

# Il Coordinatore di progetto

---

Dario Donadoni<sup>1</sup>

Nel corso del lungo periodo in cui G.C. Zapparoli ha fatto da supervisore, presso il Centro di Psicologia Clinica (CPC) della Provincia di Milano, all'équipe del C.P.S. di cui facevo parte, e negli anni in cui ho collaborato con lui nell'area dell'assistenza, ho potuto apprezzare il suo grandissimo rispetto nei confronti della patologia psichiatrica e di coloro che ne portano i segni. Ho un vivo ricordo di tante occasioni in cui ho avuto il privilegio di condividere la sua passione e il suo particolare approccio ai malati di follia.

Un giorno, giovane assistente sociale alle prime esperienze di lavoro, gli ho espresso la mia delusione per aver utilizzato vanamente tutte le risorse di cui disponevo per accudire un paziente che il professore aveva in cura; mi ha risposto che finalmente era arrivato il momento di mettere da parte le mie velleità terapeutiche e cominciare a lavorare seriamente con la necessaria modestia.

Ero sorpreso, ma l'ho ringraziato per la bonaria sculacciata e per l'affettuoso incoraggiamento. Salutandolo gli ho detto: "Professore, ma lei non si arrende mai", mi rispose "ci si arrende solo di fronte alla morte".

Ora che si è arreso, sento il desiderio di sentirlo ancora vicino, ripensando ai momenti di lavoro più intensi vissuti con lui, rileggendo i suoi scritti, e meditando sui concetti che lui stesso ha appreso anche dall'insegnamento ricevuto dai pazienti. Casualmente mi sono accorto che proprio oggi è l'anniversario della sua scomparsa.

Ripensando agli anni di formazione presso il Centro di Psicologia Clinica, ricordo che dopo ogni incontro formativo mi sentivo quasi sempre depresso. Infatti i suoi pensieri sconvolgevano le mie convinzioni, perché invece di fare dei passi avanti nell'assistenza, si finiva sempre col fare un passo indietro.

Bisognava sempre capire o intuire quello che il paziente ci voleva comunicare; non era il paziente a doverci ascoltare, dovevamo essere noi ad ascoltare il paziente.

Che botta al mio narcisismo!

Sottoponeva la nostra mente ad un lavoro faticoso. Quando le sue domande ci disorientavano, seguivano dei lunghi silenzi perché non sapevamo cosa rispondere, allora ci guardava dritto negli occhi e ci chiedeva "Ma siete cefali o acefali?", temendo che stessimo rinunciando a pensare.

Ugualmente riguardo alla costruzione di un programma terapeutico: doveva essere il risultato di un faticoso sforzo per integrare gli aspetti che ogni componente del gruppo osservava secondo il suo sapere e il suo coinvolgimento emotivo. Ci invitava

---

<sup>1</sup> E' stata inserita questa relazione di Dario Donadoni, non presentata al Convegno, per completare con il contributo dell'Assistente Sociale il Seminario sul modello dell'integrazione funzionale sviluppato dal C.P.C. G.C. Zapparoli. Si ringraziano l'autore e l'Editore Dialogos per la gentile autorizzazione alla pubblicazione.

ad essere "fertili" e non sterili nel nostro approccio al paziente, come se un programma terapeutico dovesse essere un parto di gruppo.

Dopo ogni incontro di supervisione tornavamo al CPS in auto: commentavamo la seduta, ci confrontavamo sui nostri limiti e stranamente ci sentivamo un gruppo unito e solidale. Eravamo stanchi, ma sentivamo di aver appreso qualcosa di importante.

Una sola volta non ci siamo sentiti per nulla stanchi: quando G.C. Zapparoli ci chiese se avevamo fatto il "compitino" che ci aveva assegnato. Abbiamo risposto che non avevamo avuto tempo e allora lui, muovendo i suoi baffoni, ci disse: "Bene, allora potete tornare a casa e portare il compito per la prossima volta. Arrivederci."

Siamo rimasti esterrefatti. Poi, in macchina, commentavamo che in fondo ci aveva trattati da persone adulte, e non come scolaretti.

Durante il percorso formativo G.C. Zapparoli aveva introdotto sperimentalmente l'utilizzo dello psicodramma per comprendere meglio le esigenze dei pazienti e il nostro atteggiamento nei loro confronti.

Trenta anni fa era una iniziativa pilota e io, da buon ariete, mi ci sono buttato anima e corpo.

Risultato: ho scoperto di essere diverso da quello che pensavo. Ho riconosciuto alcuni limiti che hanno ridimensionato la visione che avevo di me stesso e degli altri. Allora ho confidato nella comprensione dei pazienti, e nella tolleranza dei miei colleghi, che oggi ancora ringrazio.

Dopo due anni di supervisione all'équipe nel suo insieme, G.C. Zapparoli ha valutato che sarebbe stata più efficace una supervisione per gruppi omogenei (gruppi di soli medici, infermieri, assistenti sociali). In effetti era importante che ogni professionalità avesse una sua chiara identità, prima di conoscere e integrarsi con altre professionalità.

Alla fine di questo ciclo durato 10 anni, G.C. Zapparoli ha chiesto al nostro gruppo di assistenti sociali di mettere per iscritto quello che avevamo imparato, per farne un libro.

Una bella gratificazione e insieme una bella sfida!

L'abbiamo accettata, e questo lavoro ci ha permesso di fermare, nella mente e nel libro, alcuni concetti chiave che ci hanno accompagnato nel lavoro futuro. È stata la mia prima tesi sul campo.

