bibliografiche generali

Una seconda categoria di spiegazioni si focalizza sulle matrici politiche del fenomeno, la cui responsabilità viene attribuita al sistema politico, economico e sociale. In qualche concezione il tossicodipendente è un prodotto residuale, uno scarto del sistema; in altre è un risultato organico, intenzionale e funzionale. Queste interpretazioni collocano le cause della tossicodipendenza nel sistema socio-economico capitalistico, quindi occidentale e contemporaneo. Le proposte di intervento sono di tipo "rivoluzionario" (cambiare il sistema) o di tipo politico-istituzionale (cambiare il governo, rendere più efficienti e controllate le forze dell'ordine, modificare la legislazione penale ecc.).

Una terza categoria comprende le ipotesi sociologiche o socioculturali. Tali teorie prendono in considerazione le condizioni del giovane nella società moderna e in particolare: la protrazione forzata della condizione adolescenziale (dai 13 ai 30 anni il giovane risiede in una sorta di limbo sociale); la disoccupazione o sottooccupazione; l'orientamento al consumo, rafforzato dalla manipolazione dei mass media. Qui le ricette sono di tipo prevalentemente legislativo: riforma

della scuola, agenzie e osservatori del mercato del lavoro, partecipazione politica.

La quarta categoria di interpretazioni può definirsi come ambientale e vengono chiamati in causa: la crisi delle agenzie educative e di socializzazione (scuola, famiglia, chiesa, partiti), il degrado urbano e ambientale, la scarsità o inefficacia dei servizi socio-ricreativi. Le proposte di intervento rimandano all'innovazione istituzionale o alla realizzazione di strutture, servizi, spazi e attività riservate ai giovani.

La quinta categoria raggruppa le spiegazioni psicologiche o psicosociali. La tossicodipendenza viene qui attribuita a problemi famigliari o relazionali, a disturbi affettivi e di personalità. Gli interventi assumono in questa direzione una veste chiaramente psicoterapeutica, individuale, familiare o "reticolare".

Un'ultima categoria, per la verità poco sostenuta da teorie ma assai diffusa nella pratica, parte da spiegazioni di tipo informativo: la tossicodipendenza sarebbe legata a carenze o a distorsioni informative, a manipolazioni culturali inferte dai gruppi di "pari" a giovani sprovvoluti, a illusioni sostenute dall'ignoranza, a equivoci e disinvolture

conoscitive sulla droga e i suoi danni. Anche se raramente queste spiegazioni trovano credito fra i teorici, nella prassi vengono accettate da cittadini, istituzioni ed esperti che si prodigano nell'uso della conseguente terapia: informazione scritta, visiva, statistica, storica.

Mentre le spiegazioni che abbiamo chiamato politica e individualistica portano all'esclusione di qualsiasi intervento pratico e specifico (se non di ordine punitivo), le altre visioni del fenomeno sono sostenute da enti e categorie di operatori diversi. La visione ambientale è alla base di numerosi interventi realizzati da Enti Locali municipali, attraverso iniziative strutturali come i Centri giovanili, i servizi sportivi, le attività parascolastiche; oppure mediante azioni "effimere" come le feste, i concerti, i festival musicali, cinematografici e teatrali.

La concezione psicologica nella gran parte dei servizi socio-sanitari e nelle comunità terapeutiche è alla base di interventi realizzati attraverso gruppi terapeutici, colloqui di sostegno individuale e terapie familiari. La scuola è, invece, la massima sostenitrice della visione informativa: corsi per insegnanti

e genitori, ricerche in classe, filmati e conferenze per i giovani sono attività diffusissime. Tutte queste spiegazioni possono essere suddivise in false, inutili e parziali.

Certamente falsa mi sembra la spiegazione individualistica. Il concetto di predestinazione o di "mela bacata" è falsificabile dal fenomeno delle remissioni, fortunatamente in via di aumento. La teoria del male individuale non spiega le "conversioni", se non mediante il ricorso a elementi miracolosi, poco accettabili da un'ottica razionale e su basi numericamente ragguardevoli.

Le spiegazioni di tipo politico sono palesemente inutili, perché non operative. L'area politica appartiene alla storia e ai movimenti di massa che sono, nell'evo moderno, protagonisti. La conseguenza di una simile concezione è il rifiuto di interventi professionali e specifici e l'accettazione, nel breve periodo, della tossicodipendenza in quanto fenomeno secondario insignificante.

Inutili mi sembrano anche le concezioni sociologiche e socioculturali, nel senso che i problemi di portata sociologica esistono a causa del tipo di società: quindi il problema, da una parte, slitta

verso l'alto (bisogna cambiare la società) e, dall'altra, rimanda a una gestione innovativa della società attuale. Ma sembra assurdo trovare nei fenomeni di devianza le motivazioni per le riforme sociali. Non ha senso, infatti, giustificare provvedimenti legislativi contro la disoccupazione giovanile come possibile causa della tossicodipendenza: questa va combattuta per decine di altri motivi facilmente evidenziabili.

Restano, dunque, le spiegazioni di tipo ambientale e psicologico, entrambe operativamente utili, ma insufficienti e parziali se usate da sole o, peggio, in concorrenza.

1.2- LA TOSSICODIPENDENZA COME FENOMENO MULTIFATTORIALE

A questo punto è necessario porre due quesiti fondamentali: la diversità dei soggetti tossicodipendenti e la logica sistemica. Parlare del tossicodipendente come categoria è operare una riduzione erronea come ogni altra generalizzazione del comportamento. I tentativi di descrivere il carattere del tossicodipendente, come del fumatore o dell'alcolista, assomigliano alle ridicole stereotipie etniche: i tedeschi sono

“duri”, gli inglesi “eleganti”, i liguri “parsimoniosi”. Quand’anche si riesca a riscontrare qualche fondamento storico, od osservabile, circa tali generalizzazioni, chiunque troverebbe ridicolo un loro uso operativo. Eppure, questo è quanto facciamo, spesso, verso i tossicodipendenti. È quanto viene fatto, per esempio, in molte comunità terapeutiche.

A seguito della constatazione di un legame fra tossicodipendente e difficoltà di rapporto con le norme, molte comunità lavorano ossessivamente sulla questione normativa, arrivando a essere dichiaratamente autoritarie. Se possiamo accettare che un trattamento autoritario possa essere utile per soggetti deboli e insicuri, è un grave errore considerare tutti i tossicodipendenti in questo modo. Le considerazioni fatte fin qui rimandano al problema delle differenze fra tossicodipendenti, ciascuno dei quali è un soggetto speciale e non ripetibile, il che rende impossibile il reperimento di “una” spiegazione e, dunque, di “un” intervento per tutti i tossicodipendenti.

La spiegazione ambientale, come quella strettamente psicologica, è assolutamente parziale. Altrettanto improponibile è anche la diatriba

(peraltro assai diffusa) circa una possibile scala di priorità fra queste due categorie di spiegazioni. Qualsiasi psicanalista aggiornato è in grado, oggi, di accettare come del tutto ipotetica e schematica l'impostazione psicodinamica che astragga dal contesto storico, ambientale e relazionale. In modo analogo, non esiste operatore sociale capace di negare le differenze di impatto dell'ambiente su soggetti le cui storie psicodinamiche siano diverse.

Tutta la storia delle scienze sociali, e della psicologia in particolare, è leggibile come un'oscillazione pendolare fra concezioni individualistiche e socio-ambientali. Ciò dimostra che non di preminenza fra i due poli si può parlare, bensì di concomitanza o relazione sistemica. Il concetto di relazione sistemica è cruciale per la spiegazione di fenomeni complessi (e quelli sociali lo sono anche più dei fenomeni fisici). Ferdinand De Saussure definisce un sistema come "una totalità organizzata, composta di elementi solidi che possono essere definiti soltanto gli uni in rapporto

agli altri, in funzione della loro collocazione in questa totalità”².

La definizione sembra perfettamente applicabile alla relazione ambiente/psicodinamica. I due fattori sono a tal punto interrelati da non consentire la determinazione di priorità o causalità. Le vicende psicodinamiche sono influenzate dall'ambiente e, questo, è anche la risultante di migliaia di intrecci psicodinamici. Ciascuno dei due elementi è, al tempo stesso, causa ed effetto dell'altro, anche se non unica causa né unico effetto. Il versante ambientale è, anche, condizionato da fattori socio-economici e politici (storici); il polo psicodinamico è sottoposto a vincoli di ordine biologico.

Le differenze fra i singoli soggetti tossicodipendenti, e l'ottica sistemica, portano come conseguenza la necessità di una concezione multifattoriale del fenomeno.

Possiamo, dunque, concludere che la tossicodipendenza è il risultato, originale e diverso per ciascun soggetto, delle interazioni sistemiche di fattori che

² Saussure, F. de *Corso di linguistica generale*. Laterza, Bari 1967

vanno dall'ordine biologico a quello socio-politico.

1.3- TEORIE DELLA PREVENZIONE

Una cultura della prevenzione in Italia è ancora da costruire. Seguendo la famosa definizione di Gerald Caplan³ possiamo distinguere tre tipi di prevenzione: la primaria si occupa di ridurre al minimo l'insorgenza di fenomeni di disagio, operando principalmente sulle cause; la secondaria si cura di identificare precocemente il disturbo e di intervenire nelle fasi iniziali; la terziaria è tesa a limitare la cronicità del disagio. Mentre per i livelli secondario e terziario esistono esperienze e tentativi, la prevenzione primaria sembra dimenticata.

La ragione di questa trascuratezza va ricercata in molteplici elementi, uno dei quali è, di certo, l'estensione dell'ideologia politica. Quando si parla di prevenzione come attività finalizzata alla rimozione delle cause di insorgenza del disagio, e quindi (per la tossicodipendenza) come azione tesa a

³ Caplan, G. *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock, Londra 1964.

migliorare la “qualità della vita”, appare il fantasma della rivoluzione politica e dell’avverarsi di una mitica nuova società. La pervasività del concetto di “azione politica”, perlomeno in Italia, produce un rifiuto irrazionale a considerare gli aspetti tecnici e professionali dell’azione preventiva. Vengono trascurate immediatamente tutte quelle strategie transizionali che sono il centro del lavoro preventivo e che nulla tolgono all’opzione politica, ma ne sono anzi la base necessaria.

È facile interpretare questo atteggiamento come un meccanismo di difesa delle ansie prodotte negli operatori sociali e nei semplici cittadini di fronte alla prospettiva di un intervento nella complessità del territorio. Poiché la tossicodipendenza è un fenomeno multifattoriale, ne consegue che un intervento preventivo deve essere anch’esso di tale tipo. I vettori causanti di ordine politico, di cui nessuno può negare l’esistenza, devono essere aggrediti con strumenti dello stesso ordine. È fin troppo ovvio che un’azione preventiva contro gli interessi multinazionali, le convivenze del potere politico e delle forze dell’ordine, la cultura del consumo illimitato possa

trovare un canale solo attraverso strumenti politici e istituzionali. Analogamente, un'azione preventiva contro i pregiudizi diffusi, le notizie allarmistiche e criminalizzanti, le distorsioni nella comunicazione può essere attuata con attività informative. Così come una prevenzione secondaria o terziaria, contro i circuiti psichici che possono facilitare l'avvio a un ruolo di tossicodipendente, può essere realizzata con strumenti psicologici. Non si tratta, ancora una volta, di stabilire quale sia la principale azione preventiva, o peggio l'unica prevenzione possibile. Piuttosto, si tratta di stabilire quali attività devono essere realizzate dai diversi ruoli e dalle diverse istituzioni interessate al problema.

I progetti presentati qui si basano su una ipotesi di prevenzione primaria a carattere ambientale-psicosociale (o di comunità). Tale scelta non è nata dalla considerazione della maggiore importanza o utilità dell'approccio, né intende sminuire l'importanza di azioni preventive basate su strumenti diversi.

Affermare che gli operatori socio-sanitari e socio-educativi, oppure i cittadini volontari, possano svolgere un'azione preventiva mediante un approccio

ambientale e di comunità non significa negare che il potere politico, le forze dell'ordine, la magistratura, gli amministratori locali, gli psichiatri ospedalieri e gli psicoterapeuti privati debbano fare i loro sforzi di prevenzione con i loro specifici strumenti. Non è in nessun modo sostenibile che un'azione preventiva a carattere ambientale e di comunità possa rivelarsi in contraddizione con una maggiore repressione dello spaccio delle multinazionali del crimine. Il fatto che, tanto spesso, tale contraddizione venga sostenuta, anche da cittadini e operatori del territorio, può solo comprovare un'incapacità a riflettere in modo sistemico e complesso, oppure una difesa dell'assunzione di responsabilità dirette. A sostegno di questa impostazione esiste un'ampia letteratura sia a carattere scientifico che politico. G. Berlinguer afferma: "Occorre parlare di prevenzione. Di una prevenzione generale, che riguarda ogni aspetto della nostra organizzazione sociale, dalla occupazione alla cultura, allo sport alla vita associativa dei giovani"⁴.

⁴ Berlinguer G., *La droga fra noi*. Editori Riuniti, Roma 1980

G. Siri: “La prevenzione della droga non si fa parlando della droga, ma parlando delle relazioni tra due classi generazionali, adulti e giovani”⁵; B.B. Avanzini sostiene che: “La prevenzione si sposta allora da un discorso di prevenzione dei bisogni concreti al bisogno di formazione dell’individuo”⁶; e ancora L. Cancrini: “Il problema della tossicodipendenza si pone come problema pedagogico prima che come problema sanitario”⁷. Infine, in un documento della FGCI si legge: “Sforzi determinanti devono essere condotti nel campo della prevenzione del territorio, nella scuola, nelle fabbriche, e nelle famiglie, attraverso una vasta educazione sanitaria e l’intervento sulle

⁵ Siri G., “*Evoluzione giovanile e prevenzione della droga*”, in Atti del Convegno *Prevenzione della droga*. Associazione “La Strada”, Bolzano 1981.

⁶ Avanzini B.B., “*Aspetti sociologici nella prevenzione delle tossicodipendenze*”, in Atti del Convegno *Prevenzione della droga*. Associazione “La Strada”, Bolzano 1981

⁷ Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti*. Nis, Roma 1982

cause sociali del fenomeno, prima fra tutte la disgregazione”⁸

Come si vede, è generalizzata la concezione di una prevenzione primaria allargata all’ambiente, e, in particolare, all’insieme delle agenzie educative disseminate nella comunità territoriale. Nel documento conclusivo del seminario promosso dal Ministero dell’Interno nei giorni 16-17 luglio 1982 si legge: “Fare prevenzione è essenzialmente tendere a ridurre i fattori di rischio del fenomeno, e incentivare una partecipazione attiva dei cittadini alla vita e agli interessi del territorio”.

Queste affermazioni, lo ripetiamo, non diminuiscono in nessun modo l’importanza degli aspetti medici, polizieschi e politici; né implicano l’identificazione dell’ambiente socio-territoriale *tout-court* come causa della tossicodipendenza. Il sistema socio-territoriale costituisce un importante “spazio di vita” e un alveo nutritivo e educativo, particolarmente per i giovani, che può essere terreno di coltura o elemento catalitico di un processo complesso, il cui termine possibile è la

⁸ FGCI “*Note sulla questione droga*”, ciclostilato in proprio, Milano 1982

tossicodipendenza (ma anche la violenza, l'intelligenza, l'emarginazione). Oppure può essere un elemento di freno alla proliferazione di processi degenerativi, o almeno un vettore neutro.

È all'interno di queste opzioni che risiede l'ipotesi di una prevenzione primaria a carattere comunitario.

1.4- LA PREVENZIONE COME AZIONE GENERALE

L'accostamento fra tossicodipendenza, violenza, illegalità ed emarginazione non va per nulla inteso come equivalenza di fenomeni. Si tratta di questioni ben diverse, la cui sovrapposizione è del tutto arbitraria. Semmai, possiamo dire che esiste un comune denominatore, una radice comune definibile come disagio della convivenza.

Il territorio, invece di essere luogo di scambi e di protezione, diventa elemento cogenerativo di comportamenti distruttivi o devianti, diversi fra loro per natura e consistenza. Per esempio, sembra esistere un legame, nella tossicodipendenza, fra disagio della convivenza e propensione masochista, anche se questa coppia non esaurisce

certo gli elementi precipitanti del fenomeno. Al contrario, il comportamento violento sembra legato a tendenze sadiche.

Tuttavia, la possibilità di accomunare, almeno in uno dei fattori eziologici, comportamenti diversi fra loro porta la conseguenza logica che l'attività di prevenzione primaria non si riduce a un'utenza specifica. Essa è generale, nel senso che si definisce attraverso il territorio, inteso come sistema. Oggetto della prevenzione primaria non sono, dunque, i tossicodipendenti, gli handicappati o i giovani delinquenti, ma la "qualità della convivenza" in un territorio socio-geografico specifico.

L'avvio di progetti di prevenzione per l'una o l'altra categoria di soggetti è solo un limite posto dall'attuale divisione di competenze politiche e amministrative. Fare prevenzione primaria significa migliorare il tessuto di convivenza di una comunità, allo scopo di renderla neutra o ostacolante verso l'insorgenza di comportamenti devianti o disturbati.

Possiamo andare oltre affermando che la prevenzione è una attività che trae le sue spinte da fenomeni di disagio, ma si rivolge soprattutto alle fasce di popolazione statisticamente definibili

come “normali”. Per spiegare meglio questo concetto è possibile fare riferimento alle automobili: molte ricerche effettuate negli ultimi anni sono partite dall’esigenza di diminuire gli incidenti stradali; si sono apportate numerose modifiche agli abitacoli, ai sistemi frenanti, alla visibilità, alla segnaletica; l’immissione di queste innovazioni non è salutare solo in casi di incidenti, hanno consentito di raggiungere minore rumorosità, più maneggevolezza e luminosità, maggiore comfort e minori consumi; cioè, si sono mostrati vantaggi per tutti i guidatori, a prescindere dalle situazioni di incidente. Il lavoro di prevenzione degli infortuni ha prodotto un miglioramento generale della “qualità della guida”. L’analogia giustifica, dunque, l’affermazione per cui la prevenzione primaria della tossicodipendenza è un diritto che hanno tutti i cittadini nel vedere migliorato il proprio ambiente territoriale fino a che cessi di essere elemento potenzialmente patogeno.

1.5- PREVENZIONE E SERVIZI SOCIO-SANITARI

La concezione di un territorio patogeno o terapeutico apre due questioni importanti

e tra loro correlate: il rapporto fra prevenzione e riabilitazione (o terapia) e il ruolo dei servizi sanitari nel lavoro di prevenzione. Non sono pochi gli operatori che negano un loro ruolo nella prevenzione primaria con l'argomento che i servizi socio-sanitari hanno una funzione sul terreno terapeutico e riabilitativo, o al massimo nella prevenzione delle crisi (terziaria). Questa interpretazione restrittiva dei compiti preventivi affidati a tali servizi è una mistificazione. Quegli operatori che considerano i servizi con l'esclusiva finalità terapeutica e riabilitativa si basano su una concezione sanitaria di tipo riduttivo e tradizionalista, messa in discussione da tutto il movimento innovativo partito dai primi anni Sessanta e sfociato nella legge 180.

Mi sembra inutile ricordare, in questa sede, quasi vent'anni di storia della psichiatria, della psicologia e dei servizi in Italia. Credo possa bastare una sintesi di quelli che sono stati, e sono tuttora, i principi di base di questo processo innovativo:

1. rifiuto dell'istituzionalizzazione totale e chiusa (antisegregazione);
2. riconoscimento della "diversità" comportamentale come uno degli esiti

possibili del sistema di produzione e convivenza;

3. valorizzazione del potenziale terapeutico delle relazioni e del contesto comunitario-territoriale.

Malgrado il dibattito spesso feroce e non ancora sopito, possiamo considerare questi tre punti come patrimonio comune della maggioranza delle scienze umane, ancora oggi, malgrado il clima fortemente restauratorio. Il rifiuto della segregazione è stato motivato da centinaia di studi, il più noto dei quali è quello di Goffman, e da migliaia di esperienze grandi e piccole, dalle prime aperture di Melrose promosse da M. Jones alla rivoluzione goriziana di Basaglia. Il processo di de-istituzionalizzazione innescato nel settore psichiatrico ha gradualmente toccato altri settori, come quello degli handicappati, degli anziani, dei bambini abbandonati, della delinquenza minorile, fino ad arrivare in tempi recenti alla delinquenza degli adulti (pene alternative, semi-libertà ecc.).

Anche se gli anni Ottanta hanno fatto slittamento all'indietro, nessuno osa più sostenere il ritorno a una segregazione pura e totale. Il dibattito riguarda, semmai, le procedure di entrata e di

uscita e la rete di servizi territoriali. Il fatto che la patologia comportamentale sia uno degli esiti possibili, anche se non il solo e ineluttabile, del sistema di convivenza, è stata una scoperta parallela alle critiche radicali portate al sistema capitalistico occidentale (Scuola di Francoforte), al sistema di produzione di massa (D. Riesman) o ancora al sistema delle istituzioni (R. Laing o I. Illich), ma anche una progressiva acquisizione di scienze umane meno ispirate politicamente. Queste ultime, infatti, hanno percorso una strada, durata circa un secolo, nella quale le idee biologistiche e individualistiche sono andate tramontando in favore di concezioni relazionali, collettivistiche, sociali e comunitarie.

La prima psicologia riportava tutti i fenomeni psichici a una matrice biologica e individuale, ma già Freud si collocò a cavallo fra una visione biologica (gli istinti) e una relazionale (l'Edipo). Nel libro *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1921) arrivò ad affermare che: "La psicologia individuale è anche, fin dall'inizio, psicologia sociale". Quasi contemporaneamente, anche se con minor successo immediato, J. Moreno sviluppava le sue teorie

relazionali e W. Reich la sua visione fortemente socio-politica dei fenomeni psichici. La Scuola della psicologia dell'Io, immediatamente seguente alle elaborazioni freudiane, riportò la psicologia a focalizzarsi sul soggetto singolo, come entità separata. Intorno agli anni Quaranta arrivò a maturazione il lavoro di K. Lewin, che con i suoi studi sui piccoli gruppi stimolò una forte sterzata verso una concezione dell'uomo come essere sociale che viene influenzato e influenza il contesto di relazioni che lo avvolge. Quasi parallelamente anche la psicanalisi diventò "grupitale", attraverso gli studi di W. Bion e del Tavistock Institute. È dei primi anni Sessanta l'avvio della scuola di Palo Alto, con l'accentuazione delle relazioni comunicative familiari. Infine, negli stessi anni, la psicologia subisce una definitiva impronta sociale riportando, in modo esplicito, i fenomeni psichici al parametro della comunità territoriale e dell'ambiente.

Questo breve *excursus* vuole dimostrare che il passaggio da concezioni individualistiche a concezioni sociali della psicologia non è stato solo un fatto "ideologico", da liquidare con sufficienza come una scoria delle elaborazioni di

ispirazione marxiana. Solo in Europa, o meglio solo nei paesi latini, le concezioni sociali dei fenomeni psichici hanno fiancheggiato ideologie di tipo rivoluzionario o marxista. In verità, le più estese e precise teorizzazioni di psicologia sociale e di comunità, provengono dai paesi anglosassoni. In estrema sintesi, possiamo definire nel modo seguente i cardini della concezione sociale in psicologia:

1. il comportamento individuale è in larga misura determinato dall'insieme delle relazioni significative del soggetto: famiglia, gruppo dei pari, ambiente di lavoro e di vita;
2. le patologie comportamentali sono sia un sintomo delle patologie sociali, sia un risultato (anche se non esclusivo) di queste.

Va detto che alla base di queste concezioni psicologiche non si pone la semplice constatazione che la convivenza influenza il singolo.

