

**ANALISI ORGANIZZATIVA DEI GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO NELL'AMBITO DELLA
SALUTE MENTALE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

a cura di Giulia Rodeschini (ASSR)
con la collaborazione di Paola Guiducci

Ricerca condotta dal Servizio Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri e
dall'Agenzia Sanitaria e Sociale (Regione Emilia-Romagna)

Indice

1. Introduzione
2. Definire i gruppi di Auto Mutuo Aiuto nell'ambito della salute mentale
3. Una prospettiva micro: i gruppi AMA come contesti di interazione sociale
 - 3.1 *Struttura alla pari "pura"*
 - 3.2 *Struttura alla pari facilitata*
 - 3.3 *Struttura su due piani con facilitazione esterna*
4. Una prospettiva meso: i gruppi AMA come attori sociali e le relazioni interorganizzative
 - 4.1 *Relazionarsi con le associazioni di familiari e utenti*
 - 4.2 *Relazionarsi con i servizi del DSM-DP e le pubbliche amministrazioni*
5. Una prospettiva macro: i gruppi AMA come logica d'azione
6. Conclusioni: verso un nuovo spazio d'azione comune
7. Riferimento bibliografici

1. INTRODUZIONE

La presente ricerca esplorativa intende offrire una lettura di tipo organizzativo delle pratiche di Auto Mutuo Aiuto nell'ambito della salute mentale¹ attive in regione Emilia-Romagna, focalizzando l'attenzione sulla relazione tra tali pratiche e i servizi istituzionali al fine di innescare una maggior consapevolezza e stimolare una riflessione da parte dei servizi sul proprio posizionamento nei confronti dei "pezzi di comunità" che si attivano attraverso le forme dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (da qui in poi AMA).

La domanda posta come interrogativo di ricerca è quindi *come i servizi di salute mentale possano diventare promotori di competenze comunitarie* per consentire che i gruppi di Auto Mutuo Aiuto diventino:

- un pezzo della comunità competente,
- una rete connessa ad altre reti,
- uno strumento in cui il lavoro sul disagio diviene promotore di salute attraverso l'identificazione delle fonti di stress e delle modalità di intervento per disinnescarle,
- uno strumento di azione sociale complessa orientata ad innovare le organizzazioni, le istituzioni e i servizi.

Per rispondere a tale domanda è stata scelta una metodologia di tipo qualitativo che attraverso la tecnica dei *focus group* permettesse di ascoltare le voci dei/le protagonisti/e dei gruppi AMA (i/le partecipanti e i/le professionisti/e dei servizi che hanno a che fare con i gruppi AMA) e di approfondire le logiche organizzative alla base di questi gruppi e le loro interazioni con i servizi e altri soggetti.

In particolare, dopo aver elaborato una prima ricognizione della presenza di gruppi AMA sul territorio regionale e aver svolto alcune interviste esplorative ai "testimoni privilegiati" di tale fenomeno, sono stati realizzati 3 *focus group*² che hanno coinvolto – seguendo la logica del *theoretical sampling*³, ovvero basando la scelta su alcune proprietà significative rispetto all'argomento di ricerca – rispettivamente: 18 figure "esperte" di pratiche AMA nell'ambito della salute mentale sul territorio regionale (operatori/trici, infermiere, coordinatrici di progetti AMA, educatori/trici professionali, facilitatori/trici, medici psichiatri); 17 persone con disagio psichico che hanno partecipato o partecipano attualmente a gruppi AMA; 9 familiari di persone con disagio psichico che hanno partecipato o partecipano attualmente a gruppi AMA per familiari di persone con disagio psichico⁴ (tre persone hanno partecipato a due *focus group* in quanto persone con disagio psichico e figure esperte e familiari e figure esperte).

Vista la finalità della ricerca, si intende offrire una chiave di lettura di tipo organizzativo, che porterà a soffermarsi non tanto sulle singole e numerose realtà di AMA che abitano i diversi territori o sui gruppi AMA come risorsa di comunità, ma ad ampliare il quadro di analisi sulle caratteristiche che possono coesistere e intrecciarsi in modalità differenti nei singoli gruppi AMA e sul posizionamento dei gruppi rispetto all'ambito dei servizi.

Questo approccio permetterà di identificare i principali nodi connessi alle pratiche di AMA e di offrire una riflessione sull'interazione tra i gruppi AMA e i servizi. Infine, pochi saranno i riferimenti alle singole realtà, per evitare di ragionare e riflettere in ottica esclusivamente locale: l'intento è infatti quello di offrire una riflessione generale da cui ogni realtà possa

¹ Ove non specificato, nell'intero report si parlerà di gruppi o pratiche di Auto Mutuo Aiuto facendo implicito riferimento ai soli gruppi sviluppati nell'ambito della salute mentale.

² Per un approfondimento teorico di questa tecnica della ricerca sociale cfr.: P. Corbetta, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1999 e J. Kaufmann, *L'intervista*, Il Mulino, Bologna 2009.

³ B.G. Glaser e A.L., Strauss, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago 1967.

⁴ Nel report ci si riferirà ai partecipanti ai focus group con la lettera E per le figure esperte, la lettera P per le persone con disagio psichico, la lettera F per i familiari.

prendere spunto e, soprattutto, che possa rappresentare un punto di partenza per un ragionamento sul piano istituzionale e dei servizi a livello locale e regionale.

L'analisi che sarà presentata nelle prossime pagine individuerà degli snodi attraverso i quali si compie e prende forma il processo di organizzazione dei gruppi AMA, connesso a tre livelli analitici con cui si intende osservare il fenomeno: micro, meso o macro. Così facendo, l'analisi metterà in luce: in primo luogo, la strutturazione e la composizione interna dei gruppi AMA considerati come contesti di interazione sociale; in secondo luogo, le forme e le modalità di interazione tra i gruppi AMA, osservati come attori sociali, e altri attori collettivi; infine, le diverse logiche di azione che hanno contribuito a dare una particolare morfologia organizzativa ai diversi gruppi AMA.

In conclusione, si tratterà un quadro volto ad indagare come si traducono in pratica le logiche organizzative e quali traiettorie organizzative si possono seguire per rendere i servizi di salute mentale dei promotori di competenze comunitarie volti alla piena realizzazione e affermazione dei gruppi AMA sul territorio emiliano-romagnolo.

2. Definire i gruppi di Auto Mutuo Aiuto nell'ambito della salute mentale

La prima parte dei *focus group* è stata dedicata all'aspetto definitorio riguardante i gruppi AMA. Tale approfondimento è stato svolto in quanto, da un lato, sebbene dalla letteratura sui gruppi AMA si evincano numerose definizioni del fenomeno⁵, non si sono trovati esempi definitivi in grado di fornire una rappresentazione completa delle pratiche di AMA nell'ambito della salute psichiatrica e, dall'altro lato, in quanto le pratiche di AMA, nonostante rispettino determinate regole e criteri organizzativi⁶, presentano numerose differenze a seconda del contesto in cui prendono forma e dei temi che trattano. Si è ritenuto quindi importante dare spazio alle voci dei/le partecipanti che hanno preso parte ai *focus group* in quanto testimonianza diretta di gruppi AMA nell'ambito della salute mentale.

Alla domanda "come definiresti in una battuta l'Auto Mutuo Aiuto nell'ambito della salute mentale", i/le partecipanti alla ricerca hanno risposto con una ricchezza e varietà difficilmente sintetizzabili in poche righe e categorie definite. Riportiamo quindi direttamente queste voci per cercare di rimanere il più possibile fedeli al pensiero dei/le partecipanti, collegandole ad alcune metafore emerse durante i *focus group*, in cui il gruppo AMA è stato presentato come:

- *uno sfogatoio (P2), una specie di confessionale aperto (E4), quindi un luogo di accoglienza (E7), di ascolto reciproco (E13), dove i partecipanti si sfogano (P2), dove uno parla e gli altri ascoltano (P5), e quindi, dove le persone si riuniscono attorno ad un tema e condividono le proprie opinioni su questa tematica, questo tema (P17), attraverso lo scambio, il confronto e il sostegno tra persone che vivono lo stesso disagio, problema, momento di vita (E18).*

⁵ Si vedano, tra gli altri: P.R., Silverman, *I gruppi di auto mutuo aiuto: come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Erickson, Trento 1989; A. Noventa (et al.), *Self-help. Promozione della salute e gruppi di auto-aiuto*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1990; M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Promuovere i gruppi di self help*, Franco Angeli, Milano 2002; S. Bertoldi e M. Vanzetta (a cura di), *I gruppi di auto mutuo aiuto e l'esperienza dell'Associazione A.M.A. di Trento*, 2002; V. Sturlese, *I gruppi di auto-mutuo aiuto*, in C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. III. Spendibilità*, Franco Angeli, Milano 2005; R. Coleman e M. Smith, *Lavorare con le voci*, Edizioni Ega, Torino 2006; C. Contini, *Sentire le voci. Manuale di Affrontamento*, www.cristinacontini.it, 2012.

