

*Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per alcool e droghe (CAPS-AD) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile)**

Michelangelo Giampaoli

Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia
[elmiche@hotmail.com]

In questo articolo vorrei esaminare i diversi modi in cui, nella pratica quotidiana, sono ridefinite le premesse teoriche della prestazione medica di un'istituzione sanitaria che si occupa di dipendenza da alcol e droga nel sistema pubblico di salute brasiliano. Attraverso un'etnografia condotta nel *Centro de atenção psicossocial especializado no atendimento aos dependentes de álcool e drogas (CAPS-AD)* di Araraquara, ho potuto osservare i modi in cui si riconfigura la relazione fra operatori e utenti soprattutto in situazioni critiche nelle quali, a fronte di ricorrenti difficoltà a costruire percorsi terapeutici prolungati ed efficaci, particolarmente instabile è il rapporto tra utenza e servizio.

Ricostruendo da vicino i lineamenti di un'azione ordinaria, che si sviluppa soprattutto per tentativi, sperimentazioni, imprevisti, cercherò di far emergere le continue contraddizioni che si aprono nella relazione fra i diversi operatori e pazienti e i modi in cui sono rimodulati, a vari livelli, i rapporti di forza nel campo bio-psico-sociale delle dipendenze chimiche.

Le mie riflessioni si fondano sulla partecipazione prolungata⁽¹⁾ ad alcune attività in cui sono direttamente coinvolti i pazienti e gli operatori del centro. Tale frequentazione ha permesso di cogliere i tentativi ripetuti di

* Testo definitivo del contributo presentato nella IV Sessione parallela (*Salute mentale e contesti sociali*) al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21-23 febbraio 2013).

consolidare il rapporto fra utenza e servizio attraverso la creazione di un “patto terapeutico” che dopo essere stato definito nei primi incontri con il paziente è poi continuamente ridefinito dagli operatori nelle riunioni di équipe. È in questo spazio di discussione, ogni giorno fra mezzogiorno e le una, che ho potuto cogliere come gli operatori reagiscono alla scelta di vari pazienti di sottrarsi, per diverse ragioni, a tale patto terapeutico, denunciandone implicitamente l’inefficacia.

Come si vedrà, è soprattutto attraverso l’osservazione delle dinamiche informali che emerge con maggiore chiarezza il gioco mutevole di approcci e tattiche di aggiramento in cui ogni giorno sembrano impegnarsi i protagonisti dei percorsi di cura. Soprattutto nelle situazioni caratterizzate da maggiore incertezza, inoltre, particolarmente sviluppata è la riflessività dei protagonisti sul processo riabilitativo. Per cogliere la complessità di tali situazioni è stato importante condividere momenti informali con le persone che ogni giorno transitano nel centro – giovani pazienti, genitori, medici, infermieri, persino l’agente di sicurezza – moltiplicando le occasioni di conversazione seduti sulla panchina in pietra davanti alla porta d’ingresso, sul divano presso il distributore dell’acqua oppure durante un incontro casuale in una delle piazze della città.

Il Centro

Inaugurato il 16 maggio 2011, il CAPS-AD è situato nell’Avenida Sete de Setembro, una delle principali vie che, seguendo un asse est/ovest, attraversano la parte centrale di Araraquara, città di circa 220.000 abitanti pianificata secondo il modello che vede *ruas* e *avenidas* intersecarsi a formare una struttura a scacchiera.

Attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore otto alle diciannove, il CAPS-AD ha una capacità di accoglienza stimata in circa 70 persone al giorno, distribuite in orari diversi della giornata e spesso impegnate in percorsi terapeutici individuali o di gruppo. La sua creazione è parte dei tentativi del municipio, in linea con le strategie politiche di dimensione nazionale, di rispondere al progressivo estendersi del consumo di droghe sintetiche oltre che a un diffuso consumo di alcool in larghe fasce della popolazione. Questa struttura dovrebbe proporre ai potenziali pazienti una alternativa non vincolante a una vita di strada priva di contatto con la rete dell’assistenza pubblica oppure, all’estremo opposto, al ricovero forzato. Il progetto terapeutico del CAPS-AD si articola quindi attraverso la proposta di differenti attività che tengano conto di età, genere, inclinazioni personali,

oltre che delle capacità motorie, di coordinazione e di concentrazione delle persone coinvolte.