Molti autori fanno riferimento a filosofi come M. Heidegger (essere come "essere con"), come Hegel (la dialettica), come Marx (la classe), come De Saussure (il sistema), per i quali le idee di "totalità" e di "relazione" sono

contestuali all'idea di Soggetto. In alcuni autori sono, poi, evidenti i richiami al cristianesimo (*Ecclesia* e comunità come corpo di Cristo) oppure alle religioni orientali (armonica fusione del soggetto con la Natura). Insomma, le concezioni di psicologia sociale, cioè che collegano i fenomeni psichici a fattori sociali, sono ancorate a filosofie olistiche, dialettiche o sistemiche.

Il grande riconoscimento del potenziale terapeutico delle relazioni e del contesto comunitario è il terzo e il più delicato dei cardini del movimento innovativo finora descritto. Si tratta del concetto ancora meno chiaro, più contraddittorio e meno sperimentato. Circa il valore terapeutico delle relazioni, il primo riferimento necessario è quello a S. Freud, che con la scoperta del *transfert* diede alla relazione medico-paziente, per la prima volta e in epoca moderna, dignità terapeutica. Tuttavia, si tratta pur sempre di una relazione artificiale e controllata, per molti versi assai speciale. I passi successivi di grande rilievo furono due: il gruppo e i reparti aperti. Prima Lewin e Bion, poi via via Foulkes, Rogers, Anzieu (tanto per citarne alcuni) hanno dato valore terapeutico al gruppo in quanto entità

autonoma e unitaria, oppure alle relazioni “intertransferali” attive fra i membri di un gruppo di pazienti. Il fattore terapeutico viene, così, non solo indicato nel rapporto paziente-terapeuta, ma anche nelle relazioni paziente-gruppo e paziente-paziente.

Abbiamo già citato i primi tentativi di “reparti aperti” di M. Jones, ormai diffusissimi anche in Italia. Tali esperienze di “apertura” si fondono sull’idea del potenziale terapeutico insito nei rapporti fra pazienti e non pazienti. Un simile avanzamento non va trascurato nel suo carattere innovativo. Al di là di ogni altra considerazione teorica, tale “pluralizzazione” della cura diminuisce le valenze sanitarie della patologia comportamentale. La cura, prima riservata a meccanismi fisici e chimici e sempre sottoposta al potere del medico, esce, con l’apertura dei reparti, dalla sola competenza sanitaria per aprirsi agli operatori sociali e anche ai semplici cittadini. Le terapie di gruppo e i reparti aperti sono sempre istituzioni artificiali e di tipo sanitario, ma aprono la strada a una sempre più ampia socializzazione della cura.

Il terzo passo, iniziato da R. Laing nel 1968, è ancora in espansione, anche se

fra sempre maggiori difficoltà. Si tratta delle comunità terapeutiche, delle comunità-alloggio e delle terapie di rete e di comunità. Dopo l'esperienza londinese di Laing, si sono moltiplicate le esperienze di dimissioni dal luogo di segregazione, di raggruppamento autonomo di ex-pazienti in alloggi normali, di diffusione dei centri di sostegno temporaneo e anticrisi. Tale movimento è stato esportato dal settore psichiatrico a quello degli handicappati, degli anziani e dei tossicodipendenti. Per questi ultimi, più che di una reimmissione nel territorio, si tratta di inserimenti in comunità appartate, fondate sul valore terapeutico di relazioni non sanitarie.

Questo processo di territorializzazione ha coinciso con una graduale de-sanitarizzazione del disagio comportamentale. Aumentando, infatti, il valore terapeutico del territorio, della comunità, delle relazioni, è diminuito quello del ruolo sanitario, sempre più considerato come risorsa *a latere* affiancata da operatori sociali (psicologi, assistenti sociali, educatori ecc.) e da cittadini volontari.

Possiamo definire questo lento e difficile processo della psichiatria, ma anche di

altri settori, come un vasto tentativo di “de-specializzare” molte funzioni (terapeutica, riabilitativa, assistenziale, educativa, culturale) restituendole alla comunità, nelle sue valenze collettive e solidaristiche.

Un simile gigantesco processo storico non poteva essere privo di malintesi e mistificazioni. Beninteso, gli equivoci potrebbero essere sciolti se alla loro perpetuazione non concorressero, da una parte, gli interessi delle corporazioni e, dall'altra, i sensi di colpa dei normali cittadini. La restituzione alla comunità di molte funzioni, che essa ha delegato e che sono state assunte dagli specialisti, riduce il potere e il reddito di questi ultimi. Ma le reazioni delle corporazioni colludono con gli atteggiamenti di vaste maggioranze della comunità, che nella prospettiva di vedersi restituita una serie di deleghe funzionali vedono il rischio di dover tornare a fare i conti con le “minoranze diverse”: bambini, folli, anziani, tossicodipendenti, handicappati. Tralasciando in questa sede tali problemi, in certo modo esterni al processo di innovazione “verso il territorio”, vediamo alcuni nodi tutti interni a questo processo.

Il primo è stato quello di una negazione aprioristica delle differenze. Il movimento integrativo, fraintendendo il concetto di equivalenza con quello di eguaglianza, è spesso slittato verso operazioni di tipo fusionale. Inserire e negare le differenze, omologando i diversi alla logica della "normalità", è stato spesso uno stesso processo. L'integrazione, invece di proporsi come un processo di scambio, si è spesso rivelata un vorace dispositivo di inglobamento dei comportamenti. E ciò si è realizzato, in parte, mediante l'indifferenza ("Siamo uguali, quindi perché devo interessarmi di te?") e, in parte, attraverso la repressione personalizzata (il controllo sociale del territorio è più personalizzato di quello asilare).

Il secondo nodo della questione riguarda la considerazione della comunità come terapeutica per definizione. Tale equivoco è presente in molti progetti di reinserimento familiare e territoriale, e in quasi tutte le comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Ritengo frutto di grossolana ignoranza, oppure di pregiudizi ideologici, il passaggio dal considerare il gruppo, le relazioni, la comunità come potenzialmente

terapeutici, all'assegnare a questa entità una valenza comunque terapeutica. Una simile posizione irenica nei confronti del territorio è, fra l'altro, in palese contrasto con il principio espresso in precedenza quale uno dei cardini del movimento di innovazione psichiatrica: le patologie comportamentali sono uno dei possibili esiti del sistema di convivenza. Come è possibile considerare il territorio, al tempo stesso, patogeno e terapeutico? Come è possibile considerare prima la famiglia come fattore "schizofrenogenico" (da Laing a Palo Alto) e poi come momento della de-istituzionalizzazione? La comunità terapeutica e la comunità territoriale sono possibili elementi terapeutici e riabilitativi a determinate condizioni. Così come la convivenza può essere uno degli elementi causanti il comportamento disturbato, la stessa convivenza può diventare un aiuto per il soggetto, purché essa non resti, in perpetuo, uguale a se stessa: cioè purché ne sia previsto un qualche cambiamento. È proprio in questa necessità di mutamento che si colloca lo spazio di un lavoro preventivo di tipo territoriale e sociale.

Come si vede, l'obiezione restrittiva che ai servizi sociosanitari competa solo la prevenzione delle crisi e la riabilitazione non è sostenibile. Se, infatti, l'uscita da un comportamento disturbato dipende, anche, dalle mutate condizioni ambientali, comunitarie e sociali, non si vede come sia possibile una qualunque riabilitazione senza un'azione di prevenzione primaria. Un procedimento di questo genere, concepito in modo distinto dalla prevenzione, si basa di fatto su un'idea di soggetto "separato" appartenente alla psicologia e alle scienze sociali di oltre un secolo fa. Tutte le ipotesi riabilitative moderne (reinserimento, integrazione, risocializzazione ecc.) non possono non basarsi sulla trasformazione del territorio da patogeno a terapeutico. Possiamo dire che fare prevenzione primaria significa porre le condizioni necessarie alla riabilitazione e che è impossibile effettuare qualsiasi azione riabilitativa senza avere prima realizzato un'azione preventiva.

Da questo insieme di riflessioni discende anche l'obiezione all'idea che la prevenzione non sia compito dei servizi socio-sanitari. Nella misura in cui questi si fanno carico di compiti curativi e

riabilitativi (compiti inevitabilmente anche sociali), non possono trascurare le attività di prevenzione primaria. Il problema è analogo a quello che presentano gli insegnanti che, in nome della loro funzione primaria (insegnare), si rifiutano di svolgere compiti di tipo terapeutico verso gli handicappati. A parte l'impossibilità di demarcare con esattezza il territorio terapeutico da quello educativo e istruttivo, resta il fatto indiscutibile che ogni insegnamento è reso impossibile, in molti casi, se non è preceduto e accompagnato da azioni terapeutiche. Analogamente diciamo che, oltre a essere impossibile demarcare con precisione il lavoro preventivo da quello terapeutico (a meno che quest'ultimo non venga concepito in modo riduttivo nella diade paziente-terapeuta e nel *setting* chiuso della stanza del servizio), resta l'impossibilità di una vera terapia senza prevenzione primaria.

Semmai, è accettabile la tesi che la prevenzione primaria non sia a carico esclusivo dei servizi socio-sanitari. Così come diciamo che la terapia degli handicappati non può essere caricata solo sulle spalle degli operatori scolastici. Dal momento che abbiamo

definito la prevenzione come un insieme di azioni rivolte al miglioramento generale delle condizioni di convivenza, possiamo affermare che essa compete a tutte le agenzie e i servizi sociali, sanitari, assistenziali e culturali. Purtroppo, in Italia, quando un compito complesso spetta a più enti si tende a scaricarlo o sull'istituzione politica o sull'ente tecnico limitrofo. Simili atteggiamenti si possono attribuire, da una parte, a una inveterata cultura della "dipendenza" dal potere politico, visto come padre onnipotente o come madre ipernutritiva; dall'altra, alla logica proto-industriale della massima divisione delle competenze, per cui i rapporti funzionano solo se gli ambiti di ogni attore sono circoscritti con precisione. Una cultura della prevenzione si diffonderà quando la società italiana entrerà pienamente in una logica postindustriale fondata sull'autonomia del "civile" dal politico e sulla cooperazione e l'integrazione delle diverse risorse istituzionali.

1.6- LA SCUOLA E LA COMUNITÀ

È a partire dagli Organi collegiali che la scuola italiana si è data un assetto comunitario fra i più avanzati del mondo.

Dal 1974 lo Stato ha sancito l'interdipendenza e l'osmosi fra scuola e comunità territoriale, formalizzando quest'idea attraverso l'istituzione di tali organismi, in particolare mediante il Distretto scolastico. La modalità di apertura perseguita dall'istituzione educativa è inversa a quella perseguita nel settore sanitario, ma la logica è la stessa. Gli psichiatri valorizzano le potenzialità terapeutiche della comunità reimmettendovi i degenti; gli psicologi e gli assistenti sociali reinseriscono gli handicappati, provocando la chiusura progressiva dei "famigerati" istituti. Il mondo della scuola rifiuta la stessa modalità, peraltro caldeggiata da I. Illich di de-istituzionalizzare, ma condivide l'esigenza di valorizzare la comunità: coinvolgere, quindi, le risorse che rappresentano questa nella gestione di alcune porzioni del lavoro scolastico.

Tuttavia, non solo un rapporto scuola-comunità è realizzato a livello educativo, anche a livello di curriculum si parla, in tutto l'arco ideologico (dai cattolici ai marxisti), di apertura alla comunità. Dalle ipotesi di "comunità educante" a quelle della scuola come "centro di ricerca", fino al "sistema formativo integrato": la scuola va sempre più verso

il recupero della funzione educativa e di istruzione della comunità.

Non si è arrivati, anche qui come nel caso della sanità, a queste posizioni sulla base di entusiastici trasporti ideologici, da alcuni demonizzati come rivoluzionari.

Voglio dire che solo persone ignoranti della psicologia e della storia possono attribuire queste tendenze comunitarie all'ubriacatura sessantottina o alla fascinazione maoista. J. Dewey definisce la scuola come "una comunità in miniatura che ha un'interazione continua con altre occasioni di esperienza associata al di fuori delle mura della scuola"⁹.

R. Laporta¹⁰, L. Borghi¹¹, S. Valitutti¹² L. Corradini¹³ sono solo alcuni dei nomi illustri che hanno teorizzato, a cavallo

⁹ Dewey J., *Democrazia ed educazione*. La Nuova Italia, Firenze 1965 (New York, 1916)

¹⁰ La Porta R., *La comunità scolastica*. La Nuova Italia, Firenze 1963.

¹¹ Borghi L., *Scuola e comunità*. La Nuova Italia, Firenze 1964

¹² Valitutti S., *Comunità educativa e cultura*. Armando, Roma 1975

¹³ Corradini L., *La difficile convivenza. Dalla scuola di Stato alla scuola della comunità*. La Scuola Editrice, Brescia 1975

degli anni Sessanta e Settanta, la necessità di un'interazione stretta fra scuola e comunità territoriale.

Il "Rapporto Faure" dell'Unesco è del 1972 ed è la prima voce istituzionale autorevole a richiedere "un'assunzione diretta di responsabilità educativa da parte della società intera", oltre che "una mobilitazione di energie sociali intorno alla scuola".

1.7- LA SCUOLA E LA PREVENZIONE: L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

La prima legge che coinvolge la scuola nel problema delle tossicodipendenze è la 685/75, che istituì dei Comitati provinciali e diede il via a corsi di formazione per docenti, genitori e studenti. Nel 1976 vennero anche "comandati" dei docenti, per ogni Provveditorato, con il compito di attuare azioni di prevenzione. Fino al 1980 la cultura della scuola si è gradatamente orientata da azioni puramente informative ad azioni sempre più educative. Gli stessi "Nuovi programmi della scuola media" (1979) prevedono l'introduzione dell'educazione sanitaria e la C.M. N°8/81 indica la necessità di una cooperazione fra scuola e

organizzazione sanitaria per quanto riguarda l'educazione alla salute.

L'asse viene gradualmente spostata da un'informazione tesa a prevenire la malattia, o la devianza, a un'educazione tesa a responsabilizzare i giovani alla salute individuale e collettiva. Non è un salto da poco: da una logica medicalistica si passa a una di tipo sociale. Da una parte la scuola si apre al territorio, dall'altra coopera con istituzioni limitrofe per l'attuazione di obiettivi comuni; da una terza ancora, si fa carico dell'obiettivo di educare i giovani a "essere"¹⁴, agendo preventivamente in difesa della loro salute e di quella sociale.

1.8- TEORIE DEL METODO PREVENTIVO

Tutto il discorso fatto finora manca di un anello importante: quello del metodo. Il rischio dei ragionamenti presentati è quello di fermarsi a generiche enunciazioni e di cadere in slogan di tipo ideologico. Molte idee innovative, elaborate negli ultimi vent'anni sono

¹⁴ Corradini L., *Educare nella scuola. Cultura, comunità, curriculum*. La Scuola Editrice, Brescia 1983

cadute per la mancanza assoluta di strategie transizionali, cioè di ipotesi sui modi per passare dal progetto al cambiamento reale.

Le nostre matrici storiche idealistiche ci portano spesso ad accontentarci di annunciare idee, che dovrebbero imporsi per la loro forza e ragione intrinseca. Questo ci porta a trascurare con qualche disprezzo il *know how*, cioè il “saper come” si fa a passare da una situazione a un’altra. In questo paragrafo cercherò di delineare una “storia del metodo” dell’intervento preventivo. A dimostrazione che la prevenzione primaria non è riducibile a meri discorsi politici, anche se ovviamente non esclude la necessità di una precisa visione del mondo. Cercherò in altre parole di mettere in luce il patrimonio tecnico che ci offre la storia delle scienze sociali, per affrontare i problemi operativi della prevenzione primaria.

1.8.1- Kurt Lewin

I due maggiori cardini storici del metodo preventivo nel lavoro sociale possono essere individuati nelle principali teorie

di K. Lewin¹⁵: la teoria del campo e quella dell'*action-research*.

Con la famosa formula $B=f(P, F)$, Lewin sancì, in maniera definitiva, l'importanza della collocazione del soggetto nel suo campo di forza. L'affermazione che il comportamento derivi dalla relazione fra Personalità e Campo (cioè gruppo) aprì, in via ufficiale, una nuova era nel metodo della psicologia e dell'azione sociale. Mentre fino ad allora era assodato che la personalità potesse influenzare il comportamento e il campo, la formula lewiniana prospettò anche l'ipotesi inversa: cioè che il campo e il comportamento influenzassero la personalità. È da questa scoperta di reciprocità che si moltiplicano gli studi e le applicazioni relativi al lavoro di gruppo e di comunità. Fino ad allora, infatti, i metodi di intervento (psicoanalisi, psicoterapie, educazione, assistenza sociale) erano di impostazione largamente individualistica. Da Lewin in poi, tutti i metodi di intervento si "pluralizzano".

¹⁵ Lewin K., *Principi di psicologia topologica*. O.S., Firenze 1961.

Lewin K., *Teoria dinamica della personalità*. Giunti, Firenze 1965

Diventa plausibile l'intervento sui gruppi e le comunità finalizzato a indurre modificazioni nel soggetto singolo.

Inoltre, già dalle prime elaborazioni lewiniane era sottinteso, ma evidente, che spostando l'interesse del soggetto al campo si operasse anche uno spostamento di attenzione dalla patologia alla "normalità". La seconda grande scoperta di questo nuovo metodo fu che "la ricerca è un intervento". Tale concezione era già stata espressa da Freud che, seppure con qualche dubbio, proponeva la psicoanalisi (metodo di ricerca) come azione terapeutica (intervento). Ma Lewin estese tale logica al settore sociale, proponendo per la prima volta, in modo esplicito, una sostanziale identità del lavoro di ricerca con quello di intervento. Tale estensione portò, anche al livello dell'azione sociale, la funzione attiva dell'operatore sociale che era propria della psicoanalisi. È a partire dal nostro autore che l'operatore sociale può venir considerato in sé elemento attivo (terapeutico o formativo), e che utente e operatore vengono inseriti in un medesimo sistema interattivo.

Non fu un caso se molte teorie lewiniane trovarono una sintesi con quelle

psicoanalitiche kleiniane e diedero, con W. Bion e la Scuola del Tavistock di Londra, impulso a una corrente ancora oggi importantissima delle scienze umane. Per inciso, vale la pena di notare che proprio dal Tavistock passarono ricercatori come M. Jones, G. Caplan e D.H. Clark: nomi fondamentali per la psicologia di comunità.

Per offrire un'idea dell'impatto delle idee di Lewin, mi sembra utile riferire dell'ultimo progetto che seguì, nella primavera del 1946, poco prima di morire. Una banda di giovani italiani cattolici¹⁶ aveva recato disturbo alle funzioni religiose dello Yom Kippur, in una sinagoga di Coney Island (New York). In quel periodo l'équipe di Lewin era composta da due sole persone, oltre a lui, il che lo rese piuttosto riluttante ad accettare di occuparsi dell'intervento. Tuttavia, anche per iniziare la sperimentazione attiva delle sue teorie, accettò. Come prima cosa costituì un gruppo operativo di colleghi esperti in psicologia e conduzione dei gruppi, ma di religione e razze diverse (ebrei, protestanti, cattolici e neri). Come

¹⁶ Marrow A.J., *Kuttr Lewin fra teoria e pratica*. La Nuova Italia, Firenze 1977

secondo passo fece sospendere l'azione legale contro i giovani disturbatori. Il terzo passo fu quello di fare una ricerca sugli atteggiamenti locali, coinvolgendo il maggior numero possibile di cittadini della comunità.

Questa prima fase della ricerca-intervento evidenziò come il disturbo non fosse conseguenza di un antisemitismo organizzato, quanto il sintomo di una generale aggressività. Tale vissuto era causato "dalle delusioni e frustrazioni di cui tutta la gente della comunità faceva esperienza ogni giorno della sua vita"¹⁷. L'intervento proseguì con una serie di richieste all'Amministrazione locale a carattere strutturale: più numerosi e migliori alloggi, centri ricreativi, migliori trasporti. Infine, furono progettate attività ricreative aperte a gruppi di razza e religione diverse, e per un anno un operatore dell'équipe fu lasciato a "seguire" il gruppo-banda dei disturbatori. Le energie di questo gruppo furono indirizzate verso attività costruttive e, anche dopo la fine del progetto e l'uscita del consulente, non si ebbero più a ripetere fenomeni di conflitto distruttivo.

¹⁷ op. cit.

Da questo esempio si possono intravedere i cardini del metodo della psicologia di comunità, nella quale l'azione riabilitativa e quella preventiva si sovrappongono:

1. lavoro su/con la comunità, invece che lavoro sul sintomo (da teoria del campo);
2. ricerca e intervento come azioni indistinguibili (*action-research*);
3. massimo coinvolgimento fra diverse persone (nello staff e fra gli utenti);
4. progettazione partecipata di innovazioni strutturali (nuovi servizi);
5. intervento transitorio finalizzato all'apprendimento di nuovi comportamenti stabili (la banda impara a esprimere l'aggressività in azioni costruttive).

1.8.2- Maxwell Jones

Un altro punto fermo nella storia del metodo del lavoro territoriale di comunità è Maxwell Jones, per oltre dieci anni primario psichiatra del Dingleton Hospital di Melrose (Scozia). Partito da lievi innovazioni di apertura dei reparti, il

suo lavoro è andato sempre più verso la comunità¹⁸.

Ecco alcuni punti fermi del suo metodo:

1. riunioni periodiche fra personale ospedaliero e medici di famiglia;
2. visite periodiche di tutti gli studenti delle scuole superiori dentro l'ospedale psichiatrico;
3. assemblee con i cittadini nei quartieri periferici su "problemi della vita quotidiana".

Molto chiarificatrice ci sembra questa affermazione: "Uno dei nostri scopi a lungo termine è di rendere la comunità conscia di alcune delle proprie potenzialità, inerenti alla realizzazione di un processo di cambiamento"¹⁹.

Il metodo di lavoro di Jones si basava su:

- attività di connessione fra operatori e servizi diversi;
- azione preventiva di sensibilizzazione rivolta alla popolazione in generale;
- centratura sui problemi quotidiani anziché sulla patologia.

È chiaro lo sforzo di far diventare la comunità protagonista dei suoi problemi:

¹⁸ Jones M., *La psichiatria nell'ambiente sociale*. Il Saggiatore, Milano 1974

¹⁹ op. cit.

una comunità che, mediante un lavoro preventivo di consapevolezza e autoinnovazione permanente, diventi sempre più terapeutica e riabilitativa anziché patogena. Va inoltre sottolineata con particolare attenzione l'importanza che Jones attribuisce a quella che chiama "leadership multipla": una sorta di gestione collegiale e partecipata del territorio da parte di tutte le realtà significative.

"In breve, uno degli scopi a lungo termine del programma della psichiatria di comunità è che i vari leaders giungano a credere, sia pur lentamente, nella leadership multipla, cosicché le possibilità potenziali di qualsiasi organizzazione possano essere integrate dalle capacità potenziali di ogni altra organizzazione, che svolga attività per lo meno in parte comuni alla prima²⁰." Basta questa frase per gettare una significativa luce sul metodo delle connessioni, che sarebbe di fondamentale utilità ai servizi sociali italiani.

²⁰ op. cit.

1.8.3- Ulteriori approcci

Uno dei primi “eredi” di Jones è stato Davis H. Clark. Operando all’ospedale Fulborne di Cambridge (Inghilterra) lavorò per più di vent’anni all’innovazione industriale: dalle iniziative di apertura dei reparti a quella che chiamò “terapia sociale”. Di quest’ultima attività, Clark offre diverse definizioni²¹: “Un tentativo di aiutare le persone a cambiare agendo sul modo in cui vivono. [...] L’uso di mezzi sociali e organizzativi al fine di produrre nelle persone dei cambiamenti desiderati”.