⁶ Cfr. i siti di due delle principali associazioni che si occupano di AMA sul territorio nazionale: Associazione "A.M.A." Auto Mutuo Aiuto ONLUS di Trento <http://www.automutuoaiuto.it> e l'Alba Associazione di Pisa http://www.lalbassociazione.com/wordpress/?page_id=197.

- un **contenitore emotivo** (E14), ovvero uno spazio per mettersi in gioco sul piano delle emozioni, *per superare il senso di colpa, per imparare dagli altri, per trovare anche la speranza, il coraggio di andare avanti a fare delle cose difficili* (E9), *un'opportunità di consapevolezza per le persone* (E6), *di empowerment* (E10), *per tirare fuori la forza che c'è in noi stesse che si è persa nel disastro che ti ha travolto* (F4), *di sostegno reciproco* (P7) e *dove i giudizi non vengono dati, dove si impara anche a non aver paura dei propri problemi e delle proprie emozioni perché poi si vede che gli altri li accettano magari più di noi stessi* (P12), *un gruppo dove dai qualcosa e ricevi qualcosa* (F3).
- un **palcoscenico per socializzare** (P16) o una **palestra per le relazioni umane** (P12):, *un luogo dove si possono svolgere attività insieme* (E8), *un supporto per la solitudine* (P8), *un momento di incontro* (E18). *Inoltre si forma anche una specie di... un affiatamento, diciamo, che se non esiste è molto difficile portare avanti il gruppo, quindi una specie di amicale coinvolgimento mi sembra molto ovvio che accada* (F5), *alla fine il gruppo è un gruppo di amici, naturalmente una persona ha tanti livelli di conoscenze e relazioni, ma è molto difficile che nella vita quotidiana riesca a trovare gli spazi in cui possa parlare liberamente di ciò che più l'angustia, che è questo problema del disagio della salute mentale che è profondo e radicato dentro di noi, che però è assolutamente il più difficile da tirare fuori, anche perché nel momento in cui parliamo con le persone abbiamo sempre il sospetto di essere giudicati, di non essere capiti fino in fondo, di trovare dei pregiudizi* (F2).
- una **zattera di salvataggio** in un momento di tempesta, *dove poi ho avuto la possibilità anche di essere attiva, non soltanto di salire e lasciarmi trasportare, ma anche una relazione di scambio. Sono ancora sulla zattera* (F7), *un'opportunità per superare il senso di isolamento e di vergogna* (E9), *dove riuscire a parlare di quello che mi è successo e che è successo alla mia famiglia con persone che possono capire, senza vergognarmi* (F1)
- un **allenamento allo star bene** (P16), *un'opportunità per le persone di adozione di strategie per migliorare la propria vita* (E6), *una possibilità in più per stare meglio* (E15), *per migliorare la vita* (F5), *è un gruppo in cui si attuano pratiche che sono favorevoli alla recovery dei partecipanti* (P3).

L'idea che fa da collante a queste immagini e definizioni, condivisa da tutti/e i/le partecipanti, è quella che i gruppi AMA siano *gruppi dove tutti sono alla pari* (P12) e dove avviene un *confronto paritario* (E6), *in cui la forza è data dall'essere alla pari (...)* *l'aiuto viene da noi* (F4). Vedremo nel prossimo paragrafo come l'idea di "essere alla pari" cambi a seconda dei contesti.

Un'ultima riflessione definitoria viene proposta rispetto alle peculiarità dei gruppi AMA nell'ambito della salute mentale che, sebbene siano per molti *omologabili ai tanti altri* e considerati *gruppi di cittadini come tutti gli altri gruppi AMA, con dinamiche trasversali* (E5), allo stesso tempo mostrano per alcuni una complessità sui generis:

cioè che tutti gli altri gruppi nascono come gruppi tematici (gruppi di alcolisti anonimi, gruppi di narcotici anonimi...), mentre nella salute mentale ti viene di tutto e di più, nel senso che sono gruppi... vedo persone che si confrontano ma c'è di tutto e di più: c'è il volontario che arriva a dare una mano e poi si rende conto che gli fa bene e continua a venire e porta, non so, il fallimento del suo matrimonio, c'è la persona che sente le voci e insiste con le voci, che tanto le voci ci sono e lui le sente perché vengono da dio, no?, e non si riesce a fare quel lavoro... ci vuole tempo. Però quella è la complessità, no? Differente dai gruppi monotematici. (E4)

Questo stralcio mette in luce un aspetto importante, ovvero il fatto che nei gruppi AMA che si focalizzano sulla salute mentale convivono problematiche molto diverse tra loro, a differenza di gruppi, quali quelli per alcolisti, in cui il tema condiviso è più circoscrivibile.

Dopo questa panoramica sulle percezioni soggettive dei/lle partecipanti ai *focus group*, entriamo ora nel vivo dell'analisi organizzativa, considerando i gruppi AMA delle vere e proprie organizzazioni che, prendendo spunto dal lavoro di Paolo Rossi⁷, possono essere osservate da diverse prospettive – micro, meso, macro – che permettono rispettivamente di considerare i gruppi AMA come contesti di interazione sociale, come attori sociali e come logiche d'azione.

3. Una prospettiva micro: i gruppi AMA come contesti di interazione sociale

Il primo livello di analisi ha una dimensione micro che si focalizza sulla strutturazione, sulla costruzione e composizione interna dei gruppi AMA, da intendersi quindi come contesti di interazione, ovvero “l'ambito nel quale hanno luogo e prendono forma le interazioni sociali tra i soggetti”⁸. Questa prospettiva permette di rispondere alla domanda “chi fa cosa?” e di indagare, da un lato, i processi definitivi dei ruoli assegnati a ciascun individuo e, dall'altro, la suddivisione orizzontale e verticale dei ruoli e la morfologia complessiva che l'ambiente organizzativo può assumere.

Osservando la struttura e l'organizzazione interna dei gruppi AMA presi in considerazione nel corso della ricerca si riscontrano importanti diversità, che riguardano in particolare modo la distribuzione dei ruoli organizzativi tra i partecipanti e la presenza e il posizionamento del/la facilitatore/trice.

Analizzando in quest'ottica i dati raccolti, è possibile tracciare 3 tipologie di strutture: la struttura alla pari “pura”, la struttura alla pari facilitata e la struttura con doppio piano. Nelle prossime pagine descriveremo queste strutture e identificheremo quali sono i meccanismi di integrazione e coordinamento messi in atto all'interno del gruppo. Per far ciò prenderemo in prestito da Henry Mintzberg⁹ i concetti di “adattamento reciproco” e “supervisione diretta” che, traslati sul piano dei gruppi AMA, possono essere così ridefiniti: il primo è un principio di coordinamento per cui ogni partecipante ai gruppi ha lo stesso livello di responsabilità rispetto al funzionamento del gruppo, mentre il secondo è un meccanismo che si esercita mediante il controllo in prima persona da parte di un supervisore/facilitatore nei confronti del gruppo.

3.1 Struttura alla pari “pura”

La prima tipologia riguarda quei gruppi in cui, per diversi motivi, non è prevista la presenza di un/a facilitatore/trice. Il gruppo è composto esclusivamente da partecipanti alla pari che si autogestiscono senza assegnarsi alcun ruolo specifico nella gestione delle dinamiche interne al gruppo. Questo non significa ovviamente che le singole persone non svolgano ruoli diversi, ma questi non vengono assegnati e non sono formalmente riconosciuti. L'esempio più rappresentativo di questa tipologia idealtipica è costituito da un gruppo AMA di

⁷ P. Rossi, *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci, Roma 2014.

⁸ Ivi, p. 33.

⁹ H. Mintzberg, *Structures in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NY 1983.

familiari – esclusivamente di genere femminile¹⁰ – che hanno partecipato al *focus group* raccontando che nel loro gruppo

(...) non avevamo sentito la necessità di qualcuno che ci guidasse, stavamo tanto bene assieme che avevamo il rispetto l'uno per l'altro, poi se uno aveva bisogno di più di parlare... ci siamo amministrate come... siamo andate benissimo. (F4)

(...) Non esiste la figura del facilitatore. Abbiamo fatto un piccolo corso sulla figura del facilitatore, però non abbiamo attuato (...) tra di noi non esiste questa figura, avevamo un rapporto così amicale che capivamo che se una aveva più bisogno di parlare non la interrompevamo. (F2)

Da queste parole si coglie come il meccanismo organizzativo principale sia l'adattamento reciproco, in quanto tutte le partecipanti, attraverso la sensibilità e l'ascolto, si adattano per far sì che le pratiche di AMA siano efficaci, ma senza sentire il bisogno di un/a facilitatore/trice (nonostante tutti i componenti del gruppo abbiano competenze da formatore). Volendo rappresentare questa situazione graficamente, possiamo riferirci alla Fig. 1, in cui si può osservare un unico piano di partecipazione e l'azione "orizzontale" del meccanismo di adattamento reciproco.