La presa in carico dei pazienti è inizialmente di tipo medico e infermieristico, attraverso esami che permettano di verificarne le condizioni generali di salute. Ad essa si accompagna poi un trattamento psicoterapico, dopo una prima valutazione individuale (il *triagem*) e un'eventuale prescrizione di farmaci. Vi sono quindi i laboratori di artigianato, coordinati in genere da due operatori (ad esempio da una psicologa e una terapeuta occupazionale) e proposti in modalità e tempi diversi a quasi tutti i pazienti. Nei laboratori essi vengono invitati a disegnare, a realizzare piccole costruzioni in legno (case, scatole), in carta (vasi, ghirlande) o a lavorare a maglia sciarpe o altri capi di vestiario. Gli oggetti possono poi essere portati a casa per essere offerti a parenti e amici o tenuti per sé; alcune realizzazioni restano invece nel CAPS, dove vengono esposte o donate in occasione di feste ed incontri. Il laboratorio di cucina, destinato in particolare ai più giovani, prevede la realizzazione di dolci e altre pietanze, in genere consumate da operatori e pazienti durante l'ora della merenda, a metà pomeriggio. Un corso di musica e chitarra è diretto da un professore di musica volontario, cui si associa un corso di canto, coordinato da uno degli infermieri del centro: assieme ai miei colleghi e a altri invitati, soprattutto familiari e amici dei pazienti, siamo stati invitati a prendere atto dei progressi degli "allievi" durante la tradizionale festa di fine anno nel grande cortile interno del CAPS-AD. Il *cronograma* dei laboratori prevede infine attività motorie come la danza o il tennis da tavolo, i gruppi di ascolto e supporto ai familiari e, quando possibile, le visite domiciliari agli indirizzi di riferimento dei pazienti.

Se, in linea teorica, tutte queste attività dovrebbero essere svolte da un'équipe costituita da sedici persone, con specializzazioni e mansioni differenti e complementari, nella pratica solo un numero ridotto di operatori lavora nel centro. Inoltre, da circa sei mesi, Luna, terapeuta occupazionale e coordinatrice della struttura, ha deciso di rinunciare al proprio incarico di responsabile, che resta ora vacante. In totale vi sono quindi un medico, tre psicologhe, tre fra infermieri e tecnici d'infermieristica, una terapeuta occupazionale, un'assistente sociale e due membri del personale amministrativo. Una o due volte la settimana uno psichiatra è presente per effettuare consulte con i pazienti. Settimanalmente, poi, un'auto della municipalità con autista è a disposizione per effettuare le visite a domicilio. Un agente di polizia municipale, richiesto dall'équipe come deterrente rispetto a possibili comportamenti aggressivi di alcuni pazienti o furti di materiali, staziona quotidianamente nel centro.

A fronte della (relativa) specializzazione del CAPS-AD nel trattare la dipendenza da alcool e droghe, gli operatori riconoscono una marcata differenziazione nei profili dei pazienti, la maggior parte dei quali sono uomini, sebbene sia stato riscontrato un sensibile aumento percentuale di giovani donne fra i dipendenti chimici. Se, con alcune eccezioni, la dipendenza da droghe – in prevalenza crack e marijuana – costituisce il più comune motivo di invii di adolescenti e giovani presso questa struttura, nel caso di persone di età più avanzata è l'alcool, in particolare sotto forma di *cachaça* e di birra, la causa principale della dipendenza. Ciò è emerso chiaramente quando si è trattato di accompagnare per alcuni mesi le attività di un gruppo di terapia rivolto ad “*adultos especiais*”, uomini con prolungate storie di dipendenza che hanno causato danni ad alcune abilità psico-motorie, oltre a pregiudicarne le capacità di attenzione e concentrazione. Il gruppo si svolge ogni martedì pomeriggio attorno al grande tavolo nel cortile interno del centro, coordinato da Luna e dalla psicologa Arianna. Durante la ricerca, ne facevano parte cinque uomini adulti, fra i trenta e i settanta anni: fatta eccezione per il più giovane, Cesar – un ragazzo silenzioso, a volte quasi spaesato, dai capelli tagliati corti e gli occhi chiari – dipendente chimico consumatore di marijuana, gli altri quattro pazienti erano tutti arrivati al centro in seguito a lunghe storie di dipendenza dall'alcool. Nessuno di loro ha mai parlato di aver sperimentato crack o altre droghe ed anzi, il giudizio che molti fra gli utenti più anziani del centro danno dei loro “colleghi” più giovani alle prese con la dipendenza chimica è assai severo. «Grazie a Dio, io ho sempre e solo bevuto *cachaça*», disse una volta, quasi con orgoglio, il sessantenne Juan Carlos rivolgendosi all'operatrice che, nel corso di un gruppo misto di psicoterapia, di alcolisti e tossicodipendenti, gli aveva chiesto una valutazione sulla propria storia di dipendenza rispetto a quelle dei più giovani.