Come si vede facilmente, alla fine degli anni Sessanta, siamo già a una definizione abbastanza precisa e ampia di un metodo per gli interventi territoriali. Agire “sui modi di vita” e “usare mezzi sociali e organizzativi” rappresentano linee di intervento strutturale analoghe a quelle individuate da Lewin.

Parallelamente al percorso inglese procedeva il lavoro teorico e pratico in Francia: Jacques Hochmann è uno degli iniziatori della psicologia di comunità

²¹ Clark D.H., *Psichiatria e terapia sociale*. Feltrinelli, Milano 1976

con un testo apparso proprio nel 1971²². Rappresentante della psichiatria di “settore”, il reciproco francese del nostro territorio lavora sulla scia di Paumelle, con un approccio che definisce “sociopsichiatrico”. I cardini metodologici dell’approccio sono: le relazioni fra servizi e istituzioni diverse e l’uso di tutte le possibilità terapeutiche della comunità (prima di creare istituzioni specializzate).

G. Caplan è inglese, ma le sue idee sulla prevenzione influenzarono molto di più gli U.S.A. che l’Europa. Il suo testo fondamentale è del 1964²³, pubblicato proprio dal Tavistock. La ragione del suo successo negli U.S.A. è certamente da ricercare nel famoso discorso di J. F. Kennedy tenutosi nel 1963: “La prevenzione è molto più desiderabile per tutti. È più economica e ha più probabilità di essere efficace. La prevenzione richiederà l’elaborazione di programmi specifici diretti alle cause conosciute e il generale rafforzamento dei nostri fondamentali programmi di

²² Hochmann J., *Psichiatria e comunità*. Laterza, Bari 1973

²³ Caplan G., *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock, Londra 1964

comunità, assistenza pubblica e istruzione”.

Gli Stati Uniti sono la vera culla della psicologia di comunità. La tradizione decentralista e l'eterogeneità razziale e culturale hanno favorito lo sviluppo di una cultura comunitaria. Nel campo della tossicodipendenza fu dai primi anni Sessanta che C. Dederich avviò le sue comunità note come *Synanon*. È proprio dal 1963 che, con il *Community Mental Health Act*, gli USA avviarono un processo di territorializzazione dei servizi psichiatrici. Nel maggio del 1965, in un convegno tenuto a Boston, fu usato per la prima volta il termine “Psicologia di comunità”, sottolineando “l'importanza di demedicalizzare l'igiene mentale e favorire un approccio interdisciplinare allo studio dei problemi e delle strategie di intervento nella comunità”²⁴.

Nel 1966 venne approvata, nell'ambito dell'APA (*American Psychological Association*), una divisione di psicologia di comunità. In quell'occasione Smith e Hobb scrissero nel documento base che occorreva cercare un nuovo approccio: “Caratterizzato dal tentativo di a)

²⁴ Francescato D., *Psicologia di comunità*. Feltrinelli, Milano 1977

riportare la cura e il trattamento dei malati mentali nella loro comunità di provenienza, in modo da evitare lo sconvolgimento dei normali ritmi di vita [...]; b) rendere pienamente e tempestivamente accessibili, alla persona che ha dei problemi, tutti i tipi di aiuto che la comunità ha da offrire; c) aumentare la probabilità che i problemi siano identificati precocemente [...]; d) aumentare le risorse per la prevenzione”²⁵. Più avanti gli stessi autori affermavano: “L’obiettivo del personale del CIM dovrebbe essere quello di aiutare i vari sistemi sociali di cui è composta la comunità ad agire in modo da sviluppare e sostenere il funzionamento degli individui che vi prendono parte”²⁶.

Risulta evidente, da questi brani, lo spostamento di attenzione sulla prevenzione, più che sulla cura, e sulla comunità, più che sull’individuo. Si può dire che le teorie della prevenzione nel settore dei disturbi comportamentali e la psicologia di comunità siano andate di pari passo, almeno negli Stati Uniti. In Europa si è avuta una più lenta

²⁵ op. cit.

²⁶ op. cit.

evoluzione dalle prime fasi dell'apertura delle istituzioni a un lavoro quasi del tutto territoriale. D.C. Klein, nel 1971, affermava: "Una chiave della prevenzione primaria è la comunità stessa. Se si fa in modo che la comunità vada incontro ai bisogni degli abitanti [...] allora ci si impegna per la salute mentale"²⁷

H. Dorken, già nel 1967, aveva detto: "Un centro di igiene mentale non deve aspettare che alcuni individui sviluppino dei seri problemi psicologici e vi vengano mandati. I suoi programmi di prevenzione primaria, di diagnosi precoce e di interventi tempestivi dovrebbero coinvolgerlo in molti aspetti della vita di comunità e in molte istituzioni normalmente non considerate come servizi di igiene mentale: scuole, chiese, campi gioco, enti assistenziali, polizia, posti di lavoro, tribunali ecc. Non è un individuo che cede. È il sistema sociale in cui egli è immerso attraverso la famiglia, la scuola o il lavoro, o attraverso le associazioni e la sua rete di amicizie che non sono riusciti a

²⁷ op. cit.

sostenerlo come un efficace partecipante”²⁸.

I. Iscoe è del parere che gli psicologi di comunità dovrebbero concentrarsi sullo sviluppo di una “comunità competente”: “Una comunità competente è quella che utilizza, sviluppa e acquista delle risorse, incluso lo sviluppo delle risorse umane dei suoi membri”.²⁹

1.9- I PRINCIPI BASE DEL METODO PREVENTIVO SECONDO L'APPROCCIO DELLA PSICOLOGIA DI COMUNITÀ

Quanto finora descritto sembra sufficiente a delineare una teoria del metodo dell'intervento preventivo e comunitario:

1. Gli interventi di prevenzione primaria hanno un carattere generale, anche se vengono innescati da settori speciali (droga, delinquenza emarginazione ecc.); il loro oggetto è l'intera comunità;
2. La tossicodipendenza, come ogni altro comportamento e condizione disagiata e distruttiva, è il sintomo di disfunzioni generate anche dalla

²⁸ op. cit.

²⁹ op. cit.

comunità territoriale e dalle organizzazioni sociali in essa operanti (scuola, sanità, tempo libero, associazionismo giovanile, centri ricreativi e culturali ecc.);

3. Il lavoro terapeutico, riabilitativo o educativo sul singolo utente, impone anche un complesso di interventi sul contesto comunitario, finalizzati a renderlo nutritivo, cioè educativo e terapeutico;
4. Tali interventi nella comunità vengono ad assumere un ruolo di prevenzione primaria;
5. Gli interventi nella comunità si identificano con azioni rivolte alle istituzioni, alle associazioni, ai servizi, ai gruppi formali e informali, alle categorie di soggetti che nella comunità hanno rilevanza sulla convivenza e gli stili di vita;
6. Tali interventi spettano istituzionalmente a tutti i servizi pubblici territoriali (scuole, servizi sanitari, ricreativi, culturali e assistenziali);
7. Obiettivo principale degli interventi preventivi di comunità è quello di migliorare le competenze della comunità, o di uno dei suoi sottosistemi, nella direzione di una

convivenza più rispondente ai bisogni degli individui, in generale, e dei giovani, in particolare;

8. Per intervento si intende un'azione intenzionale e programmata, organizzata e verificabile nei suoi effetti: ma soprattutto che produca trasformazioni stabili;
9. Gli interventi devono avere un carattere multidisciplinare, multimediale e interistituzionale;
10. Gli interventi devono prefiggersi la produzione di effetti moltiplicatori;
11. Gli interventi non possono che essere basati sulla cooperazione di risorse tecniche e volontarie, pubbliche e private;
12. Ogni intervento deve riuscire a stimolare e valorizzare il potenziale di risorse presenti nella comunità; inoltre, deve aumentare le capacità di autoanalisi e autorganizzazione della comunità;
13. L'équipe che gestisce l'intervento assume il ruolo di consulente di un sistema complesso (la comunità), di cui fanno parte soggetti in difficoltà e soggetti attualmente senza problemi particolari;
14. L'équipe che interviene è, al tempo stesso, ricercatrice e

partecipante della comunità: la sua organizzazione e le sue modalità di lavoro sono un elemento determinante per l'intervento;

15. Occorre distinguere gli interventi di prevenzione primaria, che hanno comunque un carattere temporaneo, dalla gestione ordinaria dei servizi sociali, che può essere orientata alla prevenzione, ma che spetta esclusivamente alle risorse interne.

1.10-PREVENZIONE E PSICOLOGIA DI COMUNITÀ IN ITALIA

La storia della psicologia di comunità in Italia è molto recente. Il primo testo apparso sul tema, della già citata Francescato, è solo del 1977. Finora, oltre al primo, sono usciti pochi volumi di autori italiani esclusivamente centrati su questo tema³⁰. La Divisione di psicologia di comunità, all'interno della Società italiana di psicologia, è stata approvata solo nel 1980. Tuttavia, anche da noi, come ovunque, le teorie e la

³⁰ Contessa G., Sberna M., (a cura di) *Per una psicologia di comunità*. Clued, Milano 1981.

Palmonari A., Zani B., *Psicologia sociale di comunità*. Il Mulino, Bologna 1980

formalizzazione seguono di molto la pratica.

Non c'è dubbio che tutto il processo di de-istituzionalizzazione psichiatrica, avviato da Basaglia alla fine degli anni Sessanta a Gorizia, sia da considerare una pietra miliare del lavoro comunitario. Da allora le esperienze si sono moltiplicate in altri centri (Reggio Emilia, Modena, Prato ecc.), ma sempre nel settore psichiatrico. Processi analoghi sono anche avvenuti nel settore degli handicappati, degli anziani, dei delinquenti minorili, dei carcerati. Il senso di questo movimento è riassumibile in due concetti fondamentali:

- a) apertura graduale delle istituzioni;
- b) inserimento dei "diversi" nella comunità territoriale.

Dal punto di vista metodologico e tecnico, i principali strumenti utilizzati in questo processo sono di derivazione psicoanalitica e psicosociologica. La psicoanalisi ha fornito molti supporti teorici (l'ascolto analitico, il *transfert*, il *setting*); la psicosociologia ha fornito gli strumenti operativi (tecniche di gruppo, di animazione e formazione, di ricerca-intervento).

Negli anni Settanta sono apparse numerose ricerche che collegavano la patologia comportamentale e la devianza all'ambiente³¹, ma gli interventi operativi, oltre alla prassi di de-istituzionalizzazione, sono stati pochissimi.

I primi a porsi il problema di effettuare interventi strutturali allo scopo di diminuire i rischi di comportamenti disturbati sono stati alcuni Enti Locali. Torino e Forlì, per esempio, insieme ad altre città hanno avviato attività di animazione e servizi di aggregazione giovanile il cui fine era dichiaratamente preventivo. Tuttavia, queste iniziative hanno avuto due limiti sostanziali: il primo è il carattere spesso eccessivamente ideologico che finiva per legare i progetti a un particolare momento storico o a un singolo assessore; il secondo è che le iniziative degli Enti Locali si sono, quasi sempre, collocate in posizione concorrenziale e, di rado, hanno trovato la capacità di porsi come sintesi e coordinamento di tutte le forze comunitarie.

³¹ Gazzola A., *Genova: dinamiche urbane e devianze*. Unicopli, Milano 1982

1.10.1- L'osservatorio – psicologia sociale (1979/80)

Dal punto di vista della sperimentazione metodologica, per la psicologia di comunità e la prevenzione primaria, il progetto che qui accenniamo fu uno dei primi in Italia. Un'équipe dell'ARIPS, coordinata da Margherita Sberna, promosse una ricerca-intervento partecipata nella comunità di Molinetto di Mazzano, dove ha sede la stessa associazione. Un breve resoconto dell'intervento è riportato nel volume *Per una psicologia di comunità*³². Qui basta segnalare che il progetto proponeva una ricerca-intervento sulla qualità della vita del paese di Molinetto (3000 abitanti).

Obiettivo del progetto era “quello di fornire ai molinettesi uno strumento autosomministrabile, che consentisse di misurare il benessere e/o il malessere nella comunità e, quindi, di provvedere alla programmazione di interventi utili all'aumento della qualità della vita”³³

L'idea di fondo era la sperimentazione di un metodo per l'osservazione periodica

³² AA. VV., a cura di Contessa G. e Sberna M., *Per una Psicologia di Comunità*, CLUED, Milano, 1981

³³ op. cit.

della comunità in chiave preventiva. Il progetto riuscì in un aspetto importante e nuovissimo per quegli anni: coinvolgere i leaders di tutti i maggiori gruppi della comunità. Si sperimentò positivamente l'incontro di organizzazioni diverse per compiti e per ideologia, pubbliche e private. Il lato più debole dell'operazione fu quello terminale: non riuscì a insediarsi stabilmente nella comunità, sollecitando risorse autonome che lo facessero proprio. In sostanza, la maggiore osservazione ricavata da quell'esperienza riguardò il problema dei rapporti fra équipe promotrice e comunità. Non si risolse il problema della dipendenza durante il progetto, che dunque si estinse quando il "motore" smise di trainare. Malgrado ciò ricordiamo con simpatia quell'esperienza, che servì come avvio di una ricerca metodologica sfociata, poi, nei progetti che presenterò in questo libro.

1.10.2- Il distretto 98 (1980/81)

Questa fu la seconda esperienza metodologicamente significativa, ma si può considerare la prima per la sua ampiezza e complessità. Tale

complessità era data, prima di tutto, dal territorio prescelto: un Distretto scolastico comprendente circa cinque scuole. In secondo luogo, dalla composizione dell'équipe, che vedeva la presenza di psicologi, sociologi e pedagogisti. La dimensione territoriale e la pluridisciplinarietà fanno del progetto *Distretto 98* un'esperienza storica per quegli anni³⁴.

Il progetto si proponeva di “innescare processi di autoanalisi della comunità distrettuale” L'idea di partenza era che il Distretto scolastico potesse funzionare solo se agiva come organizzazione interna a una comunità, con un'identità e una coesione sufficienti. Laddove queste caratteristiche comunitarie fossero mancate, il Distretto avrebbe dovuto operare per favorirle. In particolare il progetto intendeva:

1. offrire al Consiglio distrettuale informazioni utili per una sempre migliore gestione del suo ruolo di programmazione;

³⁴ L'area di intervento psicosociale era coordinata dal sottoscritto e il rapporto sintetico appare nel volume *Per una Psicologia di comunità* sopra citato.

2. offrire ai Collegi dei docenti, ai Consigli di circolo e d'istituto, ai genitori e agli studenti superiori informazioni utili per un'analisi della realtà e un più preciso intervento in essa;
3. mobilitare, attorno ad alcune aree problematiche, il maggior numero di attori, sensibilizzandoli circa la realtà scolastica;
4. addestrare risorse interne al Distretto circa la metodologia e le tecniche della ricerca-intervento;
5. mettere a punto un modello di ricerca-intervento finalizzato alla vitalizzazione dell'istituto distrettuale.

La ricerca-intervento si proponeva di indagare nelle seguenti aree:

- a) soddisfazione generale degli attori scolastici circa l'andamento dell'anno '79-'80;
- b) partecipazione di genitori, insegnanti, non docenti e studenti superiori alla gestione delle scuole;
- c) aggiornamento realizzato, e da realizzare, per docenti e genitori.

Il lavoro ha coinvolto un'équipe formata da volontari locali (circa 10 persone), ha toccato 45 fra plessi, circoli e istituti, e

ha raggiunto, con questionari, circa 3000 attori della scuola.

Come si vede da questo progetto, la metodologia è più complessa e raffinata. Anche se non viene focalizzato direttamente il tema della prevenzione, esso è un sottinteso della scelta di indagare il grado di “soddisfazione” e “partecipazione”. Invece, emergono bene i tratti principali del metodo:

1. gestione mista fra tecnici e volontari;
2. attivazione e preparazione di risorse interne al sistema;
3. minima strutturazione dei diversi stadi del progetto;
4. grande attenzione ai processi di contrattazione iniziale con i committenti e con gli utenti.

Il progetto si concluse in anticipo (dopo un anno rispetto ai due/tre ipotizzati inizialmente), non tanto per errori dell'équipe, quanto per morte prematura del Consiglio distrettuale, che per molti mesi non riuscì nemmeno a trovare il numero legale per deliberare. Tuttavia, fra i risultati positivi del progetto, oltre alla sperimentazione del metodo, ottenemmo circa 2000 questionari di studenti delle scuole superiori, che presentarono bisogni e domande precise relativamente alle condizioni di vita e di

crescita, la cui soddisfazione avrebbe certo costituito un fattore di prevenzione.

Secondo Capitolo **IL PROGETTO M.I.T.O. (1982)**

Il progetto *MITO* (Modello di intervento per le tossicodipendenze) è stato promosso e finanziato dalla Regione Liguria (Assessorato alla Sanità). La delibera affidava all'ARIPS l'attuazione di un intervento di "Prevenzione e riabilitazione delle tossicodipendenze", senza precisare né il luogo né il tipo dell'intervento. Il progetto è stato realizzato, nel corso del 1982, nelle Circoscrizioni di Sampierdarena - S. Teodoro (Genova) con la collaborazione del Servizio di salute mentale della USL XI della Liguria.

Non essendovi vincoli precisi nell'attuazione del Progetto, l'ARIPS decise, di comune accordo con il funzionario regionale preposto, di realizzare la sperimentazione di un "modello" di intervento, basato sui principi della psicologia di comunità. Più che proporsi un'azione di prevenzione (impossibile visti i limiti economici e temporali della delibera), il progetto *MITO* è stato il primo tentativo di sperimentare sul campo, in Italia, una

metodologia riproducibile e trasferibile. I cardini del metodo sperimentato possono così sintetizzarsi:

1. cooperazione fra équipe tecnica privata ed esterna e un servizio locale pubblico;
2. sensibilizzazione del territorio all'azione preventiva;
3. attivazione di risorse volontarie;
4. trasferimento di competenze e sensibilità agli operatori locali.

2.1- IL PROGETTO

Il progetto prevedeva azioni diverse ai differenti livelli geografici, oltre che un'organizzazione *ad hoc* per la gestione complessiva.

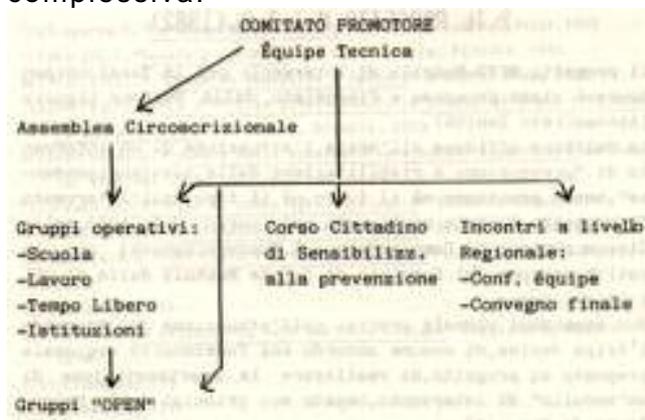


Fig.1

Come si vede dallo schema, l'organizzazione prevedeva un Comitato promotore, al cui interno erano i membri tecnici dell'équipe del progetto. Compito di questo organismo era quello di gestire il progetto in senso operativo e mettere a disposizione le risorse tecniche per le varie attività. Tale comitato era così composto: per l'ARIPS, G. Contessa, R. Ridella, M. Valzania, S. Valzania; per la USL XI, G. P. Guelfi, M. B. Leo, A. Massone, A. Rava, I. Baldasso, G. Zanone; per la Regione, C. Cassinelli.

È importante ricordare che le due Circoscrizioni interessate all'intervento corrispondono al territorio della USL XI e contano, insieme, circa 86.000 abitanti. A livello circoscrizionale erano previsti i seguenti organismi: l'Assemblea dei cittadini interessati al problema, aperta a tutti e responsabile, mediante incontri bimestrali, della valutazione "politica" del progetto; i Gruppi operativi, ciascuno dei quali condotto da due membri dell'équipe, formati da volontari e impegnati a sviluppare interventi di prevenzione in un settore specifico; i Gruppi *Open*, intesi come gruppi "aperti" a quanti volevano fare esperienza di crescita personale, e a quali si sperava di far partecipare cittadini e

tossicodipendenti insieme. A livello cittadino fu programmato e realizzato un "Corso di sensibilizzazione", aperto a volontari interessati a lavorare per la prevenzione in quartieri diversi della città. Il corso prevedeva otto incontri nell'arco di tre mesi.

A livello regionale furono programmate due iniziative. La prima, a metà progetto: una conferenza delle équipes impegnate con i tossicodipendenti finalizzata a presentare con eventuali iniziative preventive in atto e stimolare le équipes liguri a promuovere azioni preventive. La seconda, con gli stessi intenti, a fine progetto (febbraio '83).

Il progetto *Mito* si è collocato, dunque, come spartiacque, aprendo la strada per la moltiplicazione dei tentativi, fondati su un piano tecnico e professionale, di realizzare azioni preventive. Si è trattato del primo progetto italiano ad avere le seguenti caratteristiche:

1. un obiettivo di prevenzione primaria centrata sulla tossicodipendenza, ma estesa alla comunità in generale;
2. un innesco che parte dai servizi socio-sanitari, ma che si pone come stimolatore di relazioni interistituzionali;

3. una forte valorizzazione della partecipazione popolare e del volontariato;
4. una focalizzazione sugli interventi ambientali e psicosociali;
5. una metodologia largamente attiva e destrutturata.

2.2- IL PROGETTO MITO: I MOTIVI DELLE SCELTE

2.2.1- Eterogeneità di risorse

Il progetto *MITO* è stato condotto da un'équipe mista, composta da operatori di formazione diversa e appartenenti a diverse organizzazioni. Esattamente, il Gruppo di coordinamento era composto da nove persone. Quattro appartenenti a un'associazione privata (ARIPS): uno psicologo, una studentessa, due esperti di animazione e conduzione di gruppo; quattro appartenenti a un Servizio di salute mentale (USL XI di Genova): uno psichiatra, una psicologa, un'assistente sociale e un'operatrice sociale; il nono membro era un funzionario dell'Assessorato alla sanità della Regione Liguria, esperto nei problemi della tossicodipendenza e committente del progetto.

Perché una rappresentanza paritetica di due enti? Il progetto era stato affidato all'ARIPS, che avrebbe potuto avviare l'attività senza alcun partner. Tuttavia, fu deciso che la cooperazione con un servizio pubblico rispondeva a esigenze ineludibili:

- a) una maggiore conoscenza del territorio e un'insieme di relazioni già avviata dagli operatori locali;
- b) l'intenzione di voler trasferire funzioni e capacità preventive al servizio pubblico, per sancire che la prevenzione non è estranea ai servizi socio-sanitari;
- c) il desiderio di vedere il progetto continuato anche oltre il tempo di un anno previsto per la sperimentazione.

Tale scelta ha offerto un modello che è stato poi trasferito anche in altre situazioni. Non è, infatti, possibile lasciare alle organizzazioni private la prevenzione, come se non fosse inclusa fra i compiti del servizio pubblico. D'altra parte, l'uso di risorse esterne a fianco degli operatori pubblici consente una maggiore diversificazione delle professionalità e dei punti di vista; infine, permette al servizio pubblico di avviare attività preventive senza sospendere le attività ordinarie in modo eccessivamente dannose. Oggi i progetti

di prevenzione sono ancora considerati sperimentali e sarebbero rifiutati se incidessero, in modo ingombrante, sui compiti terapeutici e assistenziali degli operatori.

La pariteticità aveva il significato di equilibrare le due componenti nel caso di divergenze di opinioni; così come la presenza del nono membro intendeva lasciare al committente il potere di dirimere, o mediare, eventuali dissensi fra i due enti. L'eterogeneità delle competenze è stata una scelta coerente con l'impostazione interdisciplinare, non solo di tipo medico e sanitario, del progetto.

Anche i Gruppi operativi sono stati condotti sempre da due animatori ciascuno: uno del SSM e uno dell'ARIPS. La soluzione è sembrata valida sia per i casi di assenza, sia per garantire una supervisione reciproca, sia per disporre di due diverse culture nel delicato lavoro di conduzione.