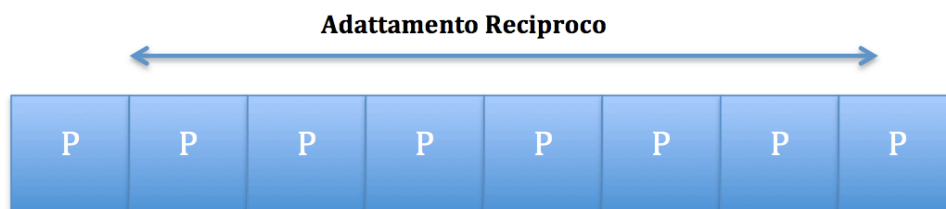


Fig. 1 Struttura alla pari "pura"

Se da un lato questa struttura mette in pratica pienamente l'idea, alla base delle pratiche di AMA, di essere "alla pari", dall'altro presenta dei rischi alti in termini di stabilità e apertura verso l'esterno. Prendendo sempre spunto dal gruppo di familiari che rispecchia questa struttura, emergono in modo evidente alcune debolezze e rischi:

Il gruppo ha visto l'ingresso di una persona che ha scombinato il gruppo... il facilitatore abbiamo sempre detto che ci voleva ma non l'abbiamo mai fatto, nel senso che nessuno di noi ha accettato la cosa per farlo (...) e non eravamo disposte ad accettare un facilitatore esterno. Poi nel gruppo c'era qualcosa che strideva e abbiamo capito che era ora di... che non ci portava più beneficio, quindi abbiamo provato a sospendere. (F2)

Io non vorrei... mi dispiace dare la colpa a qualcuno (...) Probabilmente serviva proprio una figura più ferma, lì avevamo proprio bisogno di un facilitatore, che sapesse contenere le rimostranze di qualcuno, saper spiegare a questa persona che non è che noi non volessimo ascoltarla, ma bensì altre cose. Noi siamo state troppo amiche, non siamo state capaci di aprire ad altri (...), non c'è stato un rinnovo, per cui ci siamo legate troppo noi. (F4)

Le partecipanti fanno emergere due principali elementi che hanno reso il gruppo molto vulnerabile, fino a farlo giungere addirittura ad una sospensione: da un lato, l'autoreferenzialità, dettata da una difficoltà ad accogliere persone nuove proprio a causa del forte affiatamento tra le partecipanti, diventate "troppo amiche"; dall'altro lato, la mancanza di una figura (interna od esterna) che fosse in grado di gestire e "contenere" i problemi del

¹⁰ Tale conformazione di genere sembra prevalere in tutti i gruppi AMA di familiari, ove la presenza maschile risulta esigua o inesistente. L'analisi di questa caratteristica in un'ottica di genere sarebbe molto auspicabile, ma esula dagli obiettivi e dagli spazi della presente ricerca.

gruppo in caso di necessità (ad esempio nel momento in cui una persona “scombinì” il gruppo).

3.2 Struttura alla pari facilitata

La seconda tipologia fa riferimento a quei gruppi in cui vige, come nel caso precedente, il principio dell'autogestione e della non intromissione di elementi non alla pari (quali operatori dei servizi, volontari...), ma in cui è prevista la figura di un/a facilitatore/trice interno. Il/la facilitatore/trice può avere una formazione specifica per svolgere questo ruolo (avendo partecipato a corsi di formazione organizzati dai servizi) o improvvisarsi tale per il suo carisma e per un riconoscimento implicito da parte del gruppo.

Fanno parte di questa categoria la maggior parte dei gruppi di familiari presi in esame e alcuni gruppi di persone con disagio psichico che solitamente sono giunti a questa struttura organizzativa dopo una prima fase di accompagnamento da parte di una figura esterna che svolgeva un ruolo di facilitazione e di supervisione (cfr. par. 3.3):

Siamo partiti in una dozzina, molto bello, il facilitatore era quello del momento, che si sentiva in quel momento di farlo, che era più in forma, più lucido. (F3)

Non vogliamo l'aiuto di nessuno, né gli operatori, a meno che ci sia un caso grave, e neanche di uno psicologo perché abbiamo deciso di essere proprio un gruppo di auto mutuo aiuto, non di essere aiutati (...) ad ogni incontro ogni persona è responsabile ed è facilitatore. (P8)

Questi casi sono rappresentati dalla Fig. 2, in cui si osserva come oltre al meccanismo di adattamento reciproco, che rimane l'aspetto preponderante e alla base delle dinamiche interne al gruppo, vi sia anche quello di supervisione diretta svolto dal/a facilitatore/trice, che occupa una posizione specifica pur restando però parte del gruppo di pari.

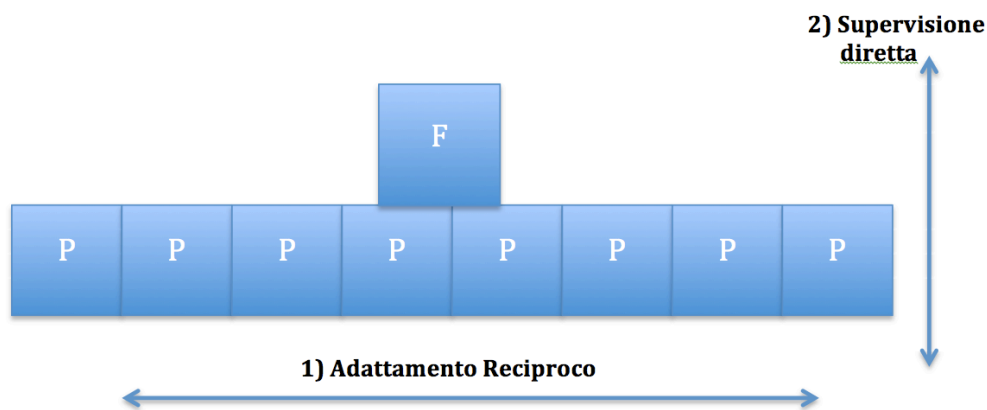


Fig. 2 Struttura alla pari facilitata

In alcuni casi la supervisione viene svolta soltanto sul piano logistico e non riguarda la facilitazione della discussione durante l'AMA:

Io non funziono da facilitatore, faccio solo da riferimento se qualcuno deve telefonare per avere notizie o altre cose. Perché il gruppo a cui appartengo non ritengo che abbia bisogno di un facilitatore, perché siamo persone che si conoscono da diverso tempo, c'è un grosso rispetto e c'è una comunicazione che è alla pari. Se viene qualcuno di nuovo o di diverso delle volte bisogna prendere posizione, ma al momento non c'è questa necessità. Al momento la fase che stiamo vivendo è di grande sostegno. (F8)

Esiste una figura che definiamo come "referente", che è quella che tiene i contatti, telefona, accoglie i nuovi ingressi facendo il pre-colloquio, se la persona si trova a disagio all'inizio nel

gruppo magari la segue personalmente facendo ulteriori colloqui, cerca di fare in modo che la persona si strutturi nel suo ingresso al meglio possibile e questo facilita poi la permanenza della persona. (P13)

Quest'ultimo esempio si posiziona così sul confine tra i gruppi con struttura alla pari "pura" e quelli con struttura alla pari facilitata, in quanto vi è un meccanismo di supervisione diretta, ma circoscritta, non connessa alle pratiche AMA.

3.3 Struttura su due piani con facilitazione esterna

L'ultima struttura emergente dall'analisi è quella in cui il gruppo AMA è facilitato da una figura "esperta" che proviene dai servizi o, in altri casi, è un/a volontario/a con esperienza nell'ambito della salute mentale.

Una parte dei/lle partecipanti considera il/la facilitatore/trice professionale come un elemento che può essere utile, benefico, di stimolo e di aiuto ai partecipanti, soprattutto nel caso dei gruppi di persone con disagio psichico¹¹, che senza una facilitazione esterna rischiano di implodere:

In generale sono d'accordo che i gruppi di AMA devono essere liberi, però vi sono alcune situazioni per cui... per me, ad esempio, in realtà ha funzionato anche l'accompagnamento. (...), perché io parto dal mio punto di vista, io mi occupo di gruppi di AMA nell'ambito della salute mentale, che è una cosa diversa (E13)

Noi abbiamo un operatore fisso nel nostro gruppo da anni, cioè che è dentro nella squadra insomma, che è un educatore, però io lo sento alla pari, cioè non è come se fosse il dottore, con complesso di... cioè noi diciamo tutto come se non fosse un educatore. (P10)

Abbiamo fatto il passo successivo, dove il professionista se vuole può venire nel gruppo, è molto ben accolto perché è una risorsa in più. (P13)

Questo era un gruppo di AMA che era facilitato da un'infermiera, che non so con quale modalità ha deciso di uscire perché il gruppo rimanesse solo di utenti. Il gruppo è impleso, perché? Perché c'erano delle dinamiche conflittuali che non erano più attutite. Non è facile, non è facile. Anch'io dicevo che il medico è troppo presente, però poi bisogna prendersi la responsabilità che il medico non sia presente e credo che molti utenti siano, e anch'io lo sono, particolarmente conflittuali in questa cosa. (P12)

Questa situazione può essere rappresentata graficamente dalla Fig. 3, in cui si osserva la presenza di due piani distinti su cui si situano i partecipanti alla pari e il/la facilitatore/trice. In questo caso il meccanismo prevalente è quello della supervisione diretta, condizione spesso necessaria all'esistenza del gruppo, ma comunque accompagnata da un meccanismo di adattamento reciproco che, a differenza del caso precedente, occupa una posizione di secondo piano.