Vista complessivamente, l'utenza del centro è costituita, in sostanza, da un insieme di persone variegato per età, necessità, comportamenti e aspettative, che alla prova dei fatti risulta assai difficile da gestire e soprattutto da vincolare in maniera continuativa. Le difficoltà che emergono nel quotidiano rapporto fra gli operatori e i pazienti del CAPS-AD sembrano in effetti fondarsi su questa apparente incapacità, da entrambi i lati, di strutturare e mettere in pratica percorsi di presa in carico e di cura capaci di creare una relazione prolungata. In questo senso è fondamentale sottolineare il fatto che se per gli operatori il tentativo di dare continuità all'azione terapeutica rientra nelle premesse teoriche del CAPS-AD, per i pazienti non esiste alcun obbligo a frequentare il centro oltre alla volontà di trattare la propria dipendenza e i problemi relazionali ad essa associati.

Benché i media e molte campagne di informazione politica finiscano spesso per descriverli come un grigio insieme di individui “marginali” e socialmente non-integrati, la cui dipendenza rende obbligatoria (e, aggiungono molti, onerosa) la presa in carico per evitare comportamenti potenzialmente pericolosi⁽²⁾, dal punto di vista dei dipendenti la situazione è ben diversa e molto più complessa, fatta di molteplici eventi, incidenti e percorsi di vita né prevedibili né programmati. Né la precaria situazione socio-economica in cui la maggior parte di queste persone vive, né la condizione di dipendente chimico e/o alcolista priva ciascuna di loro di un universo relazionale e di un potere decisionale che si sviluppano in specifiche realtà quotidiane (BOURGOIS P. - SCHONBERG J. 2011) e che mostrano come la scelta di aderire al CAPS-AD non sia automatica e senza riserve.

Fatta eccezione per i casi di ricovero coatto nell'ospedale psichiatrico o in cliniche per la disintossicazione a seguito della richiesta di un familiare o di un intervento giudiziario⁽³⁾, qualora le circostanze non portino alla creazione di un rapporto di cooperazione con un operatore del CAPS-AD, è raro che un paziente, *motu proprio*, intraprenda un percorso terapeutico che istituzioni (la *Prefeitura*, la *Secretaria de Saúde*, i servizi sociali, ecc.) e la collettività considerano come indispensabile⁽⁴⁾.

Presenze provvisorie

L'accompagnamento costante delle attività del piccolo gruppo di *adultos especiais* ha permesso fra le altre cose di seguire direttamente il fenomeno, comune, di un allontanamento progressivo dal centro di pazienti visibilmente scettici sul senso e l'utilità del trattamento. A fronte, infatti, di una partecipazione piuttosto costante di almeno tre dei cinque pazienti nel corso dei primi mesi, in seguito alla chiusura del CAPS-AD per le feste di Natale e del nuovo anno (circa due settimane) il gruppo si è praticamente disgregato. Solo uno è ritornato alla ripresa delle attività; degli altri nessuna notizia. In un quadro in cui anche i due giorni di chiusura del servizio nel fine settimana sono visti da operatori e pazienti come momenti di rischio di ricaduta nella dipendenza e di inficiare la qualità del lavoro svolto insieme – per non parlare di quanto le pause nei servizi siano oggetto di timore per i familiari, per il venir meno, seppur temporaneamente, del loro unico punto di riferimento istituzionale – le due settimane di pausa natalizia sono bastate a perdere contatto con il CAPS-AD e “scompare” nuovamente.