Ero sorpreso quando, poco dopo, G.C. Zapparoli mi ha proposto di fare da supervisore ad altri gruppi di assistenti sociali insieme ad una psichiatra. Medico e assistente sociale insieme avremmo dimostrato con i fatti che l'integrazione funzionale integrata è possibile ed efficace. Assistenza e cura potevano andare a braccetto, nella teoria e nei fatti.

G.C. Zapparoli mi aveva dato fiducia e in questo modo avevo avuto la possibilità di scoprire risorse che non sapevo di avere. E di questo gli sono molto grato.

Un ultimo ricordo.

Talvolta G.C. Zapparoli chiedeva il mio parere perché diceva di non capire alcune cose o alcuni comportamenti. E lo chiedeva a me? Un assistente sociale con tanti dubbi e con una scarsa esperienza al suo confronto?

Allora non capivo perché mi trattava quasi da “pari”; ora so che un paziente è contento quando io gli chiedo un parere. E mi viene il sospetto che forse tra i pazienti che hanno una diagnosi certificata e quelli che non l'hanno (per ora!) ci può essere una sottile intesa, una sotterranea comprensione.

Adesso divento serio.

Dal punto di vista dei contenuti appresi grazie al suo insegnamento, posso citare due concetti fondamentali che ci hanno molto impegnato: la funzione di *assistente di progetto* e *l'integrazione delle figure professionali* all'interno dell'équipe. L'*assistente di progetto* si configurava più come un supporto all'équipe invece che un supporto principalmente diretto all'utente, come il *key-worker* e il *casemanager* di origine statunitense.

Infatti, si riconoscevano nell'assistente di progetto tre funzioni fondamentali: la prima era quella di coordinare il programma terapeutico predisposto dall'équipe di cui egli stesso faceva parte, la seconda funzione era quella di *recorder*, cioè di memoria di quanto era avvenuto e di quanto stava avvenendo in quel periodo, la terza funzione dell'assistente di progetto era quella di favorire e facilitare gli operatori nella realizzazione dei rispettivi compiti.

L'équipe delegava questa funzione a un operatore che avesse già una buona esperienza professionale e una discreta capacità di guardare oltre la propria specifica professione. Era necessario, cioè, che fosse a conoscenza di quali servizi offrivano i vari enti pubblici (Regioni, Province, Ussl, Comuni) e quelli privati (Centri di Psicoterapia, Cooperative sociali residenziali e di lavoro, Volontariato, Associazioni varie, come quelle degli alcolisti), come erano organizzati e come funzionavano. A questo operatore si chiedeva non solo di essere ben informato, ma che avesse anche delle caratteristiche di personalità adatte. Per esempio, che fosse in grado di collaborare e di favorire la collaborazione; che sapesse coordinare un gruppo di persone, che poi erano i suoi stessi "committenti"; che fosse capace di rispettare le decisioni dei committenti, anche se non le condivideva fino in fondo; che avesse il senso della gradualità e della concretezza.

All'assistente di progetto si poteva chiedere anche di saper individuare e tenere conto delle caratteristiche dell'équipe che gli commissionava il coordinamento del progetto. Poteva essere un'équipe ben integrata o poco integrata, intraprendente oppure stanca e delusa, con operatori esperti o con prevalenza di operatori giovani. In certi casi l'assistente di progetto poteva anche favorire una maggiore integrazione tra i diversi operatori.

Tra le figure professionali che potevano assolvere questo compito, l'assistente sociale aveva forse le caratteristiche professionali più adatte perché abituato a pensare e a lavorare con sistemi di rete complessi e concreti. Certamente anche altri operatori potevano svolgere egregiamente questo compito se in possesso di alcune caratteristiche di base come quelle sopra descritte.

Più in sintesi l'assistente di progetto era un operatore dotato di buona capacità conoscitiva e organizzativa, in grado di procedere alla realizzazione di un programma terapeutico coordinando il gruppo degli operatori committenti, e integrandoli con

professionalità e competenza al fine di restituire periodicamente all'équipe il programma che essa stessa aveva elaborato.

La funzione di assistente di progetto è stata sperimentata in alcuni servizi, ed è ancora attiva nella Comunità in cui lavoro.

Riguardo al secondo punto, *l'integrazione delle figure professionali nell'équipe*, mi soffermo solo sul rapporto fra la funzione del medico e quella delle altre professionalità.

Solitamente il medico ha sempre avuto una posizione molto forte all'interno dell'équipe, sia per la competenza sia per la responsabilità, al punto che tutta l'équipe gli forniva le informazioni di cui aveva bisogno per stilare un programma terapeutico che poi l'équipe stessa doveva eseguire.

G.C. Zapparoli ci invitò a spostare la centralità dal medico all'équipe: tutte le professionalità di cui essa era composta avevano pari importanza e, quindi, più facilmente integrabili e orientate a un programma più completo e concreto.

La professionalità di ogni componente dell'équipe veniva in questo modo molto più valorizzata. In particolare l'équipe ha imparato a riconoscere e rispettare l'autorità e la responsabilità del medico, e il medico a riconoscere l'importanza e la necessità del contributo concreto delle altre professionalità, compresa quella della signora delle pulizie, spesso molto più facilitata a conoscere tante informazioni e a veicolare tanti suggerimenti terapeutici ai pazienti.

**Dario Donadoni**, assistente sociale. Dopo 20 anni di lavoro nel servizio pubblico, nel 1994 ha costituito una cooperativa sociale "Le Vele" per la gestione di comunità terapeutiche. Formatore, curatore e relatore in diversi convegni, attualmente è presidente e direttore sociale della cooperativa Le Vele di Trezzo sull'Adda.