2.2.2- Destrutturazione

Tutto il progetto *MITO* è stato caratterizzato da una scelta metodologica che possiamo definire di massima destrutturazione. In pratica, ciò ha significato la riduzione al minimo di

concetti e percorsi prefissati dall'équipe. Tale scelta è stata, spesso, oggetto di dubbi e discussioni, ma ha sostanzialmente prevalso. Due sole cose sono state chiaramente predecise dall'équipe: una struttura istituzionale minima (con la fissazione dei ruoli e degli organismi fondamentali già descritti) e l'obiettivo, che era di realizzare un intervento preventivo. Naturalmente, ciascun membro dell'équipe aveva un'idea del probabile percorso che l'intervento avrebbe intrapreso; e il gruppo di lavoro nel suo complesso disponeva di un'idea della prevenzione e delle attività auspicabili. Tuttavia, si è deciso di considerare queste idee alla stregua di semplici ipotesi da verificare in concreto nel lavoro collegiale con i cittadini partecipanti al progetto. Tale scelta, malgrado le apparenze, non è stata motivata da un'ideologia democraticistica, basata sul "decidere tutto assieme"; bensì da considerazioni di tipo tecnico, anche se non esenti da riflessi politici.

La prima considerazione riguarda la distinzione fra ruolo tecnico e ruolo politico in un progetto di comunità. Il rischio che i tecnici, trattando problemi

di ordine generale, si sostituiscano ai cittadini, non solo nelle decisioni rispetto al come ma anche in quelle rispetto al cosa fare, è assai elevato negli interventi territoriali. Sarebbe una comunicazione paradossale quella di chiedere a una comunità di sviluppare il proprio potenziale, e di assumersi delle responsabilità circa il proprio miglioramento, e al tempo stesso dirle di dipendere, per la sua scelta politica, dai tecnici. Sostituirsi alla comunità nella scelta di quale tipo di prevenzione le sia più utile, in quali settori e con quali modalità deve impegnarsi per innovarsi significa perpetuare la dipendenza e la delega che sono fra le cause principali di una situazione che richiede interventi preventivi. Il superamento di una tale logica tecnocratica è facilmente accettabile a livello razionale, ma provoca numerosi fenomeni emotivi di rigetto. Tutto il progetto è stato costellato da ripetute richieste dei cittadini di ricevere, dai tecnici, indicazioni, direttive, risposte, a quesiti non tecnici, ma etici e politici. Una situazione fortemente destrutturata genera sempre molta angoscia, tanto più in una situazione magmatica e

disgregata come quella di una comunità territoriale urbana.

La seconda considerazione concerne il problema delle difese e delle resistenze. Il progetto *Mito* può essere letto come un grosso lavoro sulle resistenze della comunità a elaborare costruttivamente i propri sensi di colpa. Tutta l'analisi effettuata nei primi sei mesi, sia nelle Assemblee sia nei Gruppi operativi, sul concetto di prevenzione e sui possibili progetti di intervento settoriale, ha portato gradualmente i partecipanti ad accettare il senso di colpa derivante dalla constatazione dalle proprie inadeguatezze come possibili fattori concausali della tossicodipendenza. Via via che il senso di colpa emergeva, venivano erette sempre più strenue difese mediante argomentazioni facilmente riconducibili, sul piano interpretativo, a posizioni schizo-paranoidi o fusionali. Il superamento di tali difese è stato possibile solo attraverso una libera elaborazione favorita dall'analisi effettuata in gruppo e con l'aiuto del conduttore. Difficilmente si sarebbero ottenuti risultati con indicazioni direttive o azioni di tipo pedagogico.

Infine, fu decisiva una terza considerazione. Il progetto *MITO* aveva carattere sperimentale e un tempo determinato: solo innescando processi di apprendimento comunitario, attraverso esperienze emotive dirette e mobilitando tutte le risorse disponibili, c'era la possibilità che queste ultime continuassero a essere attive anche dopo la fase sperimentale.

2.2.3- Stili di conduzione

La scelta della destrutturazione ha determinato anche quella relativa allo stile di conduzione. I conduttori delle Assemblee e dei Gruppi operativi si erano proposti di non dare risposte, ma sollevare dubbi e quesiti, e poi aiutare i partecipanti a trovare soluzioni originali. Nella prima fase (per circa sei mesi), il lavoro si è centrato sulla definizione del concetto di prevenzione: si trattava di decidere come la comunità volesse intendere questo termine, nelle sue diverse conseguenze operative. Compito non semplice, perché il dibattito, spesso acceso e molto ideologizzato, non era solo astratto, ma esplicitamente finalizzato a costruire una teoria per la progettazione e l'azione. I conduttori

hanno, in questa fase, mantenuto un ruolo di animatori della discussione.

Nel secondo semestre, i conduttori hanno aiutato i gruppi a progettare e realizzare vere e proprie attività di prevenzione di settore (scuola, impresa, tempo libero), per cui hanno gestito un ruolo di consulenza operativa. Inutile dire che gli atteggiamenti di delega, le resistenze e le difese esercitarono una forte pressione sui conduttori, con continue richieste di diventare i "direttori" dei gruppi e del progetto. La difficoltà maggiore è consistita nel trovare, giorno per giorno, un equilibrio fra lo stile destrutturato (con caratteri maieutici, poco direttivi e dunque ansiogeni) e uno stile supportivo (con caratteri rassicuranti). Mentre il primo era giustificato dalle ragioni sopra dette, il secondo era indispensabile per mantenere alta la motivazione e l'appartenenza dei cittadini volontariamente coinvolti nel progetto.

Nelle fasi iniziali i conduttori hanno espletato anche un ruolo di segreteria (convocazioni, verbali ecc.), che gradualmente è stato trasferito ai membri dei gruppi.

2.2.4- Ruolo dell'équipe di coordinamento

Le difficoltà delle coppie di conduttori non sono state solo di carattere tecnico. Le ansie e le difese espresse dai partecipanti colpivano di frequente anche i conduttori, che le riversavano nelle riunioni d'équipe. Tale organismo, d'altronde, era stato pensato non solo come responsabile tecnico del progetto, e come risorsa disponibile per la comunità, ma anche contenitore delle prevedibili angosce degli operatori. Questo ha sovraccaricato il ruolo dell'équipe, specie nelle fasi iniziali, durante le quali erano presenti, al tempo stesso, i seguenti compiti:

- a) programmazione e verifica delle attività;
- b) promozione del progetto e coinvolgimento della comunità;
- c) supervisione del lavoro condotto nei gruppi.

Bisogna dire che l'équipe ha svolto al meglio questi compiti, pur con due gravi limitazioni. La prima riguardava il mancato collaudo dei nove membri, costituitisi come gruppo alla partenza del progetto e dunque privi di un precedente lavoro di integrazione. La seconda concerneva l'assenza di una figura

esterna di supervisione, che forse avrebbe potuto fungere con efficacia da analista-contenitore.

Va detto anche che i tempi disponibili per le riunioni d'équipe erano molto ridotti (tre – quattro ore ogni due settimane) a causa dei carichi di lavoro degli operatori dell'SSM. Ricordo, infine, che le differenti formazioni di base e specializzazioni dei membri dell'équipe, se hanno avuto il grosso vantaggio di offrire varietà di risorse e di punti di vista, avevano anche il limite che non tutti i membri disponevano di un training personale sufficiente a fronteggiare le ansie fatte emergere dal progetto.

2.2.5- I sottoprogetti

Il progetto *MITO*, oltre a un'azione sul territorio prescelto (le Circoscrizioni Sampierdarena – S. Teodoro), prevedeva due sottoprogetti che interessavano spazi geografici più ampi: un corso cittadino sulla prevenzione e un incontro con tutte le équipes della Regione Liguria interessate alla tossicodipendenza.

Il corso cittadino aveva una duplice funzione. La prima era quella di diffondere al soprasistema urbano uno stimolo verso una prevenzione primaria,

in modo che l'azione promossa nel "quartiere pilota" potesse essere affiancata da altri "focolai". Va ricordato che la scelta di intervenire in un solo quartiere era stata strumentale alla concentrazione delle risorse, e che l'incarico affidato all'ARIPS dalla Regione Liguria non era spazialmente delimitato. La seconda funzione era quella di ottenere, attraverso un effetto a "cassa di risonanza", un aumento di motivazione sia negli operatori sia nei cittadini impegnati nella "Circoscrizione pilota".

L'idea di essere attivamente coinvolti in un progetto sperimentale su un tema che la città di Genova stava iniziando a dibattere, poteva essere (ed è stato) un sostegno ed un incentivo motivazionale. L'incontro fra le équipes di tutta la regione aveva, anzitutto, lo scopo di effettuare una verifica a metà progetto. Sembrava importante confrontare con le altre équipes la validità dell'impostazione prescelta e paragonare il progetto *MITO* ad altre iniziative, eventualmente, in atto in zone diverse. Una seconda funzione era quella di sensibilizzare, a livello regionale, gli operatori al tema della prevenzione primaria. Questo obiettivo era stato,

nelle intenzioni del committente regionale, un elemento decisivo per il varo del progetto *MITO*.

L'eseguita dei contributi raccolti in quella sede, circa altri progetti di prevenzione in atto, se ha reso vano l'obiettivo del confronto, ha confermato la validità del progetto *MITO* come azione di sensibilizzazione.

2.3- UNA VALUTAZIONE SEMPLICE DEL PROGETTO

In un settore tanto nuovo come la prevenzione non c'è da stupirsi se i sistemi di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia siano ancora piuttosto primitivi. In Italia non esistono sistemi di *evaluation* neppure nei settori sociali consolidati (scuola, sanità, servizi municipali). Ciò nonostante il progetto *MITO* ha dato qualche prima indicazione su un possibile metodo di *evaluation*. In particolare possiamo segnalare i criteri di valutazione adottati:

1. aumento della sensibilità verso la prevenzione;
2. numero delle iniziative stimulate "a cascata";
3. valutazione e opinioni delle agenzie territoriali;

4. sensibilità e apprendimenti acquisiti dall'équipe locale;
5. osservazioni utili al trasferimento del modello.

Come si vede, non compare fra i criteri di *evaluation* l'indicatore che sarebbe più ovvio in un intervento di prevenzione primaria e cioè l'inversione di tendenza o l'arresto del fenomeno tossicodipendenza. Ciò si deve al fatto che *MITO* non era un progetto di prevenzione primaria, ma una sperimentazione metodologica. Un vero intervento di tale genere non può non essere pluriennale e pluri-istituzionale. *MITO* era promosso per un solo anno e da un solo Ente Locale con l'obiettivo principale di sensibilizzare gli operatori sanitari alla prevenzione. Circa i criteri su elencati possiamo dire che molti hanno offerto concreti dati di valutazione positiva.

Le "osservazioni utili al trasferimento del metodo" sono state numerose e consistenti. Questo libro ne è una prova, così come i progetti successivi. Credo si possa affermare che il progetto *MITO* sia il progenitore di molti degli interventi italiani in corso.

Le "valutazioni e opinioni delle agenzie territoriali" sono state rilevate tramite un

questionario inviato per posta, prima e dopo l'intervento. Anche se lo strumento, inviato a circa 500 enti di quartiere (associazioni, gruppi formali e non, centri ricreativi, culturali e sportivi) è stato riconsegnato solo dal 10%, abbiamo potuto notare come prima dell'intervento non esistesse alcuna sensibilità, o iniziativa, verso il problema "droga", salvo eccezioni molto rare. Invece, dopo il *MITO*, non solo la quasi totalità di coloro che hanno risposto valutava il progetto "un esempio di come si debba fare la prevenzione", oppure "un'ottima iniziativa"; ma segnalava, anche, alcune iniziative di prevenzione attivate in seguito alla stimolazione ricevuta. Venne segnalata dagli stessi, inoltre, la volontà di "continuare a fare prevenzione".

Il numero di iniziative "stimolate a cascata" si può calcolare intorno alla ventina, fra le più effimere (dibattiti, filmati, incontri sindacali) e le più produttive (corsi di formazione, ricerche, coordinamento organizzazioni di tempo libero giovanile).

Purtroppo, il numero e la qualità di tali prodotti "a cascata" non è stato rilevato con la necessaria precisione e

puntualità, anche a causa della vastità geografica del progetto.

La “sensibilità verso la prevenzione” può essere valutata con l’indicazione dell’impegno profuso dai cittadini volontari:

complessivamente i volontari impegnati a livello circoscrizionale, per un anno, nei Gruppi operativi, o nelle Assemblee, sono stati circa 200;

i partecipanti al corso cittadino circa 100;

le équipes coinvolte a livello regionale circa la metà (dieci su venti);

complessivamente sono state attuate, dai Gruppi operativi, circa 100 riunioni, per un totale di 250 ore;

fra le azioni di sensibilizzazione attuate dai Gruppi operativi citiamo:

- a) sei interventi presso le scuole di quartiere,
- b) un intervento al Distretto scolastico,
- c) un intervento al Consiglio di fabbrica dell’Ansaldo,
- d) due giornate di festa del quartiere,

- e) una ricerca presso cinquanta associazioni del tempo libero,
- f) un breve corso per responsabili dei gruppi giovanili.

L'indicatore "quantità di apprendimenti e sensibilità acquisite dall'équipe locale" in verità meriterebbe una lunga digressione, che qui risulta impossibile.

È necessario un richiamo alla situazione preesistente a *MITO* in Liguria, e forse ancora attuale. Prima del progetto la prevenzione primaria e secondaria nei servizi liguri era pressoché inesistente, al punto che l'Assessorato ha visto in *MITO* uno stimolo a mutare la situazione. Il lavoro era essenzialmente assistenziale o, nei casi migliori, clinico e individuale.

La scelta dell'USL XI, come partner del progetto, fu dovuta al fatto che era l'unica a mostrare interesse e disponibilità alla prevenzione. Contatti precedenti con altre USL avevano dato esiti disarmanti. Anche all'interno dell'XI, l'équipe era tutt'altro che entusiasta del progetto *MITO*: di fatto solo il Primario psichiatra e un'operatrice sociale erano disponibili veramente.

La storia del progetto è stata, dunque, segnata anche dai conflitti e dalla resistenze interne all'équipe. Gli incontri

a livello regionale furono connotati, intanto, dall'assenza di tutti i nove servizi genovesi, critici verso l'USL XI, e poi da un atteggiamento fra l'indifferente, il critico e l'ostile. Malgrado ciò, al termine del progetto fu promosso dall'Assessorato un corso annuale di psicologia di comunità, cui hanno partecipato con assiduità circa 20 operatori di diverse USSL e comunità terapeutiche.

Dopo il progetto *MITO*, e dopo il corso, qualcosa in Liguria ha iniziato a muoversi. In alcuni servizi, qualche operatore ha trovato l'occasione di varare qualche ricerca, o qualche azione, con taglio preventivo. In senso metodologico gli operatori dell'USL XI avrebbero acquisito assai di più se avessero partecipato con maggiore progettualità. A loro giustificazione va detto che la Regione Liguria non ha mai favorito strutturalmente, cioè con risorse e ruoli precisi, l'impegno degli operatori verso un'azione preventiva. L'Assessore alla sanità succeduto a Magnani ha, addirittura, cancellato, senza il minimo tentennamento, ogni ipotesi di intervento preventivo nel settore tossicodipendenze.

2.3.1- I limiti maggiori del progetto mito

Certo, i limiti del progetto sono stati numerosi e la causa maggiore stava proprio nell'ancora inadeguata conoscenza del "come si fa" (*know how*) un intervento preventivo. D'altronde, il progetto aveva anche la funzione di fare imparare a noi tecnici (anche a nome di altri tecnici che ora possono leggere questo libro) un metodo trasferibile.

Due sono stati i limiti principali, cioè gli errori da non ripetere.

Il primo riguarda la distanza fra il territorio e il committente politico. L'ente Regione è troppo distante dalla comunità di Sampierdarena – S. Teodoro. Ciò ha reso inesistente sia la percezione del "politico" da parte della comunità sia l'interesse per la comunità da parte del livello politico. *MITO* non ha avuto un adeguato sostegno politico né un sostegno dal livello più adeguato, cioè quello circoscrizionale o comunale. Sia le istituzioni circoscrizionali sia il Comune a Genova sono stati lontani da *MITO*, un po' per insensibilità, un po' per le condizioni di "semicoma" in cui versavano nel 1982. Il supporto dell'autorità politica, come vedremo più avanti, è essenziale.

Il secondo limite riguarda l'assenza di rapporti fra *MITO* e i mass media: La stampa e le radio e TV private hanno praticamente ignorato il progetto né, in verità, la nostra équipe è stata abbastanza insistente su questo fronte. La mancanza di supporto dei mass media non solo ha reso limitata l'informazione, ma ha sottratto al Progetto l'importante effetto di motivazione che i media avrebbero dato ai volontari impiegati.

I due limiti decisivi, qui evidenziati, sono stati superati nel progetto *FOTOSS* che presentiamo di seguito, e ciò ha costituito un punto di grande forza. Anche per ciò dobbiamo ringraziare la Liguria che, con il progetto *MITO*, ha consentito alla psicologia di comunità italiana di fare grandi passi.

Terzo Capitolo IL PROGETTO “P” (1982 E SUCCESSIVI)

Questo progetto viene presentato, oltre che per la sua esemplarità e per le sue caratteristiche peculiari, per il fatto di essere il primo risultato del precedente *MITO*. La sperimentazione del modello di Genova non era ancora terminata e già qualcuno cercava di applicare il modello in situazione diversa.

3.1- UN PROGETTO DI ORIGINE PUBBLICA

Diversamente dagli altri progetti presentati in questo libro, “P” ha la caratteristica peculiare di essere stato promosso e gestito quasi totalmente da un servizio pubblico. La portata innovativa di questo dato è grandissima, perché offre una via interna ai servizi pubblici e per un’azione di prevenzione primaria nel settore droga per la prima volta in Italia.

Il servizio pubblico è la USL 36 di Iseo-Brescia che, non a caso, ha potuto varare questo progetto: si tratta di una delle strutture sanitarie più avanzate per quanto concerne le risorse umane. I meriti possono essere equamente divisi

fra operatori e amministratori, ma è certo per esempio che il precariato fu già ridotto al minimo quando la USL era ancora Consorzio sanitario: tutti gli operatori sono regolarmente assunti e retribuiti.

Tutti gli operatori in questi anni hanno frequentato training pluriennali di formazione e specializzazione in settori diversi, con il sostegno dell'Amministrazione. Esiste un sindacato interno molto forte e la dialettica sindacato/amministratori è sempre stata vivissima. Infine, la USL 36 è stata la prima in Italia ad attivare l'Unita operativa di psicologia.

Questi cenni non vogliono essere un elogio gratuito, ma servono a sottolineare come certe azioni innovative siano realizzabili solo su un tessuto maturato politicamente e culturalmente. La situazione e la storia di questa USL hanno reso possibile il progetto "P", allo stesso modo in cui il ricco tessuto di Forlì ha reso possibile il *FOTOSS*, che sarà presentato più avanti. Al contrario, l'arretratezza politica e culturale del mondo ligure, ha isolato il progetto *MITO*, ostacolandone in ogni modo lo sviluppo.

Dunque il progetto “P” nasce alla USL 36 di Iseo e viene gestito fin dall’inizio, sia pure part-time, da due operatori del Servizio tossicodipendenti, autorizzati formalmente a dedicare parte del tempo di lavoro alla prevenzione primaria. I due operatori sono: Giovanna Lorini (assistente sociale) e Osvaldo Poli (psicologo).

3.2- UN TERRITORIO SPECIALE: MARONE (BS)

Il territorio scelto per il progetto è quello di Marone, un Comune di circa 3000 abitanti sulle rive del lago di Iseo. Anche la scelta di questo territorio di intervento, ancorché casuale, è risultata fortunata per la vivacità del tessuto comunitario esistente: è in funzione una scuola elementare gestita con criteri innovativi; una partecipazione civile assai viva; una serie notevole di realtà aggregative, giovanili e non. Insomma, Marone è un comune che, pur colpito dai problemi generali della società post-moderna, droga compresa, non ha perso la sua identità e vitalità. Basti citare che in occasione di assemblee decisive del progetto “P” sono arrivati a riunirsi fino a 400 abitanti sul totale della cittadinanza,

il che corrisponde a circa il 30% degli adulti validi.

3.3- L'ORGANIZZAZIONE RIDOTTA AL MINIMO

I due operatori hanno proposto, a tutte le organizzazioni e istituzioni di Marone, sia pubbliche che private e senza discriminazioni ideologiche, di fare "qualcosa di preventivo" per la lotta contro la droga. Si è costituita così una prima Assemblea cittadina dei gruppi e delle persone interessate al problema. Le organizzazioni disponibili sono state poi invitate a delegare un rappresentante, con mandato formale, che andasse a far parte di un gruppo "P" che avrebbe gestito l'intera operazione.

Il grande interesse di questo progetto sta nel fatto che è tutto qui. L'organizzazione prevista è stata ridotta all'osso, mentre tutto ciò che è venuto dopo è stato frutto della partecipazione collettiva.

Una volta attivato il Gruppo "P", con la consulenza metodologica dei due operatori della USL, il progetto ha seguito questo itinerario:

1. attivazione di un sottogruppo "Famiglia" e di uno "Giovani" (ottobre 1982);

2. promozione di attività educative, a gestione diretta del Gruppo "P", nei settori valutati come più carenti (1983);
3. rivitalizzazione delle capacità educative degli organismi presenti sul territorio, in modo che ciascuno di essi svolgesse azioni preventive autonome (gennaio/giugno 1984);
4. attivazione di un sottogruppo "P" centrato sul progetto-obiettivo "Scuola – Territorio" (1985);
5. attivazione di altri sottogruppi "P" per diversi progetti-obiettivi considerati necessari dal Gruppo "P"(dal 1985 a oggi).

3.4- LE BASI TEORICHE E METODOLOGICHE

Sul piano del metodo d'intervento, ci sembrano chiare le linee seguite dagli operatori:

1. coinvolgimento massimo di tutte le realtà comunitarie;
2. minima strutturazione del progetto e massima attenzione ai processi;
3. orientamento alla produzione di cambiamenti e azioni "a cascata".

Per comprendere l'unitarietà del progetto vale la pena di elencare i gruppi e le organizzazioni aderenti attivamente al

Gruppo "P": Direzione didattica e Consiglio di circolo, oratorio e parrocchia, AVIS, scuola media, ARCI, Polisportiva, DC, PSI, PCI, Amministrazione comunale, biblioteca comunale, Commissione sport, Consiglio di fabbrica Dolomite-Franchi, donne di Azione cattolica, scuola materna, Comitato terza età. Come si vede, sono stati coinvolti enti pubblici e privati, gruppi formali e informali, enti di settori diversi e di ideologie diverse. Circa la minima strutturazione abbiamo già detto. In pratica, il punto centrale del progetto è consistito nel "mettere le risorse intorno a un tavolo" e "far esprimere il potenziale comunitario". A parte questi due cardini, gestiti soprattutto dagli operatori, tutto il resto è venuto dal Gruppo "P", cioè dalla comunità di Marone. Delle azioni "a cascata" vedremo nel prossimo paragrafo.

Sul piano teorico, gli operatori hanno evitato di trasmettere le loro concezioni sulla prevenzione e sulla droga, ma hanno fatto lavorare il Gruppo "P" in maniera che da esso uscissero i fondamenti teorici del progetto. Ecco come il Gruppo stesso ha presentato il progetto su "Marone domani" (Fogli di informazione a cura del gruppo).

COSA VOGLIAMO:**Finalità:**

- favorire le relazioni più significative e autentiche fra i membri della comunità;
- rivalutare il quotidiano e il vissuto come terreno di incontro fra le persone;
- rendere protagoniste le persone del loro cambiamento e della loro formazione.