¹¹ Questa posizione si può leggere in linea con la proposta del prof. Hudolin in riferimento ai gruppi AMA degli alcolisti.

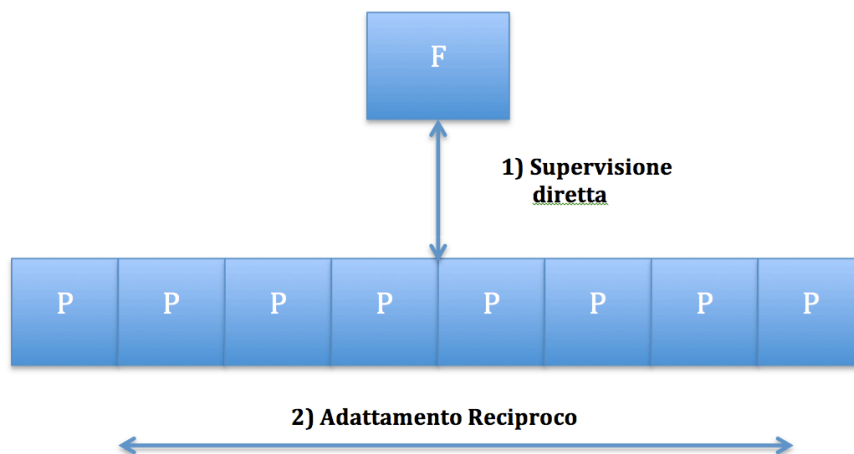


Fig. 3 Struttura su due piani con facilitazione esterna

Molti partecipanti alla ricerca si esprimono in modo critico rispetto alla presenza di questa figura di facilitazione esterna, in quanto:

Non abbiamo bisogno di persone esperte, continuo a dire che dobbiamo essere tutte uguali. (F4).

Il discorso non è di essere esperti, è di portare la propria esperienza, che è diverso. (F8)

Avevamo un infermiere che ci ha seguito per due anni, adesso l'abbiamo lasciata a casa, diciamo, perché c'è stata una specie di sudditanza psicologica, alcuni del gruppo uditori era convinto che questa... cioè, si rivolgevano non al gruppo ma a questa infermiera come salvatore della patria, ecco, diciamo. E questo qui non va bene, perché il gruppo deve essere auto mutuo aiuto e deve essere autogestito, secondo me. (P15)

Tendenzialmente mi sono convinta che devono auto organizzarsi e parlare tra di loro e farcela. Io credo fermamente che i pazienti ce la possano fare, anzi, lo stigma che abbiamo noi operatori è molto alto. (...) Credo che gli operatori hanno un grosso stigma rispetto ai pazienti, i pazienti in realtà con poco imparano, se li lasci, se li metti insieme, che possono farcela, che hanno tante possibilità. (E16)

Nella maggior parte dei casi la struttura su due piani è accettata soltanto come momento iniziale e di passaggio di un gruppo. Ci sono infatti numerosi esempi di gruppi in cui la presenza della supervisione è considerata necessaria in una prima fase, ma destinata a scomparire nel percorso di maturazione del gruppo stesso, che si pone come obiettivo quello di proseguire il percorso sulle proprie gambe:

I gruppi tra persone con disagio psichico sono facilitati, spesso avviati e spesso ancora adesso facilitati, da operatori che, da un lato, faticano a venire via perché all'interno dei gruppi si sta bene e il facilitatore fa fatica a venire via proprio perché è una crescita continua, un cambiamento e una crescita continua, quindi a volte il gruppo sarebbe anche pronto, ma il facilitatore non lo è a salutare il gruppo, per altri proprio per i tempi data l'area tematica del gruppo. Ci sono altre aree tematiche in cui il facilitatore non pari riesce a venire fuori prima e ci sono aree tematiche dove invece, come quella sulla salute mentale, dove i tempi sono un po' più lunghi. (E18)

Noi abbiamo il facilitatore fisso, l'educatore che ha promosso il gruppo fin dall'inizio, credo. Però l'ultima volta che abbiamo fatto il gruppo abbiamo deciso di provare a fare anche noi i facilitatori e l'avevamo già fatto qualche anno fa e stiamo capendo un po' come deciderlo. (P10)

Ci sono dei gruppi che sono più maturi, che vanno avanti da 10-15 anni, altri gruppi che sono appena nati per cui forse l'operatore ci sta anche di più, perché diventa anche un motivatore.
(E13)

Rispetto al ruolo del/la facilitatore/trice sono emerse durante i *focus group* diverse definizioni e metafore che appaiono utili per comprendere la complessità di tale figura e le diverse modalità di azione:

- Il **facilitatore insegnante**, che oltre a gestire la comunicazione dà anche degli input, fa piccole restituzioni, sottolineature... (E13)
- Il facilitatore che deve **levarsi la giacchetta**:
La difficoltà di noi operatori quando cominciamo a condurre il gruppo AMA è proprio quella di toglierci da questo vestito che abbiamo di operatori e fare tutt'altra cosa. (E11)
Il facilitatore del gruppo deve essere disposto a fare un percorso di cambiamento e a togliersi la giacchetta. E questo è il livello paritario, è chiaro che se io non sento le voci non posso dire che sento le voci, ma posso dire che sono una persona che ha bisogno di fare un percorso di cambiamento. In questa parità ci sta l'operatore. (E6)
Cavarsi la giacchetta dell'operatore nei gruppi è impossibile, difficilissimo, tanto che... è difficile, è molto difficile. (E16)
- Il **condu-facilitatore** che va al di là del ruolo di facilitatore perché deve condurre oltre che facilitare. (E2)
- Il facilitatore **dietro alle quinte**:
Io credo nella funzione dell'operatore che di volta in volta fa da dietro le quinte un supporto perché loro continuino a vedersi, ma non dentro il gruppo. (E16)

Dopo questa panoramica sulla struttura interna dei gruppi AMA, spostiamo l'osservazione sul piano meso, che ci permetterà di indagare le relazioni interorganizzative dei gruppi AMA.

4. Una prospettiva meso: i gruppi AMA come attori sociali e le relazioni interorganizzative

Il secondo livello di analisi, quello meso, prende in considerazione i gruppi AMA come attori sociali che, in quanto tali, "interagiscono nella società sia attraverso la realizzazione di specifiche attività, sia tramite le relazioni che, per diverse motivazioni, intessono tra loro"¹², portando quindi a interazioni tra organizzazioni e soggetti diversi.

Da questa prospettiva analitica emergono le **numerose relazioni che i gruppi AMA coinvolti nella ricerca instaurano** con soggetti, da intendersi come *stakeholder*, quali le associazioni di utenti e familiari, i CUF (Comitato Utenti Familiari) o CUFO (Comitato Utenti Familiari Operatori), i servizi socio-sanitari e le istituzioni. Gli snodi organizzativi che si possono approfondire da questa angolatura riguardano **le forme e le modalità di interazione tra i gruppi AMA e gli altri attori collettivi**; interazione che segue delle logiche diverse da quelle che si riscontrano esaminando le relazioni tra le persone¹³.

Le modalità relazionali differiscono a seconda dei territori e dei soggetti con cui i gruppi AMA entrano in relazione. In questo paragrafo si intendono evidenziare le **tipologie relazionali tra i gruppi AMA e i principali soggetti con cui questi sono in contatto: le associazioni di familiari e utenti e i servizi del DSM-DP.**

¹² Rossi, *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, cit., p.42.

¹³ Ivi, p. 43.

4.1 Relazionarsi con le associazioni di familiari e utenti

I gruppi AMA esaminati nell'ambito della ricerca, siano questi formati da persone con disagio psichico o da familiari, si relazionano nella maggior parte dei casi con un'associazione di promozione sociale composta solitamente da persone con disagio psichico (soprattutto utenti dei servizi) e i loro familiari. Come messo in luce da Tognetti Bordogna¹⁴, una caratteristica dei gruppi AMA "di seconda generazione" (sviluppatasi a partire dalla seconda metà degli anni '80) è infatti quella di diventare, oltre che una risorsa per l'individuo, anche una rete relazionale per i membri del gruppo, per i familiari e per gli operatori. Il ruolo di questi gruppi va quindi "ben oltre l'aiuto legato ad uno specifico problema, ma tende ad influenzare lo stile di vita dei membri, a creare situazioni che stimolino contatti con il contesto, ad assumere ruoli e compiti nuovi e più ampi"¹⁵. Queste associazioni, inoltre, si sviluppano in molti casi come soggetti che interagiscono direttamente con le istituzioni in termini rivendicativi e collaborativi rispetto alle pratiche AMA e ad altre attività e servizi nell'ambito della salute mentale.

