

Reazione alle relazioni

- Molto apprezzate le due relazioni di Enrico e Elena che escono dalle etichette ed *entrano nella storia individuale*: dalla presentazione clinica alla conoscenza delle persone.
- Quando l'educazione diventa terapia? *Cosa fa sì che la dimensione pedagogica diventi terapeutica?* In questo senso la differenza tra comunità educative e comunità terapeutiche non è questione di struttura, ma di intenzionalità educativa messa in rete con le altre professionalità. Il queste diverse strutture il lavoro di equipe, l'integrazione tra le differenze, il rapporto con la sessualità... sono simili; ciò che le distingue è la capacità di rendere più formali e istituzionali alcune azioni che rendono in questo modo l'intervento terapeutico.
- Il rischio di stigmatizzare la patologia psichiatrica o di rimuoverla: *tra disagio evolutivo e disagio psichico la lettura delle modalità utilizzate dai ragazzi ci forniscono una possibile risposta*. Ad esempio il lavoro con la scuola è comune a tutti i ragazzi che accogliamo, ma con il ragazzino della comunità terapeutica è necessario un dispositivo pedagogico che tratti la questione della sofferenza psichica con le insegnanti e il gruppo classe.
- La possibile integrazione tra diversi soggetti e diverse risorse per costruire una *"strategia comune"* nel rapporto con il disagio psichico che è diverso da una *"risposta comune"* al singolo disagio, poiché la risposta codificata si annulla di fronte al continuo movimento e mutare che segna la crescita dei ragazzi.
- *Il ruolo della psichiatria nella storia degli interventi sociali*: dalla chiusura dei manicomi alle sperimentazioni attuali che parlano di un peso speciale della psichiatria adulta, più preparata della neuropsichiatria ad affrontare e trattare i disturbi psichici.

Confronto operativo

- Quale intervento educativo con la psicopatologia?
- *Il raccordo stretto con la neuropsichiatria*, il tema dei linguaggi e delle pratiche comuni da costruire
- *Le mancate diagnosi* che fanno arrivare situazioni a comunità non attrezzate (perché comunque un po' di specialismo è necessario) e che genera effetto scompensante sul gruppo dei ragazzi e degli operatori
- *Il gruppo di lavoro*: le competenze e le professionalità miste a confronto per scongiurare delega o onnipotenza; il ruolo fondamentale della supervisione.
- *Lo psicologo in equipe*: diverse possibilità (psicologo in equipe, in cooperativa, esterno...) che parlano comunque della necessità di avere e di essere un supporto psicologico da offrire ai ragazzi che ospitiamo.
- I modelli diversi che aprono alla questione *tra intervento pubblico e intervento privato*. *Cosa realmente garantisce professionalità e neutralità dell'intervento?* L'esperienza lombarda in questo senso parla di una forzatura e di una sfida liberista che i nostri gruppi sono stati in grado di cogliere (i servizi di tutela, i centri clinici, i consultori, i servizi affidi, le indagini sociali...) nel raccordo con la funzione e la responsabilità pubblica.
- *La condivisione dei Pei* con ragazzi e famiglie come pratica non scontata nelle comunità e negli interventi semiresidenziali
- *Il lavoro con la genitorialità* nel sostegno psico - pedagogico per affrontare, rendere reale e prendibile il disagio del figlio
- *Il tema della prevenzione* che rimanda ancora una volta all'incrocio tra professionalità (educatori, psicologi, insegnanti, neuropsichiatri) e culture in modo da essere capaci di cogliere i segnali precoci, di dare un nome alle cose in modo da innescare un meccanismo che ci permette di trattare la questione.

Processi migliorativi

- *Lavorare sulla cultura* interna alle cooperative (il confronto con altri professionisti, il confronto con la malattia psichica, il confronto con il clinico....), sulla cultura dei servizi (ruoli e prassi a confronto), sulla cultura nelle comunità territoriali (il disagio psichico è un fenomeno che osserviamo non solo nelle comunità, ma nelle case e nelle famiglie). Usiamo allora la nostra esperienza per (in)formare territorio, famiglie, istituzioni, parliamo di questo disagio.
- Nelle sperimentazioni territoriali possibili, *prendiamoci la responsabilità del coordinamento*, della tenuta d'insieme, assumiamoci una funzione pubblica pronti a restituire il mandato una volta esaurito il nostro compito; è quello che facciamo anche quando accogliamo i ragazzi nelle nostre comunità.
- Costruire *centri clinici diffusi nel territorio* capaci di costruire una rete diffusa di risorse per i ragazzi delle comunità e per il territorio
- *Il ruolo del CNCA* nella costruzione di prassi comuni facilitando la possibilità che Catania, possa influenzare e orientare Milano, Bologna, Ascoli, Roma..... Ma anche il ruolo del Cnca nel costruire cultura attorno a determinate tematiche e nell'esser in grado di parlare alla politica.

E per chiudere due diversi sguardi su ciò che è mancato in questo confronto:

- È mancato un passaggio elaborativo
- È mancato un approfondimento su quello che succede nel gruppo dei ragazzi e negli operatori dentro la comunità.

Prassi o teoria?