Obiettivi:

- favorire i processi di socializzazione (conoscersi, parlarsi, incontrarsi, stare insieme per fare e fare per stare insieme);
 - miglioramento del livello culturale (conoscere se stessi, capire l'ambiente);
 - valorizzazione delle potenzialità personali inesprese (esternare ciò che portiamo dentro);
 - favorire la responsabilizzazione verso sé e la comunità (convivere responsabilmente con gli altri);
 - valorizzare le disponibilità al volontariato (qualcosa da mettere al servizio di..., disponibilità a...).
-

Fig.2

Questa elaborazione è stata compiuta nell'arco di 7-8 mesi (dalla primavera al dicembre 1982) attraverso 5-6 incontri del Gruppo "P" al completo e 13 incontri dei sottogruppi.

3.5- LE AZIONI INTRAPRESE NELLA FASE DELLA GESTIONE DIRETTA (1983)

Dopo il lavoro di elaborazione teorica e gli sforzi di sensibilizzazione della comunità, il Gruppo "P" ha scelto di agire direttamente in alcuni spazi considerati carenti: un'esperienza di "scuola alternativa per le quinte classi elementari" e una gestione "diversa" di un torneo di calcio per ragazzi delle medie.

Il primo intervento può essere preso a modello dagli operatori scolastici per la sua precisione e serietà metodologica. Intanto, sul piano formale, l'iniziativa stimolata dal sottogruppo "Famiglia" del Gruppo "P" è stata deliberata da Consiglio interclasse, dal Collegio dei docenti e dal Consiglio di circolo.

Un gruppo formato da 47 alunni delle quinte classi, 7 genitori, 3 insegnanti, la Direttrice didattica e dal Presidente del Consiglio di circolo si è trasferito 3 giorni (26-27-28 maggio 1983) a Savio

dell'Adamello per un'esperienza di scuola alternativa intesa a raggiungere tre obiettivi:

1. concretizzare la collaborazione Scuola/Famiglia;
2. verificare la maturità generale (autonomia, responsabilità, iniziativa) raggiunta dagli allievi al termine della prima parte della scuola dell'obbligo;
3. favorire lo scambio culturale fra alunni di classi e plessi diversi.

Gli aspetti educativo-comunitari del progetto si evidenziano mediante:

- a) l'importanza assegnata al gruppo nella sua totalità ed eterogeneità (adulti e bambini, docenti e genitori);
- b) la realizzazione di una logica "autogestionaria", condivisa fra tutti (vengono attivati gruppi autonomi e responsabili per: cucina, camerate, refettorio, topografia e ricreazione);
- c) continui collegamenti fra l'esperienza e gli apprendimenti di tipo formale acquisiti durante il primo ciclo;
- d) un'approfondita verifica in ciascuna classe al ritorno.

Si vede bene la logica perseguita in questa azione. La prevenzione, qui, è assai lontana dalla mera informazione terroristica o del moralismo; è uno sforzo per inserire e far vivere i valori nella

quotidianità dell'ambiente scolastico. Per la scuola prevenire significa (a Marone) diventare davvero educativa.

La seconda azione è stata quella del torneo di calcio "diverso". La peculiarità è quella di introdurre elementi educativi in un'attività tradizionalissima e non sempre carica di valori positivi. In concreto, l'obiettivo era quello di rendere i giocatori protagonisti anche in alcuni aspetti organizzativi e gestionali del torneo: dal nome da dare al torneo alla pubblicità, alla discussione delle partite, dei risultati e dei comportamenti dei ragazzi.

In entrambe queste azioni si intravedono bene gli sforzi per attuare i principi suesposti relativamente alla prevenzione: rivalutare il quotidiano e rendere protagoniste le persone, oltre che favorire relazioni più significative. Una prevenzione non "affiancata" alla vita così com'è, ma un tentativo di rendere la convivenza più piena di senso.

3.6- L'AZIONE "A CASCATA" (1984)

Dopo oltre un anno di lavoro il Gruppo "P" si è reso conto di non poter gestire direttamente la prevenzione come ente specializzato. Una situazione simile è

utile per l'intervento in settori "scoperti", cioè verso quei bisogni cui nessuna organizzazione offre una risposta (nemmeno potenziale). Ma nei settori della quotidianità, è inevitabile che si arrivi a una logica di "autoprevenzione". Vale a dire, alla logica per cui le organizzazioni della comunità si trasformino in modo da diventare preventive anziché terapeutiche o, peggio, patogene.

Il problema del Gruppo "P" è stato dunque quello di stimolare le organizzazioni a farsi carico direttamente, non solo con un delegato, dell'azione preventiva, innovando il proprio modo di lavorare nella comunità. Dalle azioni esemplari del 1983 si arriva, dunque, all'esigenza di un cambiamento più diffuso e moltiplicatorio.

La funzione di sensibilizzazione è stata svolta, nei limiti del possibile, dai delegati presenti nel Gruppo "P" e dalle azioni promozionali attuate dallo stesso. Quindi le organizzazioni del territorio, dopo oltre un anno di progetto "P", sapevano cosa si intendesse per prevenzione ed erano anche disponibili a integrarla con l'azione quotidiana. Tuttavia, era carente l'aspetto delle competenze.

Rendere “educative” organizzazioni abituate da anni alla routine, basate su risorse volontarie ma tecnicamente sprovvedute, richiedeva un aumento di professionalità e una formulazione continua di idee nuove, non tanto di tipo teorico, bensì di *know how*, cioè di “sapere come” fare educazione in concreto.

Ciascuna organizzazione presente nel Gruppo “P” ha, dunque, scelto un membro al suo interno, diverso da quello delegato nel Gruppo; poi si sono cercati i finanziamenti operativi; e, infine, si è chiesto all'ARIPS un corso semestrale di preparazione che è stato realizzato nel 1984 (gennaio-giugno). Il corso si è snodato su dodici giornate di lavoro attivo, per complessive 80 ore circa, con il seguente programma:

- a) sensibilizzazione alle dinamiche di gruppo;
- b) i processi di comunicazione;
- c) i processi decisionali;
- d) l'animazione nei piccoli gruppi;
- e) l'analisi dei bisogni del gruppo;
- f) situazioni critiche ed emergenza nel lavoro educativo;
- g) la progettazione di un intervento educativo;

- h) l'organizzazione di un intervento educativo;
- i) la realizzazione di un intervento educativo nella comunità;
- j) verifica e valutazione.

Il programma si è basato sul lavoro di gruppo in parte attivo e in parte autocentrato, con alcuni momenti di comunicazione teorica. Il suo carattere principale era di tipo tecnico-adescativo. I partecipanti (quindici) hanno seguito assiduamente ogni fase e la realizzazione finale dell'intervento educativo in comunità (interamente progettato e realizzato dai partecipanti) che ha richiamato circa 400 abitanti di Marone.

3.7- GLI ASPETTI INFORMATIVI, PROMOZIONALI E GESTIONALI

Il progetto "P" è esemplare anche per una serie di aspetti solitamente trascurati nel lavoro sociale: cioè gli aspetti del marketing e del management pubblico. Molte iniziative di tipo preventivo, o comunitario, ma anche molti servizi territoriali, hanno un basso impatto a causa della trascuratezza che in genere gli operatori portano alle variabili organizzative e gestionali.

Il Gruppo "P" ha sviluppato una grande mole di lavoro nella direzione dell'informazione (giornale autonomo, presenza sui mass media locali, manifesti), della sponsorizzazione (coinvolgendo ogni ente possibile per ottenere materiali, premi, pubblicità) e della managerialità (organizzazione, programmazione, controllo, verifica).

Il progetto "P", questa è la grande novità rispetto *MITO*, è stato gestito con criteri "aziendali", cioè tenendo conto delle tecniche più consone all'efficienza dell'azione. Questa sensibilità manageriale è uno dei punti cardine dei progetti sociali, in genere, e di prevenzione, in particolare. A Marone questo aspetto si è dovuto alla casuale presenza, nel Gruppo "P", di persone abili e sensibili anche sul piano organizzativo, ma tale fortuna ha offerto una preziosa conferma per ogni altro tipo di intervento comunitario. Troppo spesso le azioni sociali si basano solo sulla buona volontà, il moralismo e l'ideologia. A Marone si è visto come può funzionare un gruppo efficiente, che raggiunge i suoi obiettivi attraverso azioni programmate, senza trascurare gli aspetti formali e istituzionali.

Va ricordato che il progetto “P” ha visto in prima linea l’USL, il Comune e la scuola elementare, cioè tre istituzioni in genere accusate di inefficienza. A Marone si è dimostrato che anche il “pubblico”, se vuole, può fare azioni preventive efficienti.

La fase seguente del progetto riguardava l’avvio di Sottogruppi centrati su progetti-obiettivi, primo fra tutti quello denominato “Scuola – Territorio”. L’azione del gruppo “P” ha continuato anche dopo l’uscita degli operatori dell’USL e continua tuttora, sia pure con alterne vicende, fornendo tra l’altro un modello per iniziative simili in altri piccoli Comuni del bresciano.

Quarto Capitolo IL PROGETTO *FOTOSS* (1984)

Questo progetto è tuttora in atto: la sua prima fase è terminata nel settembre 1984 con l'uscita dei consulenti, ma le fasi successive sono state realizzate dai promotori. Poiché è successivo ai progetti *Mito* e "P", questo gode delle esperienze precedenti e assomma gli aspetti positivi di entrambi. L'acronimo sta per: Forlì tossicodipendenze scuole superiori.

4.1- IL TERRITORIO

Il progetto *FOTOSS* è operante a Forlì, una cittadina di circa 100.000 abitanti, allora governata da una giunta PCI, PSI, PRI. In termini di politica municipale si tratta di una delle realtà più vivaci in Italia, almeno per quanto riguardava la politica del decentramento e dei giovani. L'Assessorato al decentramento aveva realizzato, in quegli ultimi anni, un sistema di Centri per i giovani, distribuiti in ogni circoscrizione. Le strutture erano costituite da vecchi casali rimessi a nuovo, circondati da verde attrezzato e impianti sportivi. Ciascuna di esse era un Centro giovani specializzato per interessi e gestito in forme di

partecipazione mista dagli organi del Decentramento e da gruppi giovanili.

La nascita dei Centri giovani ha assunto, fin dall'inizio, una connotazione di animazione territoriale e di prevenzione dell'emarginazione giovanile. Negli ultimi anni, l'Assessorato al decentramento ha promosso iniziative di formazione per gli animatori dei Centri: convegni a livello regionale e nazionale, pubblicazioni. Tutta questa attività è sempre stata focalizzata sulla direttrice "animazione-prevenzione". Naturalmente, tutta l'azione amministrativa non è stata priva di dibattiti, errori e ripensamenti; tuttavia, il livello culturale della città ne è risultato assai elevato e avanzato.

Il Provveditorato di Forlì, parallelamente, ha impegnato discrete risorse intellettuali per il servizio "Educazione alla salute". La docente responsabile dell'ufficio ha promosso numerose attività di informazione, fino a giungere alla determinazione che l'azione preventiva necessitava di interventi formativi a vasto raggio.

Negli anni 1980-1983, dunque, l'ufficio si è impegnato ad attivare un gruppo di docenti volontari per ogni realtà significativa della Provincia. Il gruppo di volontari aggregato nella città di Forlì ha

seguito una formazione piuttosto articolata, con il disegno di arrivare a gestire interventi formativi e preventivi di ampio respiro. Come nel caso di Marone, il territorio di Forlì offriva, dunque, una realtà vivace e innovativa, unitamente a un tessuto comunitario ancora piuttosto saldo.

Questa preconditione è un dato decisivo per la riuscita di un intervento preventivo: un'iniziativa di questo tipo, infatti, agisce su un corpo sostanzialmente sano. Quando ci si trova di fronte alla malattia, sia individuale che comunitaria, occorre pensare più a interventi riparatori o terapeutici piuttosto che preventivi.

4.2- GLI ATTORI

La prima idea di realizzare un intervento di prevenzione per le tossicodipendenze ebbe origine nell'ufficio del Provveditorato, esattamente dall'allora responsabile prof.ssa Giannina Biasini. La prima bozza fu sottoposta al Comune, alla USL 41 e al Consiglio distrettuale, per un'aggregazione della committenza che avesse un vero valore comunitario. Parallelamente, la bozza venne inviata all'ARIPS, perché venissero fatte le opportune traduzioni "tecniche" del

progetto. Tutta l'azione preparatoria ha richiesto circa sei mesi. Nel dicembre del 1983 finalmente era costituito un Comitato di committenti formato da: Provveditorato, Distretto scolastico, USL 41 e Comune di Forlì. Il Comune, al tempo stesso, aveva deliberato uno stanziamento per il supporto tecnico-metodologico richiesto dall'ARIPS.

A sua volta l'ARIPS, incaricata di realizzare il progetto, ha costituito un'équipe composta da: G. Contessa, M.V. Sardella, R. Piz, A. Matteotti, M. Valzania. Di per sé, tale équipe sarebbe stata in grado di realizzare l'intervento, che tuttavia sarebbe stato tutto "esterno" alla comunità e non avrebbe potuto trasferire competenze tecniche alle risorse locali. L'ARIPS decise così di cooptare nello staff tecnico l'intero gruppo di docenti volontari dell'ufficio Educazione alla salute del Provveditorato: G. Turoni, L. Bartolini, M. Di Nuzzio, G. Cimatti, L. Giunchi, V. Neri, S. Savarino, L. Zuffa e M. Prampolini.

4.3- L'AREA DI INTERVENTO E LA FASE INIZIALE

Trattandosi di un progetto nato dall'istituzione scolastica, anche se poi

fatto proprio dalle massime organizzazioni territoriali, l'area prescelta è stata quella delle scuole superiori. Non è il caso, qui, di affrontare la vasta problematica delle scuole superiori in Italia, ma un dato vale la pena accennarlo. Questo grado scolastico è il più obsoleto dal punto di vista didattico e il più abbandonato dal punto di vista educativo; le attività "educazionali", cioè laterali ma complementari al curriculum, sono molto meno sviluppate che nei gradi scolastici inferiori.

La scuola superiore sembra seguire in questo caso la situazione italiana, nella quale si presenta una discreta attenzione ai bambini (campi gioco, scuole a tempo pieno, soggiorni di vacanza) e nessun ascolto ai giovani. D'altro canto, è proprio la fascia dei *teen-agers* (13-18 anni), cioè degli studenti delle superiori, quella più delicata: sia per i noti motivi di psicodinamica dell'adolescenza (oggi protratta ben oltre la soglia della maturità giuridica), sia per la maggiore esposizione dell'aggressività dei mercanti della droga. Non solo, la scuola superiore è la meno aperta ed "educativa", ma è anche fatta oggetto

del minor numero di interventi (aggiornamento, ricerca, prevenzione ecc.) forse a motivo della sempre attesa e palinogenetica riforma.

La fase iniziale del progetto era stata giustamente considerata cruciale e per il suo svolgimento era stata prevista una prassi formale che avrebbe garantito una solida base all'intera operazione. Il Provveditorato avrebbe dovuto chiedere, in via formale, un incontro con ogni Collegio dei docenti, nel corso del quale presentare le linee del progetto e far deliberare dal Collegio una delegazione di docenti, oppure accettare gli insegnanti volontari. Analoga richiesta formale sarebbe dovuta essere inoltrata ai Consigli di istituto, perché le rappresentanze delle famiglie potessero essere coinvolte ufficialmente. Iter simile avrebbe dovuto realizzarsi per gli studenti.

L'idea di fondo era quella di attivare, per ogni scuola superiore aderente al progetto, un Gruppo operativo composto da docenti, allievi e genitori, fino ad arrivare a un numero di 6/7 per scuola. La fase iniziale prevedeva anche che l'Assessorato al decentramento, responsabile dei Centri giovani, e la USL 41 indicassero una decina di persone

ciascuno, scegliendole fra gli operatori impegnati nelle circoscrizioni o nei Distretti sanitari dove erano le scuole superiori. Tutta la procedura, un po' faticosa e articolata, aveva scopi precisi:

- a) coinvolgere le istituzioni nel progetto, in modo che svanisse l'immagine di una prevenzione basata sul volontariato, per far posto all'idea che di ciò si facevano carico le organizzazioni sociali nel loro complesso;
- b) chiarire preventivamente i termini del progetto e dell'impegno richiesto a coloro che vi si sarebbero impegnati;
- c) formare dei Gruppi operativi composti da persone rappresentative anche se di situazioni eterogenee;
- d) evitare che entrassero nel progetto allievi del 4° e 5° anno, o genitori con figli degli ultimi anni (affinché non si riducesse nel tempo l'impatto del progetto).

Ho descritto subito questa fase iniziale perché, nel bene e nel male, essa ha determinato fortemente l'intero progetto. Un enorme vantaggio è derivato dalla presenza di un gruppo di committenti rappresentativo della comunità e direttamente impegnato.

Mentre gravi difficoltà sono insorte al progetto per via della incompleta attuazione della procedura iniziale prevista. Per motivi di tempo e di organizzazione, gli incontri preliminari non furono possibili che in parte, il che porto ad aggregare i partecipanti su base volontaria e casuale o amicale.

In altre parole, i partecipanti furono invitati o per via informale dall'ufficio del Provveditorato, o per stimolazione indiretta di qualche Preside, o su base personale e volontaria dopo un colloquio preliminare. Il risultato più vistoso (e di difficile gestione) fu che:

- a) i partecipanti arrivarono a titolo volontario, per la gran parte, e senza deleghe formali da parte delle rispettive organizzazioni;
- b) i Gruppi operativi risultarono composti nelle maniere più diverse fra loro e rispetto alla programmazione iniziale.

4.4- IL PROGETTO FOTOSS IN AVVIO

L'obiettivo dichiarato e ufficiale del progetto è stato così formulato: "Avviare Gruppi operativi formati da docenti, allievi e genitori delle scuole superiori e da operatori dei Centri giovani e da

operatori sociosanitari in grado di realizzare microinterventi finalizzati alla prevenzione primaria”.

La realizzazione di questo obiettivo è stata affidata a un programma articolato in più fasi della durata di circa nove mesi (gennaio-settembre 1984). Il programma, realizzato in ogni sua parte, era il seguente:

1. seminario “Metodi e strategie della prevenzione” (19-20-21 Gennaio);
2. richiami al seminario iniziale (8 marzo/4 aprile);
3. incontri di “Progettazione e supervisione dei microprogetti” (31 gennaio/15 febbraio/4 maggio);
4. incontri di “Progettazione e coordinamento dei micro-progetti” (autogestiti);
5. conferenza di “Verifica e riprogettazione” (fine settembre 1984/due giornate);
6. ricerca su “I bisogni giovanili” nelle scuole superiori (maggio-giugno 1984).

Come si vede, il tempo complessivo di impegno programmato con i tecnici è di sole dieci giornate. Tale è sembrato, anche in conseguenza del ridottissimo *budget* disponibile, il tempo minimo per l'innescare del processo di prevenzione

primaria. L'idea di fondo, poi sostanzialmente confermata dall'esperienza era che:

- i tre giorni iniziali servissero per: a) avviare il processo di socializzazione interno ai Gruppi operativi, quel tanto che bastava per renderli in grado di continuare; b) iniziare l'analisi sul significato della prevenzione delle tossicodipendenze nelle scuole superiori; c) cementare una sorta di "patto psicologico" fra i volontari e l'équipe del progetto;
- le due giornate di richiamo dovevano servire, a distanza di tempo, per rinforzare i Gruppi operativi, dopo il primo impatto con il campo;
- gli incontri di progettazione e supervisione avevano la funzione di consigliare i Gruppi operativi sui progetti che andavano elaborando;
- gli incontri di progettazione e coordinamento (autogestiti) dovevano essere lo spazio nel quale i Gruppi, da soli o con l'aiuto di un consulente "su chiamata", progettavano i microinterventi o si scambiavano gli stati d'avanzamento dei lavori;
- la conferenza di settembre aveva la funzione di presentare alla cittadinanza, dopo un confronto fra i

Gruppi, i microprogetti messi a punto nei nove mesi di lavoro;

- la ricerca sui bisogni giovanili aveva la funzione di raccogliere informazioni utili alla precisazione dei microprogetti.

Le fasi 1, 2 e 4 prevedevano un impegno dell'intera giornata, con la presenza di due membri dell'équipe tecnica per ciascun singolo Gruppo operativo, o ogni due. La fase 3, invece, era definita autogestita perché prevedeva che i Gruppi gestissero, in autonomia, quando e dove incontrarsi, con la possibilità, però, di "chiamare" un membro dell'équipe tecnica in veste di consulente. La fase 5, la ricerca, era affidata a un Gruppo Operativo, come compito specializzato e, quindi, seguiva i tempi e i metodi degli altri, pur avendo un diverso oggetto di lavoro.

Tutto quanto previsto, pur con difficoltà e lievi modifiche, è stato nella sostanza puntualmente realizzato.

4.5- BREVI CENNI SUL METODO

Come si vede dal progetto e dal programma, il metodo del *FOTOSS* è largamente fondato sui dati positivi delle precedenti esperienze:

- a) committenza mista, allargata e rappresentativa della comunità;
- b) Gruppi operativi eterogenei, rappresentativi e su base volontaria;
- c) minima strutturazione organizzativa e nessuna direttività nei contenuti.

Il tutto può essere riassunto nella definizione: far incontrare la gente intorno a un tavolo, su un problema comune, con l'intenzione di fare qualcosa di concreto; stimolare il potenziale delle comunità, perché si esprima nella soluzione dei propri problemi.

Sembra fin troppo banale, ma in verità un tale metodo deve battersi con una cultura e delle condizioni oggettive del tutto opposte, e cioè:

- a) la logica della separazione e dell'estraneità delle varie agenzie comunitarie;
- b) l'idea di cooperare solo fra simili nelle idee e nelle professioni;
- c) la delega ai tecnici e la rinuncia al protagonismo responsabile;
- d) la passività e la tendenza a essere eterodiretti.

Il superamento di queste situazioni di partenza è stato affidato, a Forlì, soprattutto alla fase "a", quella seminariale. Essendo questa il cardine

di tutto il progetto *FOTOSS*, è stato importante definire il metodo e lo stile di conduzione. Mi sembra lecito affermare che il metodo adottato nel seminario è stato la chiave di volta, insieme al vantaggio di avere una committenza rappresentativa e attiva, nel successo indiscutibile del progetto.

Il metodo usato nella fase seminariale, tre giorni iniziali più due giornate di "richiamo", è quello che si può definire "auto-eterocentrato e semistrutturato". Il termine auto-eterocentrato (A/E) sta a indicare che il gruppo viene alternativamente, o in modo simultaneo, stimolato a lavorare sul piano dei contenuti e dei processi. Nella fattispecie i gruppi erano stimolati a lavorare su questi piani:

- l'analisi del concetto di prevenzione, nel contesto della scuola superiore (contenuto);
- l'analisi dei processi e delle relazioni presenti nel gruppo (processi).

Il primo è un piano razionale e cognitivo, e riguarda tutti gli aspetti del problema prevenzione: cosa significa drogarsi, cosa è prevenzione, cosa può fare la scuola superiore, cosa possono fare gli altri enti territoriali, cosa può fare questo gruppo. Il secondo piano, invece,

riguarda gli aspetti emotivi e affettivi presenti negli individui, sia verso il contenuto, sia verso gli altri membri del gruppo; i rapporti e i modi di relazione che si vanno instaurando nel gruppo; il coinvolgimento dei membri e la motivazione all'investimento nel progetto. Questi due piani possono essere alternati oppure mescolati, e l'importanza che viene data a ciascuno di essi durante un seminario è dipendente da almeno tre variabili: gli obiettivi del seminario, la situazione del gruppo, lo stile del conduttore.