L'analisi dei dati ha messo in luce 3 principali forme relazionali che i gruppi AMA possono instaurare con le associazioni: gruppo AMA e associazione come soggetti indipendenti; gruppo AMA interno all'associazione; gruppo AMA e associazione sovrapposti.

La relazione che presentano alcuni gruppi – e auspicata, sulla carta, dalla maggior parte dei/le partecipanti alla ricerca – è quella che vede il gruppo e l'associazione in stretto contatto e interazione, ma posizionati su due piani distinti (Fig. 4).

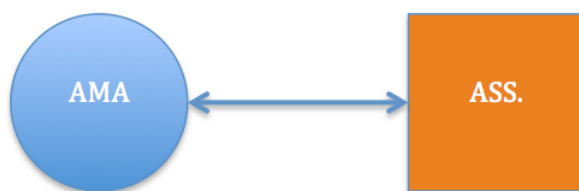


Fig. 4 Gruppo AMA e associazione come soggetti indipendenti

Diverse testimonianze sottolineano l'importanza di questa separazione:

Sarebbe buona cosa mantenere distinto il gruppo AMA dall'associazione. (P7)

Però teniamo distinti i vari livelli, chiaro che man mano che si frequentano gli altri ambienti conosciamo tante persone che ruotano attorno a questo mondo (educatori, psicologi, utenti...), ma se oggi parliamo del gruppo AMA, il gruppo AMA siamo noi familiari e siamo quel piccolo gruppetto, separato dall'associazione. (F2)

Una seconda forma relazionale è quella che vede il gruppo AMA all'interno dell'associazione (Fig. 5).

¹⁴ Cfr. M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Promuovere i gruppi di self help*, Franco Angeli, Milano 2002, p.82.

¹⁵ F. Mancino, *L'aiuto vincente: uno sguardo ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto*, in "Rassegna di Servizio Sociale", anno 46, n°3, 2007, p.71.

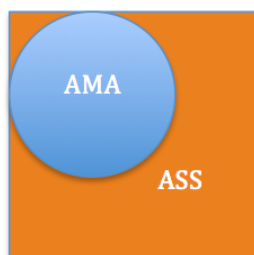


Fig. 5 Gruppo AMA interno all'associazione

In questo caso i due soggetti operano in strettissimo contatto condividendo spazi e strumenti. I/le partecipanti al gruppo AMA sono inoltre molto spesso persone attive all'interno dell'associazione, ma agiscono, similmente al modello precedente, su due piani distinti:

Io partecipo al gruppo un'ora a settimana e per il resto della settimana mi dedico all'associazione come volontaria, è importante per me, per la mia vita. (P4)

Il gruppo con tutte le persone che vogliono partecipare si trova il sabato dalle 10 a mezzogiorno in sede. Invece il mercoledì e il venerdì pomeriggio si fanno le attività. Ci sono persone che partecipano più volentieri alle attività ricreative e persone che preferiscono il gruppo. (P9)

Il terzo modello relazionale è invece quello che vede una sovrapposizione tra il gruppo AMA e l'associazione (Fig. 5). Mentre è considerato da qualcuno come un buon modello, per altri rappresenta una situazione che si allontana dalla natura specifica dell'AMA, comportando uno stravolgimento delle sue caratteristiche peculiari

Secondo me quando c'è scambio è sempre AMA e ben venga che sia un'associazione. (F3)

Io faccio fatica a distinguere l'associazione dall'AMA da quello che lei ha detto. Lo chiamate AMA ma è uno stare insieme, è un aiuto, non è auto aiuto, perché l'auto aiuto ha delle regole, se non lo chiamiamo... se no tutto è auto aiuto, cioè anche parlare se incontri un'amica ci si aiuta, ma l'AMA è una cosa precisa (...) Secondo me alcune cose si fanno in associazione, altre nel gruppo, non è la stessa cosa! (F4)

Nei casi limite di sovrapposizione può succedere che l'associazione arrivi a sostituire il gruppo AMA (Fig. 6), portando alla sua scomparsa a favore di altre tipologie di attività:

c'è stata questa evoluzione che da gruppo AMA è diventato un'associazione di volontariato ONLUS dopo 3 anni (...) Ultimamente sentiamo la nostalgia dell'AMA. È da un po' di tempo che diciamo di rifare il gruppo, ma non ci siamo ancora messi d'accordo. Per adesso il gruppo di AMA non c'è, è stato sostituito da questa associazione. (P7)



Fig. 5 Gruppo AMA e associazione sovrapposti

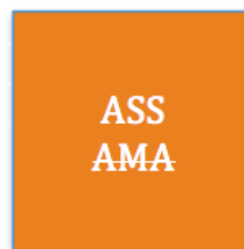


Fig. 6 Sostituzione del gruppo AMA con l'associazione

4.2 Relazionarsi con i servizi del DSM-DP

Le traiettorie dei gruppi AMA intersecano in modalità e momenti differenti lo spazio dei servizi del DSM-DP, instaurando con quest'ultimi rapporti che variano notevolmente a seconda dei territori e dei contesti di azione. Volendo identificare alcune tipologie organizzative a cui poter ricondurre la relazione tra i diversi gruppi AMA indagati e i servizi è utile esplorare alcuni nodi attorno ai quali ruota tale relazione. Considerando ormai acquisito che non esiste "un modello valido in ogni situazione, ma che il modello più adeguato è funzione del tipo di compito o di ambiente"¹⁶, osserviamo quindi le diverse modalità organizzative vissute dai gruppi AMA che verranno ricondotte a tre posizionamenti idealtipici rispetto al DSM-DP: dentro i confini, sul confine e fuori dai confini.

I principali nodi relazionali emersi nel corso della ricerca sono i seguenti:

- Nascita dei gruppi per volontà dei servizi (top-down) o in forma spontanea dai/le partecipanti (*bottom-up*). La nascita dei gruppi avviene con dinamiche molto diverse a seconda dei contesti presi in esame, ma un aspetto rilevante ai fini dell'analisi è quello di osservare se il gruppo è nato su stimolo del servizio o dei/le partecipanti:

La storia di Lugo è nata in un centro di riabilitazione (P8)

Il nostro gruppo non è nato come gruppo di AMA, nel senso che alla fine del 2010 ci stavamo confrontando per fondare l'associazione di utenti e nel fare questo confronto poi è nato anche il desiderio di trovarci tra di noi a parlare di queste problematiche e abbiamo iniziato a trovarci così, ma senza il dipartimento (...) è nato proprio così, spontaneamente. I servizi non hanno mai interagito con noi fino a quando noi non ci siamo rivolti a loro. (P13)

Il gruppo di cui faccio parte io è nato in modo autonomo, al di fuori del servizio. (P3)

- Presenza operatori/trici del DSM-DP nell'organizzazione e gestione del gruppo AMA, presenza che può esistere in diverse forme o non esserci affatto:

Non è presente nessuna figura del dipartimento, anche se di contatti ne abbiamo, ma non svolgono un ruolo all'interno del nostro gruppo. (F6)

Come facilitatore c'è fisso un operatore, è stato infermiere ed è stato affiancato da tre diverse operatrici che si sono cambiate. Quindi ci sono sempre stati almeno due operatori su una componente di 12/13 persone. (P17)

- Spazio occupato dalla sede del gruppo AMA: esso può essere dato dal DSM-DP o esterno al servizio (in case private, biblioteche, centri sociali):

Per la sede, che è quella AUSL, stiamo capendo se cambiare tentando di uscire dal servizio... forse abbiamo trovato una sede all'interno di una parrocchia, così avremmo meno limitazioni, potrebbe esserci più libertà d'azione, anche solo perché da noi a un certo punto devi andare via. (P10)

Ci troviamo una volta alla settimana in sedi non istituzionali proprio perché al dipartimento di salute mentale lasciamo solo lo spazio di supporto, cioè se abbiamo bisogno di una sede chiediamo di cercarcela ma non all'interno del dipartimento, in altri luoghi, associazioni altre, circoli ARCI, proprio perché il terreno neutro è indispensabile, fondamentale per creare un maggior aspetto di libertà di espressione, di uscita anche dall'ambito ristretto della salute mentale. (P13)

¹⁶ G. Morgan, *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano 1996.

Le riunioni del nostro gruppo di AMA si fanno in un circolo ARCI dove siamo soggetti a episodi di stigma, quindi io gradirei di più che i servizi mettessero a disposizione un ambiente in modo che si possa fare queste riunioni con la dovuta privacy. (P2)

- Promozione e invii da parte del DSM-DP: in alcuni casi il dipartimento contribuisce attivamente a promuovere i gruppi AMA e propone la partecipazione dei propri utenti alle attività AMA attraverso invii “informali” (non si tratta mai di una prescrizione), mentre in altri casi i gruppi AMA non sono promossi all’interno del servizio e la partecipazione avviene per dinamiche di passa parola.

Il 50-60 % dei partecipanti è arrivato al gruppo tramite il servizio, altri tramite passa parola (...) ondate di invio dopo percorsi formativi o altre iniziative sostenute da operatori. (F9)

A me mi ha fatto entrare lì una psicologa da cui andavo che conosceva questo operatore e mi ha consigliato di entrare in questo gruppo, però credo che anche per gli altri più o meno sono sempre i servizi che indicano questa opportunità, quindi affianca i servizi grosso modo. (P17)

Ci siamo rivolti ai servizi per pubblicizzarci, perché senza una promozione da parte loro è difficile coinvolgere nuove persone. (P13)

Da noi la partecipazione è subordinata alla richiesta dallo psichiatra. Questo lo capisco perché magari loro pensano che ci sono delle persone che proprio per la loro patologia tendono a prendersi a carico troppo la problematica degli altri, quindi magari uscirebbero da questi gruppi più negativi che positivi, però il fatto che lo psichiatra possa darti un out non la trovo una cosa positiva. (P12)

Da queste parole emerge l’importanza della promozione dei gruppi all’interno del DSM-DP, ma anche il limite che può avere un intervento troppo rigido da parte del dipartimento, come quello di precludere l’accesso ai gruppi AMA ad alcuni utenti.

- Apertura/chiusura del gruppo a persone esterne ai servizi: i gruppi possono rivolgersi solo agli utenti dei servizi o, in molti casi, rivolgersi a chiunque sia interessato al percorso AMA sul tema della salute mentale:

Lì accedevi solo ed esclusivamente tramite il servizio, con il problema che non potevano accedere persone con problemi non in carico ai servizi. (P5)

I gruppi devono essere aperti a tutti, però per essere aperti a tutti bisogna che siano al di fuori dei servizi, perché se i gruppi non sono al di fuori dei servizi è inutile, sono aperti solo agli utenti dei servizi, non c’ha mica senso, quindi è fondamentale che siano al di fuori dei servizi. (P9)

Questi nodi possono essere riassunti nella seguente tabella e, a seconda dell’intensità della loro presenza contribuiscono a spiegare i tre diversi posizionamenti idealtipici che i gruppi AMA possono avere rispetto al DSM-DP.

	Nascita	Livello presenza operatori/trici	Spazio fisico	Livello promozione e invii	Apertura all'esterno
1. DENTRO I CONFINI	↓	ALTO	INTERNO	ALTO	NO
2. SUL CONFINE	↓↑	MEDIO	INTERNO O ESTERNO	MEDIO/ALTO	SI'/NO
3. FUORI DAI CONFINI	↑	BASSO	ESTERNO	BASSO	SI'

Tab. 1 Posizionamento dei gruppi AMA rispetto al DSM-DP e caratteristiche

Un gruppo AMA è posizionato dentro i confini del DSM-DP quando la sua nascita avviene per volontà dei servizi (o più frequentemente di un/a operatore/trice dei servizi), vi è la presenza attiva di uno o più operatori/trici che collaborano all'organizzazione, alla gestione e/o alla facilitazione del gruppo, occupa uno spazio all'interno del DSM-DP e, infine, quando i servizi contribuiscono attivamente alla promozione del gruppo, attraverso una capillare informazione al loro interno e gli invii di propri utenti al gruppo.

Il posizionamento di un gruppo AMA fuori dai confini è dettato, all'opposto, da una storia organizzativa caratterizzata da una nascita spontanea, dal basso (*bottom-up*) e da un'assenza dei servizi in termini di: promozione, partecipazione di operatori/trici e disponibilità di spazi all'interno del dipartimento.

I gruppi AMA che si trovano sul confine sono invece quei gruppi che sono nati spontaneamente o per volontà del servizio e che sono in contatto con il DSM-DP attraverso la presenza di operatori/trici (con ruoli più marginali rispetto al primo modello), hanno la possibilità di avere uno spazio all'interno del dipartimento (a cui però a volte si preferisce una sede esterna) e godono di un'attività medio-alta di promozione del gruppo AMA da parte del servizio.

Queste caratteristiche possono essere traslate su due assi cartesiani che misurano l'autonomia dei gruppi AMA rispetto al DSM-DP e il livello di supporto che il DSM-DP offre ai gruppi. Nel piano cartesiano delimitato da questi assi, è possibile posizionare i tre modelli di gruppo, come rappresentato dalla Fig. 7:

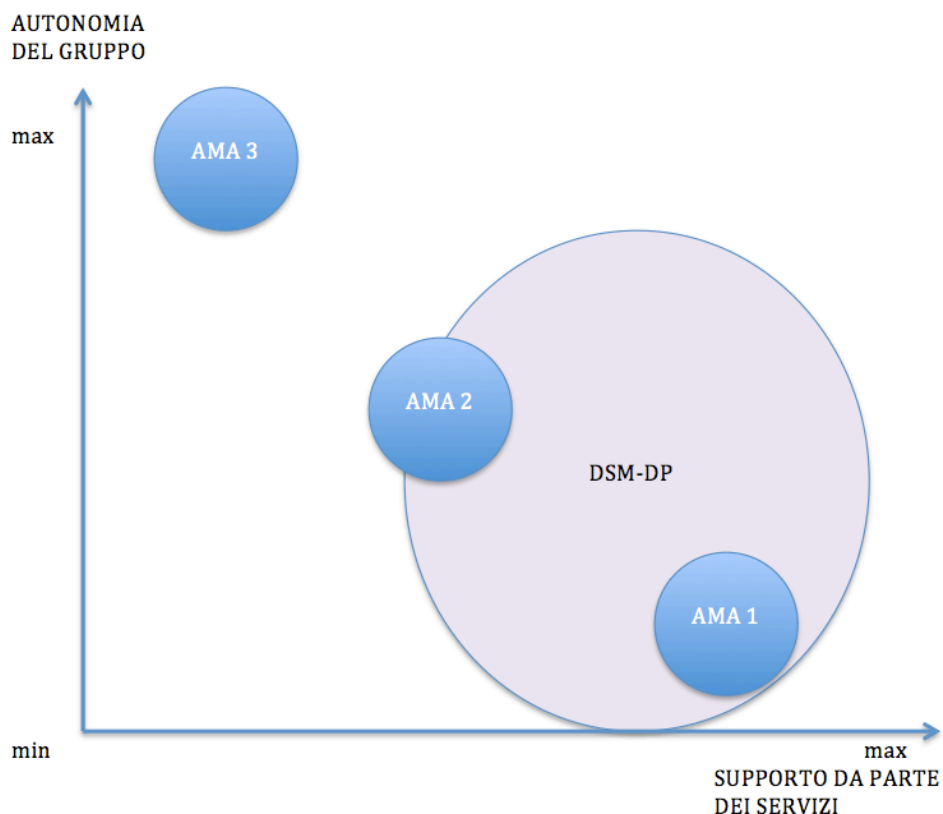


Fig. 7 Il posizionamento dei gruppi AMA rispetto al livello di autonomia e di supporto da parte dei servizi

La figura proposta mette bene in evidenza come nei 3 modelli idealtipici dei gruppi AMA vi sia un rapporto inversamente proporzionale tra il livello di autonomia del gruppo e quello di supporto da parte dei servizi, che porta ad una situazione in cui i gruppi con più autonomia hanno meno supporto da parte dei servizi, mentre quelli con più supporto tendono ad avere un livello di autonomia dal servizio più basso.

5. Una prospettiva macro: i gruppi AMA come logica d'azione

Per completare l'analisi si propone ora un'osservazione dei gruppi AMA da una prospettiva macro, secondo la quale "il concetto di organizzazione sottintende l'esito dell'adozione di una [o più] particolare logica d'azione nella regolazione dei rapporti intra e interorganizzativi"¹⁷. A partire dalle parole dei partecipanti ai *focus group*, verranno ora identificate alcune logiche d'azione che ci permettono di approfondire la relazione tra i gruppi AMA e i servizi da un diverso punto di vista rispetto al paragrafo precedente. Queste logiche non ci parlano del posizionamento dei gruppi AMA rispetto ai servizi del DSM-DP, bensì offrono una riflessione di più ampio respiro sul senso delle pratiche AMA nel mondo della salute mentale.

Fa da sfondo a queste logiche il concetto di *recovery*, termine che "non è traducibile in italiano semplicemente come "guarigione", ma piuttosto con forme verbali riflessive, quali ad esempio "riaversi", "riappropriarsi", "recuperarsi"; in breve un percorso nel quale il paziente è il protagonista del suo passaggio dal ruolo passivo di "vittima" a quello attivo di "vincitore" del proprio disagio mentale"¹⁸.