È facile comprendere che la gestione del livello dei contenuti è relativamente semplice, ma insufficiente a "mobilitare" le risorse di un gruppo. Non basta il fatto che un gruppo "comprenda" una cosa, perché voglia poi farla e abbia la forza di farla. A nostro avviso è indispensabile, quanto arduo e rischioso, operare sul piano emotivo, che è poi il piano delle resistenze, delle difese, dell'affettività e, dunque, dell'irrazionalità. La dose, la direzione, la profondità e l'intensità di un lavoro sul piano emozionale determinano il grado di successo di un seminario, specialmente se questo si propone una sensibilizzazione e una mobilitazione. In *FOTOSS* possiamo dire, *a posteriori*, che

è stato trovato il livello giusto ed efficace, non solo perché i partecipanti ne hanno un vissuto quasi mitico, ma soprattutto perché la storia del progetto testimonia che il seminario è riuscito nell'intento di coinvolgere e orientare i partecipanti.

Il termine "semistrutturato" sta a indicare che le stimolazioni erano, in parte, offerte dall'équipe, con proposte predeterminate, prestrutturate (esercizi, simulazioni, giochi, problemi, comunicazioni); e in parte non strutturate, nel senso che dovevano essere trovate dai partecipanti. Il livello di destrutturazione è correlato al livello di ansia e aggressività che si produce in gruppo. In altre parole, sappiamo che quanto più una situazione è destrutturata, tanto più esiste il rischio di una salita verticale dell'ansia e dell'aggressività dei soggetti coinvolti. Sappiamo anche che la strutturazione completa, che si verifica quando ogni attività del gruppo è stata prevista dall'équipe, produce sia uno stato di dipendenza, sia una stabilità delle difese, sia una scarsa mobilitazione energetica. La destrutturazione eleva l'ansia e l'aggressività, ma nel contempo offre la possibilità di mettere in crisi

atteggiamenti di eccessiva dipendenza e passività e di aprire varchi nelle difese e resistenze dei soggetti.

Naturalmente, qui, è ancora un problema di tempi e dosature. Dovendo costituire dei Gruppi operativi che si sarebbero impegnati in un difficile lavoro di prevenzione, avevamo la necessità di ridurre le difese e gli alibi, avviare un processo di coesione e di autonomia dei gruppi, mobilitare le energie emotive necessarie a sostenere l'impatto con il "campo". Non potevamo neanche rischiare che l'ansia e l'aggressività salissero a livelli tali da produrre un rifiuto del progetto, oppure una passività totale. Abbiamo discusso a lungo come dosare queste variabili e credo che abbiamo trovato una soluzione apprezzabile.

4.6- IL PROGETTO FOTOSS IN AZIONE

La mancata attuazione della fase preliminare, almeno nei termini previsti, ha portato, come ho detto, parecchie difficoltà:

1. gli intervenuti al seminario iniziale non erano sufficientemente consapevoli del progetto e, in fondo,

non avevano ancora deciso di aderirvi;

2. gli intervenuti non erano rappresentativi delle realtà scolastiche, ma erano presenti a titolo volontario e personale;
3. le scuole non avevano mandato gruppi formati come era previsto: per un paio di scuole era presente solo un docente; in altre erano assenti i docenti, ma c'erano molti allievi; in genere i genitori erano scarsissimi; anche gli operatori socioculturali e sociosanitari erano in numero inferiore all'auspicato.

La situazione fu gestita, in quel momento, in maniera "fortunosa", ma provocò conseguenze negative durature. Per esempio:

- a) alcuni dei presenti, circa la metà dei 100 intervenuti – o perché non erano stati adeguatamente informati, o perché non avevano aderito con sufficiente decisione, o perché si trovavano in gruppi non ben composti – si allontanarono dal progetto nei due mesi successivi;
- b) i Gruppi operativi, effettivamente varati nei tre giorni, investirono i primi due mesi ad allargarsi, cercando altri membri a integrazione delle

- rappresentanze mancanti, e a insediarsi nelle scuole superiori, dalle quali non avevano ricevuto una legittimazione anticipata;
- c) questa fluidità dei Gruppi operativi si protrasse per tre mesi, con continue immissioni di membri nuovi e uscite di “vecchi”;
 - d) i nuovi entrati non solo indebolivano oggettivamente la produttività dei Gruppi, ma immettevano risorse che non avevano condiviso tutta la fase d'avvio;
 - e) in qualche caso, fino al termine della prima fase, certe rappresentanze furono inesistenti: i genitori in generale, e in una scuola mancò del tutto la componente docente.

Malgrado questa fluidità iniziale, si sono costituiti ben 11 Gruppi operativi: 10 in rappresentanza di altrettante scuole superiori e uno come Gruppo ricerca. In tutto circa 100 persone, delle quali: circa 60 allievi, 27 docenti, 6 operatori dei Centri giovani, 6 operatori sociosanitari, 4 genitori. Nel prossimo paragrafo indicherò sinteticamente le attività dei Gruppi nei primi sei mesi del progetto.

A lato del programma dei Gruppi operativi, *FOTOSS* ha marciato su altre direttrici importanti:

1. un intenso lavoro di collegamento con i mass media ha prodotto circa 20 “pezzi” su giornali locali e nazionali;
2. i Presidi delle scuole coinvolte sono stati riuniti dal Provveditore perché cooperassero con i Gruppi operativi;
3. i coordinatori dei Gruppi operativi si sono incontrati mensilmente, presso il Provveditorato, per un’informazione sui lavori in atto;
4. il Gruppo dei committenti e dei tecnici si è riunito due volte per valutare il progetto *in itinere*.

4.7- I GRUPPI OPERATIVI

Da qui una descrizione sintetica delle strade percorse dai Gruppi operativi, sottolineando che si trattò di lavori preliminari e preparatori in vista dell’obiettivo della prima fase di *FOTOSS*, che era quello di arrivare alla conferenza di settembre con un microprogetto di intervento preventivo per ogni Gruppo da realizzare nel seguente anno scolastico.

Istituto tecnico industriale (circa 10 incontri autogestiti)

- lavoro sulla messa a fuoco del microintervento per il 1985.

Istituto professionale “Melozzo” (circa 12 incontri autogestiti)

- attuato seminario di sensibilizzazione in 3 classi (solo allievi);
- tre incontri con genitori e docenti (sulla prevenzione).

Istituto tecnico aeronautico (circa 9 incontri autogestiti)

- ricerca interna sui problemi dell'istituto;
- reperito uno spazio extrascolastico di incontro per gli allievi.

Istituto professionale commerciale "Olivetti" (10 incontri autogestiti)

- due incontri con i Comitati di base studenteschi;
- gruppi di studio in 28 classi (sui bisogni dei giovani e sulla droga);
- un'assemblea generale;
- un Collegio dei docenti sul tema prevenzione;
- una ricerca interna all'istituto.

Istituto tecnico commerciale "Matteucci" (12 incontri autogestiti)

- bozza di accordo USL/scuola per un nuovo servizio di consulenza;

- bacheca riservata all'informazione sulla prevenzione.

Istituto tecnico geometri (15 incontri autogestiti)

- due assemblee per genitori;
- giornalino e mostra interni;
- progetto di corso per docenti;
- progetto di corso per famiglie.

Liceo scientifico (circa 12 incontri)

- un'assemblea con genitori;
- un Collegio dei docenti sul tema prevenzione;
- un'assemblea straordinaria.

Istituto magistrale di Forlimpopoli (circa 12 incontri autogestiti)

- un'assemblea studentesca;
- incontro con genitori delle magistrali e delle medie sulla prevenzione;
- ricerca nella superiore e nell'inferiore;
- una mostra e un'assemblea studentesca.

Istituto d'arte (circa 8 incontri)

- invenzione del simbolo di *FOTOSS* (un icosaedro);
- una festa della scuola;
- un'assemblea studentesca.

Liceo classico (circa 12 incontri autogestiti)

- temi in tutte le classi sulle problematiche personali giovanili;
- mostra sui condizionamenti;
- gita scolastica di tre giorni.

Gruppo operativo di ricerca (circa 15 incontri autogestiti)

- preparazione e somministrazione di un questionario sui bisogni giovanili (a 7000 studenti).

Come si può vedere da questa sintesi, il progetto ha ottenuto *in itinere*:

- circa 130 incontri di lavoro dei Gruppi operativi: in parte pomeridiani, in parte al mattino, con regolare autorizzazione dell'autorità scolastica;
- almeno un contatto con 500 genitori sul tema prevenzione;
- un contatto con circa 7000 allievi, dei quali quasi 1000 mediante attività prolungata.

4.8. L'ÉQUIPE TECNICA

Come ho detto, l'équipe tecnica era formata da cinque membri dell'ARIPS e 10 membri dell'ufficio Educazione alla salute del Provveditorato, due dei quali a

tempo pieno. A tale gruppo è toccata la gestione complessiva dell'operazione. Gran parte di questo lavoro è consistito nelle attività seminariali e nel servizio di consulenza ai Gruppi operativi. Altri impegni sono stati di tipo promozionale e organizzativo generale:

- 2 incontri con Prefetto, Questore, Carabinieri;
- contatti e incontri con la stampa e la TV locale;
- circolari alle scuole per la facilitazione del lavoro dei Gruppi operativi;
- incontri con i Presidi delle scuole superiori;
- partecipazione ad assemblee studentesche o riunioni cittadine.

Oltre a queste attività promozionali, possiamo ricordare gli incontri con i committenti e le riunioni definite "di staff". Queste ultime, quattro in tutto, sono servite a mettere a punto, via via, le varie tattiche e strategie da adottare. In particolare, nei momenti seminariali e di consulenza preordinata i tecnici dell'ARIPS hanno svolto il ruolo dei conduttori, mentre i membri del gruppo di Forlì hanno avuto il compito di "osservare" il gruppo e il conduttore. Invece, negli incontri definiti autogestiti,

i membri del gruppo di Forlì hanno svolto il ruolo dei “consulenti su chiamata”. Il gruppo nel suo insieme, cioè collegialmente, ha lavorato per la progettazione sia generale che dettagliata dei vari incontri.

4.9- I PROBLEMI

Anche se *FOTOSS* resta, a mio avviso, l'esempio più avanzato, finora, di intervento di prevenzione primaria, non vanno taciuti i problemi incontrati e quelli non ancora risolti.

4.9.1- Le resistenze dei partecipanti e quelle delle scuole

I partecipanti al progetto hanno investito un'enorme quantità di risorse e di energie, ma ciò non è avvenuto senza momenti di arresto e arretramento.

Quando gli individui sentono l'esistenza di un problema non è detto che automaticamente si applichino nella sua soluzione.

Non appena i partecipanti hanno intuito la portata del problema droga e prevenzione hanno dovuto fare i conti con dinamiche interne assai note: sensi di colpa, sentimenti di impotenza, atteggiamenti di passività e delega, vissuti deresponsabilizzanti,

atteggiamenti qualunque o isterici sono il normale bagaglio che ognuno di noi si porta dentro e che viene attivato ogni volta che dobbiamo affrontare un problema direttamente. Il superamento delle resistenze e degli alibi è stato "il" problema sempre presente in ogni fase del progetto. Né si può dire che tali problemi siano superati per sempre. Essi sono in agguato e possono rispuntare a ogni difficoltà e dopo ogni fallimento. D'altronde è solo il trattamento di queste dinamiche intrapsichiche che può consentirne il superamento. Ma non è solo questione di problemi soggettivi.

I Gruppi operativi si sono ben presto costituiti come "agenti di cambiamento" nelle scuole: scomodi, aggressivi, a volte impreparati testimoni della patologia sociale e scolastica e della corresponsabilità comunitaria nei fenomeni di devianza; si sono posti come stimolatori del cambiamento in realtà tradizionali, routinarie ed evasive. Hanno chiamato a raccolta le responsabilità e la solidarietà di persone ormai rinchiusi nella propria, non tanto rara del resto, tranquillità inconsapevole. Era inevitabile che i Gruppi facessero emergere le resistenze delle scuole superiori, che si sono difese con

l'indifferenza, l'emarginazione o l'ostilità esplicita. Mentre sulle resistenze dei partecipanti al progetto abbiamo potuto lavorare, noi dell'équipe, con qualche buon risultato; su quelle delle scuole hanno dovuto scontrarsi i Gruppi operativi, quasi da soli e certo prima di essere adeguatamente rafforzati. In alcuni casi l'operazione è parzialmente riuscita, in altri casi ha avuto scarso successo.

4.9.2-I committenti e le attività innovative nella comunità

Il fatto che Provveditorato, USL, Comune e Distretto si siano accordati per un progetto di prevenzione primaria, e vi abbiano partecipato attivamente, è di per sé un miracolo in Italia. Non vi è dubbio che *FOTOSS* abbia mobilitato un'intera città sul tema prevenzione e che molte azioni "a cascata" sono nate e nasceranno in seguito a esso. Tuttavia, esiste ancora un problema cruciale da affrontare.

In pratica, *FOTOSS* si è collocato nella città di Forlì come un'azione speciale, creando un'aggregazione *ad hoc* sia di rappresentanze politico-amministrative, sia di risorse tecniche. Si è, comunque, presentata una situazione simile a quella

denunciata dopo la prima fase del progetto "P". La prevenzione è ancora considerata un progetto speciale e temporaneo. La stessa denominazione di progetto annuale e l'esiguità del finanziamento indicano che viene vista come sforzo eccezionale e secondario dalle organizzazioni sociali. In sostanza, le istituzioni si aggregano per modificare un settore della comunità, in questo caso le scuole superiori, ma senza avviare in parallelo trasformazioni anche in sé stesse. Uno sforzo comune per rendere preventive le scuole di una comunità, anche se riuscisse appieno, sarebbe poco efficace senza una trasformazione complessiva. Facciamo qualche esempio.

La sinergia sperimentata fra le istituzioni per *FOTOSS* è un fatto insolito o si estenderà su altri fronti della pratica quotidiana? I committenti avranno scarsa credibilità verso le scuole superiori, territorio dell'intervento *FOTOSS*, se non si trasformeranno anch'essi in direzione preventiva. Qui si pone la questione radicale che riguarda tutti gli interventi preventivi di comunità. Essi non devono essere progetti speciali e temporanei, meteore parziali e stimolazioni settoriali. La loro funzione cruciale consiste nel

porsi come occasione per la trasformazione della comunità territoriale, e cioè di innovazione di tutte le agenzie sociali che in essa operano.

Le nostre esperienze di intervento comunitario sono ancora talmente rare e particolari che risulta difficile, ai tecnici, far comprendere ai politici, agli amministratori e ai leaders della comunità che un intervento preventivo è un processo complesso, difficile e tortuoso, che richiede sia un'estensione pluriennale, sia una multipolarità di livelli, di settori e di metodi di intervento. A Forlì, per esempio, abbiamo tentato di stimolare i committenti:

1. a sviluppare un'azione preventiva all'interno delle loro organizzazioni: per esempio, l'USL a formare gli operatori socio-sanitari alle metodologie e tecniche dell'intervento comunitario; il Distretto a coordinare gli aggiornamenti nella direzione della prevenzione; il Provveditorato a pianificare, per l'autunno, un'azione intensiva di aggiornamento sulle scuole superiori; il Comune a collegare le circoscrizioni alle scuole superiori;
2. a sviluppare connessioni e sinergie più intensive e continuative su altri

fronti: per esempio, USL e scuole superiori possono fare convenzioni per consulenze agli allievi; i Centri giovani e le scuole superiori possono integrare le attività curriculari ed educative.

Tuttavia, queste stimolazioni sono ancora senza esiti significativi. Certo è presto per dare una valutazione: occorre prevedere tempi medi e lunghi, per simili innovazioni. La nostra preoccupazione era che, al termine della prima fase di *FOTOSS*, l'onda motivazionale decrescesse, lasciando sull'arena solo detriti e ricordi. D'altronde, siamo consapevoli che avviare un progetto di prevenzione, che dall'inizio prospetti ambizioni tanto allargate sulla comunità, sarebbe impossibile per la mole di resistenze *a priori*. La soluzione possibile resta, a mio avviso, nell'avvio di progetti che abbiano una durata garantita di tre anni. In tal modo ci sarebbe il tempo per un avvio settoriale e limitato e una fase più matura di estensione del cambiamento a tutta la comunità.

4.9.3- L'équipe

Il terzo grande nodo è costituito dall'équipe. Abbiamo considerato come

un cardine del metodo la formazione di un'équipe tecnica mista, in parte formata da operatori pubblici della comunità e in parte da operatori privati esterni. Tale forma mista offre innegabili vantaggi.

Gli interni dispongono delle informazioni e dei contatti necessari a sveltire l'azione; inoltre, essi rappresentano i naturali eredi del progetto in rappresentanza della comunità. L'insediamento delle metodiche e delle tecniche dell'intervento preventivo di comunità avviene mediante l'apprendimento di queste da parte degli operatori dei servizi pubblici: fattore decisivo per il prolungamento e l'estensione dell'azione preventiva.

Purtroppo, gli interni hanno dei limiti oggettivi. Prima di tutto una carenza di *know how* e, poi, una serie di relazioni comunitarie e un'immagine, spesso, compromesse. Gli operatori pubblici di un territorio godono raramente del prestigio e, dunque, della forza sufficiente a gestire in autonomia un progetto di prevenzione.

I membri esterni dell'équipe offrono un *know how* specialistico; inoltre, godono di prestigio per il solo fatto di non essere implicati; infine, sono privi, in effetti, delle implicazioni relazionali negative, in

quanto estranei al territorio dell'intervento. Il loro limite è la scarsità di entrate nel territorio (informazioni e contatti), ma anche la loro provvisorietà. Non possono garantire continuità nel tempo all'azione preventiva.

La doppia composizione è di per sé, dunque, un elemento irrinunciabile. Ma non si può trascurare la mole di difficoltà e di dinamiche di ardua gestione, che sorgono dal dover lavorare collegialmente e su progetti di profonde implicazioni. Anzitutto la distribuzione dei ruoli. È inevitabile che i membri locali dell'équipe assumano ruoli manageriali, gestionali e di segreteria; mentre i membri esterni si facciano carico dei ruoli più tecnici e formativi. Tale divisione del lavoro non è sempre funzionale al progetto né accettata dagli attori. Inoltre, è inevitabile che i membri locali assumano un ruolo di "partner in formazione", quasi di apprendisti.

Sul piano tecnico-teorico, il rapporto che si instaura è di sudditanza dei locali rispetto agli esterni; mentre, sul piano operativo e politico, il rapporto è paritetico o addirittura rovesciato: i locali hanno più peso degli esterni. La gestione di questa molteplicità di ruoli è cosa molto ardua. Via via, i due

sottogruppi sono colleghi alla pari, docenti e discenti, committenti e consulenti, *line* e *staff*. Questi passaggi di livello sono rapidi e spesso confusivi per entrambe le parti. Infine, non va dimenticato che si tratta di sottogruppi. Ciascuna delle due parti è un sottogruppo dell'équipe e vive vicende tipiche di questa posizione. Fenomeni di *leadership*, comunicazione, ruoli, conflitto si agitano sia nell'équipe sia in ciascuna delle due sottoparti.

A Forlì tutto questo materiale è stato oggetto di grosse elaborazioni e ha trovato, di volta in volta, soluzioni di mediazione, non sempre del tutto efficienti. A tutto ciò si è aggiunta una forte dialettica sul metodo: mentre i membri esterni dell'équipe, più addestrati in tal senso e più psicologicamente estranei alla comunità, hanno sempre avuto chiari i limiti del metodo e i suoi connotati di semidestrutturazione; i membri locali, più implicati emotivamente e professionalmente in quanto cittadini e membri della comunità, hanno spesso avuto difficoltà a gestire le ansie e i conflitti provocati dal progetto. In più riprese è emersa una doppia dialettica all'interno dell'équipe: quella fra

responsabilità collegiale e delega agli esterni e quella fra livello minimo e livello massimo di controllo sulle autonomie dei Gruppi operativi.

4.10- L'EVALUATION

Un progetto come *FOTOSS* non può, in nessun caso, correre il rischio di essere valutato sulla base di semplici impressioni emotive, "nasali" o, peggio, pregiudiziali. Un progetto di prevenzione primaria in una città sfiora sempre i nodi delle ideologie e del contenzioso partitico. Qualunque sia l'autorità che lo promuove, esiste sempre una parte politica avversa che critica pregiudizialmente l'azione.

Inoltre, un progetto come questo mobilita aggressività all'interno dei sistemi chiamati a responsabilizzarsi e amplifica le resistenze in coloro che non hanno parte attiva. Mettere a punto, formalizzare e divulgare un sistema di valutazione articolato e inattaccabile è un interesse primario di coloro che promuovono la prevenzione. Purtroppo, lo stato attuale della cultura dell'*evaluation* in Italia è ancora primitivo. Non solo sta muovendo i primi passi in termini scientifici, ma è solitamente affidato al volontariato dei

tecnici: i committenti non compensano mai il lavoro di *evaluation*, malgrado sarebbe loro precipuo interesse farlo.

FOTOSS ha presentato un “modello” di *evaluation* facendone anche oggetto di discussione nel comitato committenti, oltre che all’interno dell’équipe.

Dovendo scegliere il modello di valutazione del progetto occorre richiamarne gli obiettivi, che erano quelli di “avviare gruppi operativi misti, capaci di promuovere azioni finalizzate alla prevenzione”. A stretto rigore, dunque, il numero dei gruppi avviati è un indice del successo dell’operazione.

Il progetto, terminato ufficialmente alla fine di settembre, ha permesso di sapere che ben nove gruppi hanno approntato un microprogetto di intervento. Tale valutazione è ancora superficiale, perché non tiene conto dei risultati già ottenuti *in itinere*, per un verso, e per l’altro non offre criteri di valutazione dei microprogetti presentati. Per esempio, qualora dovessimo constatare che i Gruppi operativi hanno progettato iniziative superficiali, effimere o irrealizzabili, oppure che non attiveranno i progetti elaborati, allora potremmo valutare criticamente il progetto FOTOSS, almeno nei suoi esiti a valle.

Nella valutazione occorre, dunque, tener conto:

1. del numero dei Gruppi operativi effettivamente attivati e resi capaci di promuovere azioni finalizzate;
2. delle azioni di sensibilizzazione e preparazione dei progetti periferici;
3. della qualità dei microprogetti presentati;
4. dell'efficacia realizzativa degli stessi microprogetti.

Per il punto 2) possiamo considerare indici di efficacia:

- a) il numero di riunioni di Consigli di classe e d'istituto, di Collegi e di Assemblee attivate in seguito al progetto *FOTOSS*;
- b) il numero di testi scritti sulla stampa locale e nazionale, dei ciclostilati a uso interno, dei manifesti e dei documenti prodotti in relazione al tema prevenzione;
- c) il numero di attività realizzate nella prima fase del progetto (mostre, cineforum, dibattiti, feste ecc.);
- d) il numero di incontri e accordi realizzati fra istituzioni, gruppi e categorie sul fronte prevenzione.

Circa questi quattro parametri siamo già in grado, prima ancora che i microprogetti siano appieno realizzati, di

constatare il successo di *FOTOSS*. Come si vede nel paragrafo 7. del presente capitolo, si sono realizzati:

- a) circa 13 riunioni formali e collegiali (a diversi livelli);
- b) circa 40 testi scritti, fra quelli a uso pubblico e quelli a circolazione interna;
- c) circa 10 fra mostre, gite, feste, ricerche ecc. e circa 35 incontri di studio;
- d) un accordo scuola superiore-scuola media, un accordo scuola superiore-USL.

Quando i micro-progetti saranno realizzati nella loro interezza (cioè durante l'anno scolastico 1984-1985) sarà possibile valutare secondo i seguenti parametri:

- a) numero di azioni prolungate nel tempo tese a migliorare i servizi per i giovani, nella scuola e nel territorio;
- b) numero dei gruppi che restano stabilmente attivati in un lavoro preventivo;
- c) il numero delle persone che i microprogetti riusciranno a coinvolgere;
- d) numero dei servizi permanenti per i giovani e le famiglie che il progetto stimolerà.