La prima logica d'azione identificata è quella che vede l'AMA come **rete di aiuto che produce sostegno sociale**, in risposta alla disgregazione sociale e alla difficoltà di avere una rete con cui condividere il malessere legato al disagio psichico. Questo vale per i gruppi di persone con disagio psichico, che si trovano spesso isolati a livello sociale, quanto per i gruppi di familiari, in cui vi è la difficoltà di condividere e affrontare il proprio malessere con persone all'interno delle proprie reti amicali e familiari:

Il gruppo AMA è veramente una risorsa di comunità incredibile, cioè a fronte della scomparsa di tutti quelli che erano i sostegni familiari e sociali di qualche decina di anni fa, cioè la famiglia più ampia, il paese, il rione, il quartiere, cioè c'era una vita sociale che era di supporto in caso di lutti, in caso di problemi mentali, cioè proprio su tutta la strutturazione della vita delle persone. Adesso ci siamo così parcellizzati, così frazionati che non esiste più questo spazio qui, e allora a livello sociale secondo me lo si può ricreare, cioè la società può riprendersi un po' cura di se stessa attraverso questa forma che è il gruppo di AMA. (P13)

Questa logica mette in evidenza l'importanza dei gruppi AMA sia sul piano individuale sia come risorsa di comunità, in quanto risposta efficace al vuoto sociale che spesso circonda le persone con disagio psichico e i loro familiari. Ai fini della nostra analisi è d'interesse notare come secondo questa logica l'AMA rappresenti una pratica che interviene in uno spazio che nel momento in cui non è più occupato dalle reti familiari e sociali diventerebbe di competenza dei servizi. In questo senso l'AMA ha un'importanza fondamentale per l'organizzazione dei servizi stessi, che possono appoggiarsi e trovare supporto nei gruppi AMA. Per spiegarlo con le parole di due partecipanti: *è l'AMA che offre un supporto ai servizi, non i servizi che offrono supporto all'AMA (P9), l'AMA serve a migliorare i servizi (F3)*

Quest'idea accompagna anche la seconda logica d'azione dei gruppi AMA, ovvero quella delle pratiche AMA come **intervento complementare e con un valore aggiunto rispetto all'operato dei servizi**:

*Non è che l'AMA sia la soluzione di tutti i problemi. Io prendo i farmaci, l'AMA mi serve ma mi servono anche i farmaci, non è che uno fa una cosa o fa l'altra, volevo specificare questo. Uno può prendere delle pastiglie e fare l'AMA che le due cose insieme combinano. (P6)
È un'occasione in più che può andare in parallelo a tante altre forme anche di cura o di terapia, sebbene l'AMA, almeno nella nostra accezione, non abbia la pretesa di curare,*

¹⁷ Rossi, *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, cit., p. 51.

¹⁸ Coleman, R. e Smith, M. (2006) *Lavorare con le voci*, Edizioni Ega, Torino, p. 22.

piuttosto di migliorare la qualità della vita. Non deve però sostituirsi ai servizi. Cioè, i servizi devono fare la loro parte, l'AMA è un valore aggiunto, qualcosa in più. (E18)

È una risorsa terapeutica non convenzionale che può essere preziosa per quelli dove si è con scarsi mezzi per affrontare poi la sofferenza personale. (E10)

Secondo questa logica i gruppi AMA sono “alleati” dei servizi e contribuiscono attivamente al processo di *recovering* senza “*calpestare i piedi ai servizi*” (P12), ma offrendo appunto un percorso complementare:

Il gruppo AMA non toglie nulla a quello che sono i gruppi professionali, terapeuti, che hanno un loro ruolo, un loro svolgimento e un loro significato, è una risorsa in più, sono complementari, non sono sostitutivi, quindi è giusto che ci sia il gruppo professionale tenuto dal professionista, può esserci, e secondo me è giusto che ci sia per la società e per il bene delle persone anche il gruppo AMA con tutte queste capacità qui. (P13)

Questa logica attiva inoltre due processi molto significativi per i servizi: da un lato quello della *riduzione della dipendenza dai servizi* (P8) e dall'altro quello della riduzione del livello di rivendicazione rispetto ai servizi da parte di persone con disagio psichico e soprattutto dai familiari, che trovano uno spazio di ascolto e confronto che fa quasi *da filtro tra le proprie esigenze e le possibilità dei servizi di soddisfarle* (F6).

Infine, una terza logica d'azione che regola i rapporti tra gruppi AMA e il mondo dei servizi è quella di **rafforzare l'uscita dallo stigma del malato psichiatrico**, con l'idea alla base di ogni gruppo di *essere lì in quanto persone, non pazienti* (P5):

Un'occasione per le persone per promuovere una percezione di sé fuori dallo stigma, per affermare una dimensione di partecipazione di cittadinanza (E5)

la riduzione dello stigma attraverso una presa di coscienza, non senza sorpresa, di poter essere di supporto agli altri (E1)

In particolare, per quanto riguarda i pazienti affetti da malattie mentali, il gruppo di AMA agisce sullo stigma interno che molte volte blocca proprio l'intero processo di cura. (E3)

Il gruppo è fondamentale per creare un maggior aspetto di libertà di espressione, di uscita anche dall'ambito ristretto della salute mentale. Cioè o siamo noi stessi che cominciamo a lottare per essere prima persone e poi anche malati, o se no ce la portiamo dietro noi da soli. (P13)

Anche questa logica contribuisce attivamente al lavoro dei servizi, avvalendosi di uno spazio d'azione che non essendo istituzionalizzato permette alle persone con disagio psichico di vivere un maggiore margine di libertà e di messa in gioco, in sintonia con i principi che hanno caratterizzato la storia dei servizi negli ultimi trent'anni.

Per concludere, le logiche di azione alla base dell'AMA fanno sì che il terreno sul quale agiscono i servizi venga ampliato sia in termini quantitativi (in quanto aumentano i luoghi che accolgono e accompagnano persone con disagio psichico e i loro familiari) sia, soprattutto, in termini simbolici, poiché le pratiche AMA offrono una prospettiva d'azione che arricchisce e complessifica i percorsi di *recovery* delle persone con disagio psichico e dei loro familiari.

6. Conclusioni: verso un nuovo spazio d'azione comune.

Le conclusioni di questo report intendono rispondere all'interrogativo che ha fatto da sfondo all'intera ricerca, ovvero *come i servizi di salute mentale possano diventare promotori di competenze comunitarie* per consentire la continuità e un miglior sviluppo dei gruppi AMA. Facendo riferimento all'analisi svolta ed utilizzando ancora una volta le preziose parole dei/le partecipanti alla ricerca verranno identificate alcune strategie che i servizi potranno implementare e incentivare, nell'ottica di un percorso condiviso tra questi e i gruppi e le associazioni AMA:

- **Supporto dei servizi come regia che favorisca processi culturali:**

Vi è un problema forte, ovvero quello di creare una cultura dell'AMA che deve contaminare operatori, scuole anche se gli ambiti di intervento devono essere separati (...) i servizi devono essere informati e formati sulla cultura dell'AMA. (F7)

- **Promozione dei gruppi AMA e formazione degli/le operatori/trici e dei/le MMG:**

Ci sarebbe bisogno enorme che gli operatori conoscessero l'auto-mutuo aiuto, informare i medici di questi gruppi, anche i MMG che incrociano pazienti che non arrivano ai servizi. (F6)

Da un lato il DSM così come le Aziende USL devono essere di supporto per la promozione, dall'altro dev'essere chiaro che i gruppi AMA non sono gruppi prescrivibili, quindi per noi non esiste invio dal professionista. Il professionista deve promuoverne la conoscenza, ma la persona deve sceglierlo per libero arbitrio, quindi è promuovibile, ma non prescrivibile (...) Non deve però sostituirsi ai servizi. Cioè, i servizi devono fare la loro parte, l'AMA è un valore aggiunto, qualcosa in più che le persone hanno diritto di conoscenza, è per questo che gli operatori sociosanitari, gli enti locali devono promuoverlo. (E18)

Adesso mi rendo conto che nel mio CSM c'è un minimo di interesse in più e un minimo di conoscenza in più, ma noto che molta gente non sa ancora esattamente cosa sia l'AMA, quindi se ci sono persone che frequentano i CSM, se fossero più informati potrebbero avere dei vantaggi. (...) Mi rendo conto che ci sono tante persone che non sanno ancora cosa sia. Un punto di forza è una buona conoscenza, se ci fosse. Punto fragile: la disinformazione, perché se non si sa cosa sia l'AMA non si sa neanche come consigliarla. (P11)

- **Disponibilità dei servizi nel rispetto dell'autonomia del gruppo e delle relazioni alla pari,** ovvero la presenza di operatori quando necessario, ma con ruolo di avvio e supervisione, non come presenza fissa e strutturale:

Comunque è molto importante che la figura dell'operatore sia particolare, che sia disposto a mettersi in discussione all'interno del gruppo, diventare come un pari all'interno del gruppo. Mi rendo conto che è uno sforzo immane da parte dell'operatore, ma è necessario che ci sia almeno l'intento e che col tempo cerchi di lasciare il gruppo in autonomia. (P3)

Nel caso in cui la presenza di un/a operatore/trice sia necessaria, si può tenere in considerazione l'idea di "despecializzazione" del facilitatore/trice, prendendo "in prestito" un/a operatore/trice di un altro settore clinico:

Quello che si cercava di fare per far sì che l'operatore si togliesse la giacchetta e desse il minor numero di risposte possibili è che laddove ce ne fosse la condizione, l'operatore facilitatore non pari non fosse comunque un operatore della salute mentale, che è uno

scambio un po' difficile, ma, come dire, io operatore che lavoro per le cure primarie, e quindi che faccio l'ostetrica, facilito un gruppo tra persone con disagio psichico, quindi sono il vigile della comunicazione e se a volte faccio un certo maternage verso il gruppo, non posso comunque dare risposte, perché non le ho così nello specifico come se fossi un professionista che lavora all'interno della salute mentale. (E18)

- Formazione e supporto per formatori alla pari:

I pazienti esperti sono una grande risorsa per chi sta male. (F3)

Essendo il facilitatore a volte mi trovo in difficoltà perché a volte ho problemi, delle tematiche di problemi non le riesco a capire, quindi io vorrei essere anche formato su fare il facilitatore. (P8)

La tematica è formare dei facilitatori... gli operatori e educatori evidentemente non sono nati per fare gruppi AMA, sono nati per la riabilitazione psichiatrica nelle strutture di riabilitazione, non sono nati per fare i gruppi AMA, i facilitatori sì. (P9)

Noi stiamo cercando di fare dei gruppi di AMA con un facilitatore non operatore che però verrà supportato dal servizio e quindi se ci saranno problematiche interne al gruppo sarà supportato. E secondo me questo sarà un punto di forza di questi gruppi. (P4)

- Partecipazione libera ai gruppi e apertura dei gruppi sia agli utenti dei servizi sia alle persone non utenti con disagio psichico:

Se uno è fuori dai servizi ma a problematiche legate alla salute mentale è utile che entri in un gruppo di AMA, perché magari non accetta di essere preso in carico dai servizi, ma il gruppo è diverso, di più facile accesso. (P6)

Secondo me sarebbe un buon aiuto per chi non accetta di andare ai servizi, ma che comunque ha bisogno, perché se no c'è tutta una fetta di popolazione che rimane fuori, ed è quella che sta peggio, secondo me. (P12)

Per attuare le strategie elencate si considera necessario un intervento dei servizi in ottica complementare, che quindi non comporti un'invasione dello spazio occupato dai gruppi AMA, ma contribuisca, nel rispetto dei principi dell'AMA, alla creazione di uno spazio di convivenza più ampio, con confini più labili, in cui il posizionamento tra un dentro e un fuori dai servizi diventi meno significativo perché in ogni caso vengono garantiti l'autonomia quanto il supporto. Questa situazione è rappresentata dalla Fig. 8:

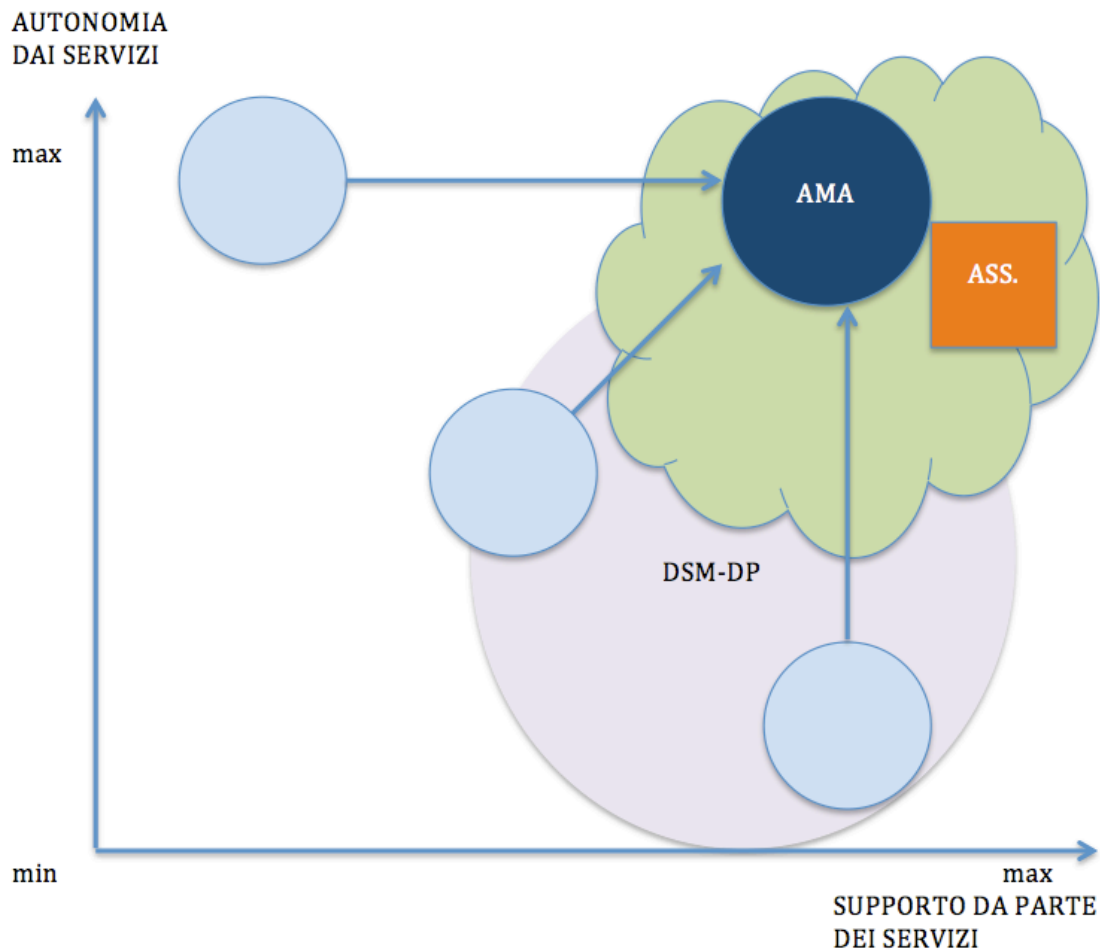


Fig. 8 Verso un nuovo spazio d'azione comune

In colore verde è stato evidenziato quel nuovo spazio d'azione di cui si auspica un'affermazione ed un'espansione continua; uno spazio in cui si assiste alla convivenza di diversi soggetti – tra cui i gruppi e le associazioni AMA e i servizi – che hanno una struttura, un'organizzazione interna, delle relazioni interorganizzative e delle logiche d'azione eterogenee, ma che insieme possono ampliare e arricchire lo spettro di pratiche, opportunità e traiettorie di cura e *recovery* per persone con disagio psichico e i loro familiari.

Questo spazio può essere abitato in modalità differente dai gruppi AMA che, a seconda dei contesti e delle storie organizzative possono essere dentro, fuori o sui confini del DSM-DP, ma in una posizione che, come si vede nell'immagine, a differenza dei modelli idealtipici proposti nel corso dell'analisi, permette ai gruppi di avere contemporaneamente un livello alto di autonomia e di supporto da parte dei servizi. La sfida è quindi quella di un coinvolgimento dei servizi nel rispetto (e nello stimolo) dell'autonomia dei gruppi AMA, per fare in modo che questi continuino ad agire su un piano complementare, ma con un supporto che possa garantire loro continuità e benessere.

7. Riferimenti bibliografici

S. Bertoldi e M. Vanzetta (a cura di), *I gruppi di auto mutuo aiuto e l'esperienza dell'Associazione A.M.A. di Trento*, 2002.

R. Coleman e M. Smith, *Lavorare con le voci*, Edizioni Ega, Torino 2006.

C. Contini, *Sentire le voci. Manuale di Affrontamento*, www.cristinacontini.it, 2012.

P. Corbetta, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1999.

J. Kaufmann, *L'intervista*, Il Mulino, Bologna 2009.

F. Mancino, *L'aiuto vincente: uno sguardo ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto*, in "Rassegna di Servizio Sociale", anno 46, n°3, 2007.

H. Mintzberg, *Structures in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NY 1983.

G. Morgan,, *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano 1996.

A. Noventa (et al.), *Self-help. Promozione della salute e gruppi di auto-aiuto*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1990.

P. Rossi, *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci, Roma 2014.

P.R., Silverman, *I gruppi di auto mutuo aiuto: come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Erickson, Trento 1989.

V. Sturlese, *I gruppi di auto-mutuo aiuto*, in C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. III. Spendibilità*, Franco Angeli, Milano 2005.

M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Promuovere i gruppi di self help*, Franco Angeli, Milano 2002.

Sitografia:

Associazione "A.M.A." Auto Mutuo Aiuto ONLUS (Trento) <http://www.automutuoaiuto.it>

Alba Associazione (Pisa) http://www.lalbassociazione.com/wordpress/?page_id=197