Per ora, cioè *in itinere*, oltre alle azioni di sensibilizzazione sopra citate, abbiamo ottenuto l'impegno diretto e continuato di quattro istituzioni centrali della comunità forlivese; circa 100 volontari impegnati nei Gruppi operativi; un contatto con circa 500 genitori e 1000 allievi, mediante attività di riflessione; un approccio, tramite la ricerca, con circa 7000 studenti delle superiori.

Tutto questo mi sembra sufficiente a dare una valutazione positiva di *FOTOSS*. I risultati nel tempo escono dalla possibilità di una nostra *evaluation*, in quanto il seguito della prima fase è interamente affidato alle risorse locali.

Quinto Capitolo LINEE PER UN METODO

5.1- L'AUTORE E LE MODALITÀ DELLA PROGETTAZIONE

Chi progetta, cioè inventa, l'intervento, e in quale modo lo pianifica, è un elemento di grande rilevanza.

La situazione ideale sarebbe che il progetto nascesse da un gruppo rappresentativo della comunità o degli enti che saranno coinvolti nella prevenzione. Tale eventualità è, però, ovviamente rarissima, in quanto presupporrebbe l'esistenza di un tessuto comunitario e cooperativo, che invece di solito si pone fra gli obiettivi dell'intervento. È appunto a causa della divisione e disgregazione delle comunità e delle istituzioni che si rendono necessari interventi di prevenzione primaria. Laddove una comunità già fosse "competente e cooperativa" la prevenzione sarebbe coincidente con la vita quotidiana e la normale amministrazione.

In genere, i progetti di prevenzione nascono da tecnici esterni o interni alla

comunità. Nel caso del progetto *MITO*, questo è nato dall'ARIPS; nel caso del progetto *FOTOSS*, dal funzionario del Provveditorato preposto all'“Educazione alla salute”.

Quando i progetti nascono da tecnici esterni alla comunità, di solito, sono produzioni di équipe abitate a lavorare in gruppo, il che offre il vantaggio che, in fase di realizzazione, l'équipe sia completamente padrona della logica dell'intervento. Le cose si complicano quando i progetti nascono da funzionari interni alla comunità, in genere operatori in istituzioni pubbliche. Questi funzionari procedono quasi sempre isolati, per illuminazioni individuali, a volte addirittura emarginati dai loro servizi. Il lavoro d'équipe nei servizi pubblici è infatti uno slogan, raramente applicato. La USL 36 di Iseo-Brescia e il progetto “P” sono un'eccezione.

Tale origine dei progetti – o collegiale ma esterna, o interna ma individuale – costituisce una sorta di “peccato originale”, i cui effetti si scontano nei mesi successivi.

Sia nel progetto *MITO* che in *FOTOSS*, una delle maggiori difficoltà incontrate, ripetutamente elaborate a livello di staff, è stata l'appropriazione dell'intervento

da parte dello staff stesso. In entrambi i casi, sono stati percepiti fino in fondo come una “proprietà” dei progettisti. Può sembrare paradossale ma, in genere, si riscontrano maggiori assunzioni di responsabilità diretta da parte dei volontari “di base”, che da parte dei membri dell'équipe di coordinamento. È probabile che ciò si debba al fatto che mentre i volontari “di base” non hanno un ruolo da difendere, i membri dell'équipe hanno il timore di giocarsi completamente la loro immagine. Allora viene molto usata la difesa deresponsabilizzante del tipo: “In fondo il progetto non è mio...!”. Per ovviare a questo fenomeno che sembra costante nei progetti di prevenzione primaria, occorrerebbe dedicare molto tempo per la costituzione dello staff. Anche quando il progetto non è partito collegialmente, anzi proprio in questi casi, esso dovrebbe diventare oggetto di analisi e modificazioni in modo approfondito, con tutti gli operatori implicati a livello d'équipe. Almeno fino a che l'appropriazione non sia molto distribuita. Tale esigenza, tuttavia, cozza contro due elementi. Il primo è legato alla variabile tempo-denaro. Finora, i progetti di prevenzione

sperimentati hanno avuto scadenza e budget ridotti all'osso. Il secondo elemento è legato alla variabile competenze: gli operatori delle comunità che vengono coinvolti nella gestione di un progetto preventivo raramente hanno la competenza professionale per poter valutare, discutere e modificare o fare proprio un progetto. In genere imparano a far prevenzione cooperando al progetto, cioè facendola. D'altronde se la comunità avesse abbastanza risorse competenti, potrebbe gestire la prevenzione come prassi ordinaria. Ne consegue che spesso i membri dell'équipe condividono razionalmente il progetto loro presentato dal suo intervento, ma non avendo esperienza si scontrano con difficoltà successive che non sanno prevedere. Per non sostenere un'eventuale autosvalutazione, arrivano dunque a prendere le distanze dal progetto.

5.2- L'AUTORITÀ POLITICA

Una delle variabili risolutive di un progetto di prevenzione primaria è legato al grado di coinvolgimento attivo dell'autorità politica. In primo luogo, dell'autorità dell'ente promotore; in secondo luogo, di tutte quelle della

comunità. Un progetto di prevenzione primaria non può essere gestito dal vertice, come atto di imperio (rischio assai improbabile vista la scarsa decisionalità delle autorità locali italiane); ma nemmeno può essere gestito contro o in maniera estranea all'autorità.

Il clima di ostilità verso le autorità ha avuto, in Italia, stagione brevissima, come ha fiato cortissimo anche la tanto decantata "autonomia del civile". Le autorità politiche e amministrative hanno un forte prestigio e un sostanzioso potere. Malgrado ciò sia evidentissimo, le autorità in genere giocano un ruolo abdicatorio e assenteista. È raro trovare un'autorità che si assuma responsabilità verso progetti di cambiamento e di sviluppo. In genere, le responsabilità vengono assunte per azioni di freno, controllo o repressione. Anche quelle più esperte e illuminate, quelle che a volte rischiano, appoggiando progetti innovativi e coraggiosi, si tengono sempre defilate, come se cercassero di lasciare una porta aperta in caso di non perfetta riuscita. Questo scarso investimento, naturalmente, diventa una delle cause del fallimento. Sembra che l'autorità non vari un progetto innovativo

per perseguire precisi obiettivi, ma piuttosto lo promuova per acquistare titoli di innovatrice. Il gioco sarebbe, in sostanza, di tipo conservatore, tipico di ogni autorità. È raro che un'autorità neghi espressamente il suo appoggio a un progetto qualsiasi. I sistemi di defilamento sono più indiretti e raffinati: assenze, ritardi, deleghe in bianco, informazioni incomplete, cavilli burocratici, azioni competitive o divergenti sono le tipiche tattiche usate per sottrarsi all'impegno di un progetto pur dichiarando di appoggiarlo completamente.

È famoso, poi, il fenomeno chiamato "incidente di frontiera". Un'autorità appoggia un progetto, magari addirittura lo vara in proprio, affidandolo a tecnici interni o esterni. Non appena questi si muovono, la stessa autorità prende una decisione di segno contrario alla precedente, e tale da mettere in difficoltà il progetto stesso. Una specie di "bomba" gettata fra i piedi dei tecnici. Per esempio, un assessore vara un progetto nel quale dovrebbero essere coinvolti suoi operatori, poi rifiuta i permessi di distacco dal lavoro per parteciparvi; oppure, un capo ufficio coinvolge i membri del suo gruppo in un

grande progetto, poi li carica subito di impegni supplementari in modo da rendere la loro partecipazione più difficile; o, infine, il responsabile di una USL, prima, approva un progetto di prevenzione, poi impone ai suoi operatori di seguire gli orari di ufficio, rendendo impossibili i recuperi per le ore di lavoro serali. Tutto ciò è noto da tempo in letteratura, ma assai difficile da superare.

Una delle possibili difese degli operatori verso queste ambivalenze dei politici, degli amministratori o delle autorità in genere è l'uso enfatico delle situazioni pubbliche. Assemblee cittadine, stampa, riunioni pubbliche sono tanti modi per impegnare le autorità non solo verso i tecnici esterni e interni, ma anche verso la comunità. Le autorità che varano un progetto di prevenzione primaria, e quelle che vi aderiscono in un secondo tempo, devono essere sollecitate continuamente ad "apparire" per siglare pubblicamente il loro impegno.

Il lato più debole del progetto *MITO* è stato la reperibilità dell'autorità regionale; mentre il lato più forte del progetto *FOTOSS* è stato il coinvolgimento attivo di parecchie autorità istituzionali. Ma va sottolineato

che non è sufficiente una sponsorizzazione dell'autorità, in chiave formale o elettoralistica, è indispensabile un suo coinvolgimento complessivo, in modo tale che tutta l'azione di competenza dell'autorità sia convergente con il progetto di prevenzione primaria. Tale progetto non può limitarsi a essere uno dei tanti che l'autorità gestisce. Ma deve diventare la logica che presiede le tante attività di competenza del servizio cui l'autorità è preposta.

Per esempio, se un progetto parte dal Provveditorato non è sufficiente un appoggio del Provveditore all'ufficio Educazione alla salute. È indispensabile che la politica complessiva del Provveditorato sia in qualche modo convergente e coordinata. Allora i corsi di aggiornamento saranno diretti verso problemi sollevati dal progetto, i "distacchi" riguarderanno il progetto di prevenzione, gli altri servizi del Provveditorato saranno stimolati a cercare le forme più efficaci di integrazione con il progetto in atto. In questo caso l'appoggio dell'autorità risulta proficuo per la prevenzione.

Un grosso rischio è quello della strumentalizzazione del progetto da

parte dell'autorità promotrice. Il Provveditore o, peggio, l'assessore (peggio perché questi è certo partiticamente identificato) privatizzano il progetto, escludendone le istituzioni limitrofe, oppure cercando di sottometerle alla propria leadership. Una simile eventualità è un grave pericolo per un progetto di tipo comunitario.

Non appena si alimentano anche solo "fantasie" di strumentalizzazione e speculazione, il progetto viene considerato "di parte", quindi il gestore è lasciato solo o addirittura ostacolato. Si badi bene, sono sufficienti le "fantasie". Il che porta a considerare con molta attenzione gli equilibri formali, la rappresentatività, l'ufficialità di ogni gradino e organismo del progetto. Per esempio, nel progetto *MITO* abbiamo registrato, a causa della sola presenza nell'équipe di un noto esponente del PCI regionale (presente in quanto psichiatra), accuse di partigianeria da parte di alcuni socialisti. A Forlì a causa di un assessore socialista, abbiamo dovuto non poco faticare per superare le ostilità dell'opposizione. A Molinetto, a causa dell'assiduità del parroco, abbiamo registrato una defezione delle

rappresentanze comuniste e radicali. A Marone il progetto tiene perfettamente grazie alla cooperazione di tutte le forze comunitarie, senza prevaricazioni né fantasmi di leadership.

Anche per questo problema, il metodo suggerisce una soluzione simile alla precedente: massima pubblicizzazione, formalizzazione e collegialità in ogni fase del progetto, per ogni decisione. Vanno evitati colloqui "a due" di tipo informale; le riunioni devono vedere la presenza di tutti gli attori coinvolti (in certi casi è meglio rinviare l'incontro, se si constatano assenze); le decisioni devono ricercare una larga maggioranza di consenso; non devono esserci informazioni selezionate o discriminazioni circa i destinatari delle informazioni. La regola aurea può essere definita come segue: "Tutti devono essere al corrente di tutto, e contribuire a decidere". Qui, per tutti intendiamo coloro che sono coinvolti ai diversi livelli e che, quindi, devono sapere tutto ciò che concerne il loro livello. È assurdo discutere il budget del progetto, o i sistemi di *evaluation*, con i volontari di "base", a meno che loro non lo richiedano espressamente; così com'è

inutile discutere con i committenti del progetto i dettagli di un seminario. Il problema della non privatizzazione del progetto da parte di un'autorità non può arrivare alla logica "antiautorità" che alcuni ventilano e che a nostro avviso è pernicioso. Ciascuno di noi, e a maggior ragione un'autorità – specialmente se elettiva –, ha bisogno di consenso e riconoscimenti. Un assessore, un Provveditore, un preside, un amministratore di USL, che si impegnano in un progetto faticoso, rischioso, magari costoso, non possono essere chiamati a farlo solo per "dovere" o per "vocazione al martirio". È naturale e giusto che essi sperino anche in un riconoscimento personale e tengano a far sapere di aver promosso, o aver aderito attivamente, a un progetto importante. Evitare il rischio di "paternità" ingombranti non significa nascondere i "padrini" politici, come se dovessimo vergognarcene. Anzi, laddove è possibile, occorre che i tecnici valorizzino i leader delle istituzioni che si impegnano nella prevenzione primaria, offrendo loro occasioni di riconoscimento pubblico, purché tale trattamento sia riservato equanimente a tutti. Un simile atteggiamento non solo è giusto, ma è utile a convincere i leader che

anche i progetti seri di prevenzione, possono offrire riconoscimenti e consensi.

5.3- I CONTRATTI FRA GLI ATTORI

Le esperienze finora realizzate offrono indicazioni chiarissime circa l'importanza dei contratti fra i diversi attori e circa l'ingegneria istituzionale del progetto. In altre parole è vitale stabilire con chiarezza, e consensualmente, "chi fa come". Dove il "cosa" non sta a indicare quale azione, bensì quale funzione o ruolo ciascuno deve svolgere. Sia che il progetto venga ideato da un ente esterno alla comunità, sia che venga ideato dal funzionario di un'organizzazione locale, il primo problema è quello del contratto con l'istituzione che lo sponsorizza.

Nel progetto *MITO* l'idea è nata dall'ARIPS, che ha dovuto stipulare un contratto con l'Assessore alla sanità della Regione Liguria. Nel progetto *FOTOSS* è nata dal funzionario dell'ufficio Educazione alla salute del Provveditorato, che ha ricercato i consensi all'interno della sua organizzazione prima, poi al Distretto scolastico, poi alla USL e, infine, al Comune. Nel progetto "P" l'idea è nata

da una coppia di operatori pubblici, che hanno dovuto presentare il progetto alla loro équipe e poi chiedere autorizzazione agli organi amministrativi della USL. Insomma, il progetto deve insediarsi almeno in un'organizzazione della comunità mediante un contratto fra chi lo ha ideato, i colleghi o gli uffici limitrofi e l'autorità della stessa organizzazione.

Finora non conosco casi di progetti ideati dalla autorità di un'organizzazione, ma credo che la questione non cambierebbe: anche l'autorità dovrebbe ricercare il consenso degli organi di gestione e dei funzionari o colleghi sottoposti. Per esempio, un Provveditore dovrebbe garantirsi il consenso di uno o più uffici; un assessore, della Giunta e dei funzionari; un preside, degli Organi collegiali e dei docenti.

Questa è una fase delicatissima, nella quale si possono prevedere i rischi di cui al capitolo precedente. È a questo punto che spesso si presentano i problemi più grossi e che incideranno su tutto il progetto. Per esempio:

- a) un'autorità ha l'idea del progetto, ma sa che nella sua organizzazione sarà osteggiata da altre autorità;

- b) un'autorità ha l'idea del progetto, ma sa che su alcuni funzionari non può contare (per ostilità o incompetenza);
- c) un funzionario ha l'idea, ma sa che l'autorità non accetterà mai;
- d) un funzionario ha l'idea, ma sa che tutti i colleghi lo ostacoleranno;
- e) un esterno ha l'idea, ma non sa come riuscire ad arrivare all'organizzazione da coinvolgere;
- f) un'organizzazione ha l'idea, ma sa che le organizzazioni limitrofe la ostacoleranno.

Insomma si possono dare quattro tipi di ostacolo (tre dei quali intraistituzionali ed uno interistituzionale):

1. intraistituzionali:

- provenienti dall'alto (autorità),
- provenienti dal basso (operatori, dipendenti, subalterni),
- provenienti da pari (Organi collegiali, colleghi);

2. interistituzionali:

- provenienti da organizzazioni limitrofe.

Quello che deve in ogni caso essere evitato è la manipolazione. Dire e non dire, mostrare in luce diversa, mascherare sono tattiche per strappare un consenso o un'astensione "a breve",

che tuttavia non reggerebbero l'impatto con i primi passi di un progetto preventivo. Al contrario, le uniche possibilità per superare le difficoltà iniziali sono:

- a) massima chiarezza nel descrivere finalità, obiettivi, contenuti, metodi, costi, sistemi di verifica del progetto;
- b) comunicazioni della bozza di progetto a tutti gli uffici o operatori potenzialmente interessati;
- c) invito a tutti di apportare modifiche al progetto, nel corso di riunioni appositamente richieste;
- d) chiarificazioni dei possibili ruoli, impegni e vantaggi che ciascuno può ricavare.

Quest'ultimo punto va sottolineato in particolare. Nessuno si imbarca in un'impresa difficile senza sperare di trarne qualche vantaggio. Prestigio, riconoscimento sociale, apprendimento, flessibilità dell'orario di lavoro, maggior professionalità, consenso politico, permessi di distacco dal lavoro, notorietà, ecco alcune delle motivazioni che possono spingere, oltre al "dovere morale", un'autorità, dei colleghi, o dei subalterni a cooperare.

Da evitare in maniera assoluta è la pratica dello "scavalco", usata

quando si vuol tagliar fuori una persona, un ufficio o un'organizzazione. Va ricordato che ciascuno di noi è desideroso di difendere il suo territorio e non ammettiamo attraversamenti, invasioni, aggiramenti senza reagire. Scavalcare qualcuno può sembrare una via breve, ma diventa presto la più lunga, perché lo "scavalcato" va a ingrossare la schiera degli ostili.

Da evitare anche le "condecisioni finte". Una sorta di retaggio sessantottino ha permeato, subdolamente, molte organizzazioni sociali, che si ammantano di un'immagine aperta e democratica, invitando tutti a condecidere su tutto. In realtà le riunioni cosiddette decisive sono solo rituali, nei quali il convocatore ha già deciso e vuole non solo il consenso, ma anche dare l'illusione della condecisione. È dunque assai meglio, per non dare la sgradevole impressione di manipolare, dire con chiarezza quali parti del problema sono fisse e quali variabili e, fra queste, quali gli invitati sono lasciati liberi di influenzare.

Infine, va ricordato che il proponente di un progetto di prevenzione non può accontentarsi di un generico assenso, o peggio di una fredda astensione. Questo

può essere sufficiente per alcune organizzazioni che entreranno nel progetto successivamente (o tangenzialmente); l'organizzazione che lo fa proprio deve dare "un largo consenso attivo", che impegni la maggioranza a cooperare con tutte le risorse possibili. Se, infatti, l'organizzazione che propone il progetto non mostra un impegno effettivo, come potrà trascinare la comunità? Troppo spesso le organizzazioni dimenticano (le autorità dimenticano) che anche per loro vale una sorta di "linguaggio dei gesti e delle azioni", come per gli uomini.

Se un Provveditorato, o un assessorato, promuovono un intervento preventivo, per essere credibili, devono far convergere sulla stessa direttrice di marcia tutta la loro azione organizzativa. Quanto meno non devono mostrare azioni contraddittorie. Come può un'organizzazione parlare di "sinergia comunitaria", di "cooperazione territoriale" o di "tessuto connettivo nutritivo", e poi mostrare al suo interno divisioni, competizioni, strabismi, tiepidezza verso i progetti proposti da sé medesima? Ecco perché l'ideatore di un progetto di prevenzione primaria deve agire con molta oculatezza e pazienza,

sincerandosi, magari facendo uso di tempi lunghi, di aver ottenuto un consenso vero, responsabile e attivo. E se, dopo aver tenuto conto di tutto ciò, il proponente non riuscisse a stipulare un contratto soddisfacente con la organizzazione? Molti dicono meglio qualcosa che niente! A mio avviso vale di più il contrario: meglio niente che “qualcosa”.

Un progetto di prevenzione primaria è una costruzione faticosa, che richiede in tutta la comunità un impegno e degli sforzi che vanno ben al di là del semplice dovere d'ufficio o dovere civico. Iniziare un progetto di prevenzione primaria su basi fragili, tanto per fare qualcosa o per muovere le acque, è molto discutibile.

Una volta che il progetto sarà andato male, quanti anni ci vorranno prima che diventi possibile riproporlo? Quante frustrazioni, disillusioni, dovrà pagare la comunità? Senza contare che la parte esplorativa e contrattuale di un progetto di prevenzione è già un progetto di prevenzione.

Chiamare un'organizzazione a discutere, confrontarsi al suo interno e all'esterno, sulla prevenzione (se e come farla) può essere un lavoro importante, anche se

termina con la decisione di non fare niente.

Meritano qualche cenno i problemi di tipo interistituzionale. Uno dei fattori più disgreganti, effetto e causa dello sgretolamento delle comunità è la separazione e specializzazione delle organizzazioni sociali. Traduzione nel sociale della logica della divisione del lavoro, la divisione in settore di competenze delle agenzie comunitarie è tipica del mondo "moderno": la civiltà preindustriale delle diverse organizzazioni sociali, sul modello della produzione artigianale. La civiltà postindustriale, o postmoderna, si sta orientando verso una "cultura delle connessioni", in una sorta di logica federativa, facilitata dalle enormi possibilità offerte dai sistemi informatici integrati.

La psicologia di comunità e gli interventi preventivi operano nella direzione di una ricomposizione delle agenzie territoriali, non di tipo fusionale ma interistituzionale.

Questo processo non è senza problemi. Ogni azione connettiva fra organizzazioni o nasce da un'autorità *super partes*, peraltro oggi quasi introvabile visto il livello di

segmentazione della vita sociale (anche i rappresentanti dell'unità come i sindaci o i dirigenti scolastici rappresentano solo "parti"), oppure parte da una delle agenzie territoriali. In tal modo rischia continuamente di essere alimentato il fantasma della manipolazione: chi ha l'idea, vara e supporta un progetto di ampie dimensioni (tale da comprendere altre organizzazioni) viene percepito come invasore e potenziale sopraffattore. Un'organizzazione che ne voglia coinvolgere altre, per un progetto di prevenzione primaria, deve dunque tener conto delle difese e delle dinamiche interistituzionali.

La diffidenza verso un'eventuale manipolazione, la differenza di linguaggi, competenze giuridiche e professionali, la diversità di valori e finalità, la competizione e i conflitti di ruolo, ecco solo alcune difficoltà da superare. Anche qui la chiave è la chiarezza e la correttezza dei rapporti, la valorizzazione reciproca delle esperienze e delle competenze, la pazienza finalizzata alla costruzione di un codice comunicativo comune. Insomma, un rapporto interistituzionale, come uno interpersonale, non può funzionare se non è chiaro, onesto e

interessante per entrambe le parti. In un progetto di prevenzione a livello comunitario, tutte le organizzazioni coinvolte devono partecipare alle decisioni (sia pure su diverse materie), devono essere corresponsabilizzate e devono poter trarne qualche vantaggio.

5.4- LE “ISTITUZIONI” INTERNE AL PROGETTO

Un progetto di prevenzione primaria va considerato come “un’istituzione temporanea” finalizzata a un obiettivo definito e verificabile. Tale istituzione-progetto deve poter vivere di vita propria, con organismi propri, a lato della normale vita della comunità e delle organizzazioni che in essa operano. Voglio dire che mentre la scuola, i servizi sociosanitari, il sistema bibliotecario, l’associazione volontaria cooperano a un progetto speciale come quello della prevenzione primaria, i loro compiti formali e di routine continuano a dover essere svolti.

Un progetto preventivo richiede che la comunità destini una parte delle sue risorse a esso, mentre i compiti correnti vengono svolti dall’altra parte. Per “una parte” intendiamo alcune persone destinate al progetto a tempo pieno

oppure tante persone distaccate dalle attività ordinarie per tempi limitati. La soluzione migliore sembra quella nella quale siano presenti sia persone che si dedicano al progetto a tempo pieno sia persone che vi si dedichino per porzioni orarie limitate.

Le organizzazioni interne all'“istituzione-progetto” possono essere diverse e magari varie nel tempo: ciò che conta è che siano contrattate a una a una e che rispondano alle funzioni minime richieste da un progetto. Per contrattazione intendo la discussione e l'accordo sulle funzioni che intercorre fra tutti gli attori potenziali di un determinato livello del progetto.

Facciamo alcuni esempi.

La prima funzione da garantire istituzionalmente è quella del controllo politico. Chi controlla il progetto? Cioè, come è composto il “sistema committente”? Chiarire questo elemento non è affare peregrino, ma una necessità dal momento che a questo livello esiste il rischio di gravi malintesi. In termini astratti, la comunità territoriale è al tempo stesso committente e utente di un intervento preventivo.

Un progetto di prevenzione primaria, in sostanza, si propone sempre di aiutare

una comunità a diventare più efficiente rispetto ai bisogni dei suoi membri, a sviluppare il potenziale latente o represso e indirizzarlo verso una logica di prevenzione del disagio e della devianza. In concreto il lavoro di prevenzione si traduce in un'opera di riconversione delle agenzie sociali e dei loro rapporti: da una situazione patogena, neutra e terapeutica a una situazione preventiva.

Poiché in concreto la comunità è un sistema complesso, il committente-comunità astratto può essere più precisato come "sistema cliente". Tale sistema si può suddividere in un ruolo committente (l'autorità che commissiona e retribuisce il progetto), un ruolo di utente primario (i partecipanti volontari al progetto), un ruolo di utente secondario (l'organizzazione dell'autorità committente e le organizzazioni limitrofe) e, infine, l'utente indiretto (per esempio, i giovani).

Per chiarire questa macchina complessa possiamo riferirci a *FOTOSS* come segue:

- committente: Provveditorato, Comune, USL, Distretto;
 - pure utente primario: Gruppi operativi;
 - utente secondario: operatori delle organizzazioni committenti;
 - utente indiretto: allievi delle scuole superiori di Forlì.
- 

SISTEMA
CLIENTE
Città di
Forlì

Tutti questi attori, parti della comunità, vanno presi in considerazione e devono poter essere valorizzati come soggetti protagonisti e, al contempo, utenti dell'intervento preventivo. Tutti hanno una parte della responsabilità politica del progetto: il problema è di chiarire quale parte si esprime. È vitale per il consulente, o l'operatore responsabile del progetto, far sì che queste parti restino in equilibrio tra loro, che nessuna prevarichi o abdichi. Sono questi i due rischi più comuni: che qualche parte del sistema cliente si appropri del progetto, orientandolo e controllandolo in esclusiva; oppure che qualche parte se ne renda estranea. In genere un rischio è collegato dialetticamente con l'altro. La seconda funzione da garantire istituzionalmente è quella tecnica e metodologica. Un progetto di

prevenzione primaria, speriamo sia chiaro da questo libro, è un'azione complessa e sofisticata. Ben diversa dalla generica azione politica, come dalla superficiale azione informativa. I passaggi, i tempi, i ruoli, i programmi del progetto vanno calibrati attentamente in riferimento agli obiettivi. La funzione di produzione e applicazione del *know how* è cruciale, se si vuole evitare il pressappochismo. Insomma, occorre un piccolo gruppo di tecnici che sappia fare bene quello speciale lavoro che possiamo chiamare "intervento preventivo di comunità".

L'équipe tecnica deve essere autonoma per quanto riguarda le scelte operative, ma soprattutto deve essere equidistante e indipendente dalle varie parti della comunità. Ogni slittamento o sudditanza, non solo reale, ma anche apparente, dell'équipe verso una delle parti, può compromettere radicalmente la riuscita del progetto.

Una terza funzione da garantire nella macchina organizzativa di un progetto è quella di segreteria o manageriale. Esiste una mole di lavoro, che non è politico né intellettuale, ma che riveste un'importanza pari ai primi due, in un intervento complesso. Il calendario, le

convocazioni, i verbali, la documentazione, la promozione, i permessi, la sede, i rapporti intermedi, i contatti istituzionali operativi, i rapporti con i mass media sono funzioni essenziali. L'efficienza in tale funzione garantisce almeno un terzo del successo di un progetto.

5.5- IL RAPPORTO INTERNI/ESTERNI ALLA COMUNITÀ

Di questo tema abbiamo già parlato in un paragrafo del quarto capitolo, per cui sorvoleremo. Il metodo dell'équipe mista sembra essere quello che più garantisce la qualità di un intervento, in ogni senso. L'esempio del progetto "P", fatto in prevalenza da operatori pubblici locali, è valido, ma non si può generalizzare. Intanto, va notato che l'intervento esterno si è reso necessario nella fase avanzata del progetto, quando si trattava di trasferire capacità alle organizzazioni comunitarie: compito per il quale gli operatori pubblici o non sono sufficientemente preparati, oppure non hanno abbastanza tempo o, ancora, non sentono la necessaria legittimazione.

Poi esiste un altro dato importante. La comunità di Marone è assai piccola e gli

operatori pubblici che hanno attuato l'intervento sono del vicino centro di Iseo. In qualche modo, dunque, anche il progetto "P" è stato gestito da esterni alla comunità. In più, esterni con sufficiente prestigio, sia per la credibilità guadagnata dalla USL 36 in questi anni sia per l'unità tipica dei piccoli centri verso le figure degli esperti pubblici. Un'operazione analoga sarebbe difficile in un grande centro, dove in genere i servizi pubblici godono di un'immagine poco credibile.

Questione di grande rilevanza per l'équipe assume il nodo della formazione professionale e personale dei suoi membri. Nelle ultime pagine del libro presento una proposta di formazione specializzata in psicologia di comunità. Tuttavia, è chiaro che le azioni preventive marcino su grandezze più vaste di quelle che potrebbero essere seguite dalle istituzioni formative. Inoltre, non tutti gli operatori coinvolti in un progetto possono e devono avere la stessa formazione. Esistono però alcune conoscenze e capacità indispensabili per i membri di un'équipe di intervento preventivo comunitario. Anzitutto la conoscenza e la capacità relativa al lavoro con piccoli e grandi gruppi, sia in

chiave di sensibilizzazione che formativa sia in termini di coordinamento che di consulenza. Ogni progetto di prevenzione ha a che fare con decine di momenti spesi in piccoli e grandi gruppi: assemblee, comitati, incontri di studio, riunioni operative, contrattazioni, sequenze formative, azioni informative. Occorre che i tecnici sappiano muoversi in queste situazioni con sicurezza, precisione e flessibilità. Nel progetto *MITO* non è stato raro il caso in cui alcuni membri dell'équipe rifiutarono di "parlare in pubblico" per insicurezza. Un secondo cardine della formazione sono le competenze organizzative. Abbiamo già descritto un progetto di prevenzione come una "macchina" da far funzionare al massimo. Progettare, programmare, realizzare e verificare un'azione: i membri dell'équipe devono fare ciò, collegialmente o da soli, per tutto un progetto. Lavorare con i gruppi e organizzare sono le competenze di base necessarie. Ma non si deve pensare che siano competenze esclusivamente conoscitive o solo tecniche. Occorre che i membri dell'équipe "sappiano essere" gruppali e organizzativi. Voglio dire che è necessaria una formazione personale, una serie di atteggiamenti, legati al

gruppo e all'organizzazione. Per esempio, occorre una buona capacità di controllo e gestione dell'ansia e dei conflitti, o dei confronti con le diversità. Il lavoro nella comunità è un'esposizione alla confusione e alle diversità; quasi nulla è certo e fermo, tutto si muove e diverge; le logiche sono contrastanti, i linguaggi incomprensibili. L'équipe non deve essere sopraffatta da tutto ciò. Occorre soprattutto una buona capacità di comunicazione, chiara, semplice, univoca. Occorre una capacità di controllare le proiezioni che gli operatori sono inevitabilmente portati a fare sulla comunità e gli utenti. Occorre, infine, la capacità di collocarsi in un ruolo e mantenerlo, trovando sempre una via d'uscita fra la impotenza e l'onnipotenza.

5.6- I PARTECIPANTI AL PROGETTO

Mi sembra emergere chiaro, da tutto il libro, che un progetto di prevenzione primaria, realizzato con il metodo della psicologia di comunità, è soprattutto un'azione di "risveglio" della potenzialità locale. In secondo luogo, è un processo di "apprendimento sociale" il cui scopo è l'aumento delle "competenze" della comunità. Infine, è un percorso di innovazione e coordinamento in sinergia

da parte delle agenzie comunitarie. Questa definizione sintetica illustra bene la necessità che l'intervento sia "con" la comunità e non "su" di essa. Dunque, la centratura del progetto è più sui partecipanti, attori della comunità, che sui tecnici. Questi sono esterni, oppure sono membri della comunità, ma rappresentano solo una porzione specialista di essa.

Trattandosi di un "cambiamento partecipato", è fondamentale il carattere volontario dei partecipanti. Ogni forzatura è inutile e, addirittura, controproducente. Anche coloro che per dovere d'ufficio dovrebbero essere coinvolti automaticamente in un progetto di prevenzione primaria, devono poter trovare motivazioni personali per diventare attivi e cooperativi. È assolutamente da evitare ogni richiamo formale: la partecipazione non può mai basarsi sul senso del dovere o peggio sulla paura di punizioni. Il concetto di partecipazione volontaria non si identifica sempre con un'adesione cosciente, razionale, meditata. Non è possibile, né forse eticamente accettabile, sindacare circa il livello e la qualità di una motivazione espressa senza ricatti o pressioni oggettive. Chi

partecipa a un progetto di prevenzione può farlo per curiosità, per spirito di competizione, per altruismo, per imparare qualcosa, perché è stato convinto da qualcuno, per una spinta etica, per solidarietà, o perché si sente in colpa. Tutte queste, e altre, sono motivazioni plausibili purché il soggetto sia consapevole di fare una scelta autonoma. Questo criterio vale per i semplici cittadini, come per i rappresentanti di gruppi, associazioni o istituzioni della comunità.

Nei casi di operatori di agenzie sociali, oltre alla volontarietà dell'adesione personale, diventa importante il meccanismo di delega e rappresentanza. La partecipazione di qualcuno in rappresentanza di un gruppo o di un'organizzazione, è ovviamente più interessante e significativa. I gestori di un progetto di prevenzione devono, dunque, non solo sollecitare il coinvolgimento di semplici cittadini, ma anche garantirsi la partecipazione di operatori delegati da agenzie significative. Perché tali delegati risultino impegnativi per l'agenzia delegante, è utile la richiesta di un dibattito e di una delibera formale, come è avvenuto nel progetto "P" e come era

previsto avvenisse in *FOTOSS*. Tale delega formale non solo rafforza la partecipazione del delegato, ma apre all'interno dell'agenzia un dibattito indispensabile al progetto di intervento comunitario.

Un secondo punto fermo relativo ai partecipanti è quello della loro eterogeneità. Un progetto di prevenzione primaria deve stimolare aperture e cooperazioni fra diversi soggetti e diverse organizzazioni. È perciò indispensabile reperire risorse in ambienti diversi. Ogni riduzione a categorie o settori sociali particolari è limitativa e dannosa per i risultati di un intervento comunitario. Solo strutture "plurali" possono agire in realtà comunitarie, "plurali" per definizione. Questo può diminuire l'impatto iniziale e richiedere più sforzi ai partecipanti attivi nel progetto, ma garantisce certo risultati maggiori e più duraturi. L'eterogeneità deve essere geografica, culturale, professionale, ma soprattutto ideologica. Nessun intervento gestito da una sola "parte" può essere efficiente in un sistema plurale come una comunità territoriale.

5.7- IL MANAGEMENT DEL PROGETTO

Un intervento di prevenzione primaria è un'azione organizzata e intenzionale. Malgrado la sua provvisorietà, esso ha esigenze simili a quelle di ogni organizzazione stabile. La prima delle quali è una "direzione organizzativa" efficiente. Purtroppo, nel sociale, il tasso di ideologia e di burocratismo è ancora molto alto. Affiora appena una cultura della "qualità" e della "efficienza" ancora semi-sepolta da quella abdicatoria e deresponsabilizzante, utile soprattutto ai quadri dirigenti. Pochi si preoccupano veramente che una scuola, un servizio sociosanitario o culturale "funzionino", al di là della mera facciata formale. Se ciò è dannoso per gli utenti e per le agenzie sociali "normali", è mortale per un progetto di prevenzione. Il quale è di per sé già debole, senza tradizioni o rendite legislative e, dunque, ha come sola forza l'efficacia (rapporto ottimale fra risultati e bisogni) e l'efficienza (rapporto ottimale fra risorse e risultati). È, dunque, indispensabile che il progetto disponga di una direzione organizzativa, competente nello svolgimento di funzioni cruciali come:

- a) la programmazione (combinazione ottimale dei tempi e delle risorse in vista dell'obiettivo);
- b) l'organizzazione (gestione quotidiana di variabili come gli spazi, i tempi, le persone, gli strumenti, l'informazione, i permessi, l'amministrazione, l'archivio ecc.);
- c) la strategia (le ipotesi di sviluppo nei tempi lunghi);
- d) il controllo (verifica quotidiana della attuazione dei programmi);
- e) la cura delle risorse umane (motivazioni, supervisione, richiami agli impegni ecc.).

Queste sono funzioni che possiamo definire come interne al progetto e che vanno gestite come in ogni normale organizzazione, con la differenza che l'aspetto volontaristico prevale su quello normativo.

Un progetto di intervento territoriale richiede la creazione di una piccola *line* organizzativa, composta almeno da un coordinatore e una figura di segreteria. Questi ruoli costituiscono la spina dorsale della *task force* che gestisce il progetto, garantendo un'operatività tempestiva e competente. Naturalmente, occorre che questo piccolo management sappia affiancare i momenti tecnici e

politici del progetto, che devono restare ampiamente collegiali, senza sostituirsi ad essi, ma nemmeno restando totalmente subalterno. Un ruolo, dunque, assai difficile e nuovo nel contesto di agenzie sociali abituate alla routine burocratica e all'efficienza individualistica. Ancora più difficile se si pensa che, alle funzioni interne, vanno aggiunte quelle che possiamo definire esterne.

5.8- IL MARKETING SOCIALE

In un progetto di prevenzione primaria sono fondamentali i rapporti con la comunità in generale. Tali rapporti vengono tenuti da tutti i partecipanti al progetto stesso, ma hanno come responsabile principale la direzione organizzativa. È questa che si può far carico di quell'insieme di azioni rivolte alla comunità che possiamo definire *marketing sociale*. Tale titolarità si fonda sulla rappresentanza generale del progetto che va riservata al management dello stesso.

Ecco le principali funzioni di marketing sociale:

- a) rappresentanza (è la direzione organizzativa che può parlare a nome del progetto in situazioni pubbliche

- come il Consiglio comunale o circoscrizionale oppure con gli organi dello Stato);
- b) informazioni (comunicati stampa, emissioni radio e video, manifesti, circolari, mostre ecc.);
 - c) relazioni pubbliche (contatti con organizzazioni pubbliche o private e con persone non coinvolte direttamente nel progetto, ma utili a esso; promozione o partecipazione a iniziative pubbliche; ricerca di eventuali sponsor per finanziamenti aggiuntivi).

Le funzioni qui indicate sono importantissime per gli effetti che possono avere sull'andamento del progetto. Ma sono anche importanti per l'influenza indiretta sui partecipanti coinvolti nel progetto. Un'eco allargata sui mezzi di comunicazione e nelle agenzie sociali non coinvolte serve a sostenere le motivazioni dei volontari, dando loro la sensazione di essere impegnati in qualcosa che ha un effettivo valore. Inoltre, tale eco può aumentare il numero dei soggetti o delle agenzie che scelgono di partecipare. Infine, contribuisce a creare un "clima" comunitario favorevole all'azione dei partecipanti al progetto, diminuendo le

difese eventualmente presenti nella loro organizzazione. Purtroppo, anche in questi settori, è difficile trovare operatori sociali competenti e motivati. Spesso essi mostrano di considerare i compiti di marketing come frivoli o superflui. Nel progetto "P" molte azioni di marketing sono risultate efficienti grazie alla presenza, nell'équipe tecnica, di lavoratori aziendali già acculturati in tale direzione. Questo può suggerire l'opportunità di arricchire le *task forces* dei futuri progetti di prevenzione con rappresentanti del mondo del lavoro non sociale.

5.9- IL FATTORE ECONOMICO

Questo fattore ha un'importanza vitale, non solo per motivi di efficienza dei progetti, ma anche come testimone della volontà politica della comunità. Finora non si sa di investimenti significativi nel campo della prevenzione primaria; quelli descritti in questo libro sono stati finanziati con somme irrisorie. Essi sono stati realizzati solo grazie all'interesse per la sperimentazione. È difficile indicare parametri economici astratti, ma ritengo che un serio progetto, di durata biennale, dovrebbe essere finanziato con una somma intorno ai 100 milioni, per

una comunità da 50.000 a 100.000 abitanti. Il che equivarrebbe a circa 500 lire annue per abitante.

Oggi nessuno si scandalizza se amministrazioni locali sperperano centinaia di milioni per feste, mostre o convegni a carattere effimero. Ma non è ancora entrata nella cultura italiana l'idea di investire qualche decina di milioni per un'azione prolungata di prevenzione primaria. Nessuno ha ancora fatto il conto di quanto costi, dal solo punto di vista economico (a parte l'incalcolabile danno umano), una situazione di disgregazione sociale. Ogni tossicodipendente attivo spende circa 80.000 lire al giorno per acquistare eroina, ma costa alla collettività assai di più in furti e danneggiamenti. Un tossicodipendente in comunità terapeutica costa circa 30.000 lire al giorno, 130.000 lire in carcere e 180.000 lire in ospedale.

Nessuno ha ancora calcolato quanto costi alla comunità l'inefficienza educativa della scuola, l'abitudine assistenziale dei servizi sociosanitari, la carenza di centri di aggregazione giovanile, l'isolamento e la competizione fra agenzie territoriali e fra settore pubblico e privato. Nessuno ha calcolato

quanto costi lo sperpero del potenziale di autoaiuto dei cittadini, la loro passività e la loro delega alle agenzie specializzate.

In base a queste considerazioni possiamo valutare come investimenti, e non semplici spese, le somme devolute agli interventi di prevenzione primaria.

**ALLEGATO A – CORSO DI
PSICOLOGIA DI COMUNITÀ
Per operatori delle UU.SS.LL. e di
Comunità Terapeutiche della Regione
Liguria (1983 – 1984)**

In seguito all'esperienza del Progetto MITO si era constatato che gli operatori socio-sanitari liguri esprimevano competenze ed atteggiamenti sostanzialmente legati ad un lavoro "clinico ed individuale". L'azione preventiva e l'intervento nella complessità territoriale erano ridotti al minimo. Ciò convinse l'Assessorato Sanità della Regione Liguria a deliberare la realizzazione di un Corso Annuale di Psicologia di Comunità sia per gli operatori dei servizi per i tossicodipendenti delle UU.SS.LL. sia per gli operatori di alcune comunità terapeutiche. Il Corso fu affidato all'ARIPS, che promuove dal 1982 una Scuola di Specializzazione in Psicologia di Comunità, unica in Italia.

Il programma era articolato in 24 giornate intere di cui 5 residenziali, su un arco di nove mesi. Il Corso prevedeva i seguenti seminari distribuiti con intervalli di circa tre settimane l'uno dall'altro:

- aspetti psicosociali del lavoro sul territorio	1 giorno
- laboratorio di dinamiche di gruppo e di comunità	5 giorni.
- aspetti psicanalitici del lavoro sul territorio	1 giorno
- fenomeni e dinamiche di gruppo	2 giorni
- aspetti sociologici del lavoro territoriale	1 giorno
- problemi di intervento – esperienze	1 giorno
- il gruppo di lavoro	2 giorni
- la ricerca-intervento sul territorio	1 giorno
- progettazione di una ricerca operativa	2 giorni
- sistemi di trattamento e di uso dei dati	1 giorno
- interpretazione dei dati e progettazione	2 giorni
- esperienze di lavoro territoriale	1 giorno
- progettazione di interventi di comunità	3 giorni
- esperienze e metodi di intervento	1 giorno

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Convegno sulla prevenzione della droga*. Atti La Strada/Der Weg, Bolzano 1981.
- AA.VV. *Giocchi psicopedagogici-4*. Clup, Milano 1989.
- Bender M.P., *Psicologia di comunità*. Zanichelli, Bologna 1979.
- Berlinguer G., *La droga fra noi*. Editori Riuniti, Roma. 1976.
- Blumir G., *Con la scusa della droga*. Feltrinelli, Milano 1977.
- Briggs D., *La comunità terapeutica*. Ceis, Roma 1986.
- Cancrini L., *Quei temerari delle macchine volanti*. Nis, Roma 1982.
- Caplan G., *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock, Londra.1964.
- Caprara G.V., *Istituzione e tossicodipendenza*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1982.
- Clarck D.H., *Psichiatria e terapia sociale*. Feltrinelli, Milano 1976.
- Cohen A.K., *Controllo sociale e comportamento deviante*. Il Mulino, Bologna 1979.
- Contessa G., "Psicologia del lavoro sociale", in *Rivista di Psicologia*, anno

LXXI, luglio-dic.1977, nn.3-4, Giunti-Barbera, Firenze.

Contessa G., Sberna M., (a cura di). *Per una psicologia di comunità*. Clued, Milano 1981.

Contessa G., "Metodi e tecniche della psicologia di comunità", in A. Rossati (a cura di). *Verso una nuova identità dello psicologo*". F. Angeli, Milano 1981.

Contessa G., "La formazione degli psicologi di comunità", in P. De Vito Piscicelli (a cura di). *La società trasparente*. Vol.2. SIPS, Bologna 1982.

Contessa G., "Dalla psicologia del lavoro alla psicologia di comunità", in *Psicologia e società italiana*. Vol.2, Edikronos, Palermo 1981.

Contessa G., (a cura di). *Il sociale come mercato*. Clup, Milano 1988.

Contessa G., *Prigioni, monasteri, fabbriche*. Clup, Milano 1988.

Corradini L., *Educare nella scuola*. La Scuola Editrice, Brescia 1983.

Francescato D., *Psicologia di comunità*. Feltrinelli, Milano 1977.

Gazzola A., *Genova: dinamiche urbane e devianza*. Unicopli, Milano 1982.

Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*. Feltrinelli, Milano 1980.

Jones M., *La psichiatria nell'ambiente sociale*. Il Saggiatore, Milano 1974.

- Hochmann J., *Psichiatria e comunità*. Laterza, Bari 1973.
- Inglis B., *Il gioco proibito*. Mondadori, Milano 1979.
- Levy-Leboyer C., *Psicologia dell'ambiente*. Laterza, Bari 1972.
- Lewin K., *Principi di psicologia topologica*. Os, Firenze 1961.
- Lindz T., *Famiglia e problemi di adattamento*. Boringhieri, Torino 1971.
- Marrow A.J., *Kurt Lewin fra teoria e pratica*. Nuova Italia, Firenze 1977.
- Ossicini A., *Gli esclusi da noi*. Armando, Roma 1973.
- Palmonari A., Zani B., *Psicologia sociale di comunità*. Il Mulino, Bologna 1980.
- Ross V., *La terapia di rete*. Astrolabio, Roma 1976.
- Sberna M., "L'influenza dell'inconscio sul territorio", in A. Rossati (a cura di). *Verso una nuova identità dello psicologo*. F. Angeli, Milano 1981.
- Szasz T. S., *Il mito della droga*. Feltrinelli, Milano 1977.
- Tranchina P., *Norma e antinorma*. Feltrinelli, Milano. 1979.