Fra le persone per le quali le festività hanno segnato la fine di un percorso terapeutico durato alcuni mesi c'è Douglas, cinquant'anni circa, lo sguardo attento dentro un volto scavato, sottolineato dalla barba di qualche giorno. Fin dal primo incontro ho avuto modo di sperimentare la sua voglia di parlare, dolcemente e incessantemente, della propria vita e degli eventi che l'hanno segnata. Più volte ha raccontato del lavoro presso un'azienda che montava mobili prefabbricati, ingiustamente perso ormai da anni, così come dei suoi costanti problemi ai denti e appuntamenti con il dentista, fino al giorno in cui finalmente ha ottenuto una dentiera nuova. Nei suoi racconti ricorreva il difficile rapporto con la cognata presso cui viveva, che lo ha spinto a lasciarne la casa per trasferirsi in un centro di accoglienza per uomini senza risorse finanziarie, l' "Associazione Padre Pio". Più volte ha descritto la sua attività quotidiana di recupero di prodotti riciclabili da portare nei depositi della città in cambio di un po' di denaro. L'unica cosa di cui non ricordo di averlo sentito raccontare direttamente, è la sua storia di dipendenza dall'alcool... Conseguenza di questo gusto di Douglas per la narrazione della propria vita era di ritrovarsi spesso distratto o disinteressato dalle attività del laboratorio, cosa che gli valeva i costanti "rimproveri" di Arianna a concentrarsi sul tavolo di lavoro, per realizzare la ghirlanda in cartone rimastagli incompleta fra le mani per settimane. Con Douglas, la frequentazione settimanale durante il gruppo si è consolidata nel corso del tempo in un legame più stretto rispetto ad altri pazienti. In un'occasione lo invitammo, assieme ai miei colleghi, nella nostra casa nel quartiere del Carmo, accanto al cimitero, per recuperare decine e decine di bottiglie e lattine di birra e *cachaça* rimaste a testimonianza di serate passate in compagnia di amici, in modo da poterne ricavare denaro. Douglas arrivò a metà pomeriggio, trascinando due grandi sacchi di plastica nera che aiutai a riempire ripescando con le mani dalla nostra immondizia non solo le bottiglie (che avevamo tenuto separate) ma anche altri oggetti recuperabili come scatolette di tonno e contenitori in plastica. Se ne andò poco dopo, a piedi come era arrivato, diretto al vicino centro di raccolta dove avrebbe vuotato i due sacchi. In seguito lo abbiamo incontrato un altro paio di volte al CAPS-Ad, prima di perderne le tracce, noi come gli operatori, dopo la pausa natalizia. La ghirlanda che, settimana dopo settimana, aveva lentamente costruito per decorare il centro è rimasta invece, a lungo, appesa sopra una delle porte, finendo per restare per quasi due anni l'unica silenziosa testimonianza della temporanea presenza di Douglas al CAPS-Ad.

Ricordo l'angoscia provata il giorno in cui, alcuni mesi dopo il nostro ultimo incontro, chiedendo all'infermiera Dora notizie di Douglas, mi

sentii rispondere che pensava che fosse morto; allo stesso modo, ricordo il sollievo quando la stessa infermiera, presa dallo scrupolo, verificò l'inesattezza della notizia, prima chiedendo a una collega e quindi consultando uno schedario. La prolungata assenza di Douglas, unita alla mancanza di notizie da altri luoghi della rete primaria (unità di salute basica, centri di assistenza sociale) con i quali il CAPS-AD ha un difficile rapporto di comunicazione e scambio di informazioni, avevano quasi "automaticamente" portato Dora a darlo per morto. I purtroppo frequenti casi di morte (anche violenta) di pazienti del CAPS-AD – di cui anche assieme ai miei colleghi siamo stati testimoni indiretti – avevano poi certamente contribuito a rinforzare la rassegnata ipotesi dell'infermiera sulla sorte di Douglas.

Tempo dopo, un pomeriggio, uscendo dal CAPS-AD dove avevo partecipato a un gruppo di madri di adolescenti dipendenti da crack e altre droghe, coordinato dal medico del centro, ho visto Douglas seduto sulla panchina in pietra, intento a conversare assieme ad altre due persone. Al mio saluto caloroso e quasi incredulo ha risposto con la consueta pacatezza, mostrandomi poi i denti nuovi e dicendomi che, assieme ad un operatore del "Padre Pio" dove allora viveva, stava accompagnando un residente della struttura nella sua prima visita al CAPS, lui che già lo conosceva bene. Le sue condizioni fisiche mi sono sembrate buone, così come il suo morale. Accanto al diritto che Douglas ha di decidere in che modi e tempi vincolarsi al CAPS-AD, l'apparente incapacità, sua come di altri pazienti, di dare continuità al rapporto con il centro va inserita in un contesto biografico e sociale nel quale la provvisorietà della presenza, di quel «dover essere nel mondo» che finisce per divenire «una minaccia permanente, talora dominata e risolta, talora trionfante» (DE MARTINO E. 1977: 669-670) ha un ruolo centrale nella costruzione della esperienza del consumo di sostanze e delle relazioni che vi si strutturano attorno.

Un comune denominatore ai percorsi biografici di molti pazienti è infatti una fragile condizione economico-sociale – cui spesso si associa un'instabilità spaziale fatta di continui spostamenti in cerca di cibo, di lavoro, di una nuova casa, di un miglioramento della propria condizione – che si sviluppa in una fitta rete di incontri e relazioni temporanee (FARMER P. 2003; SCHEPER-HUGUES N. - BOURGOIS P. 2004). Molti abitano in quartieri periferici, mal serviti dai mezzi pubblici e con poche risorse sociali e comunitarie; oppure provvisoriamente in casa di qualche parente o amico; talvolta sono veri e propri *moradores de rua*⁽⁵⁾, come nel caso di un compagno di Douglas nel gruppo degli *adultos especiais*, chiamato "Anteninha" – la piccola antenna – per la sua capacità di spostarsi per chilometri a piedi dentro la città, fino ad individuare sempre una festa o un luogo

dove trovare qualcosa da bere e magari fermarsi a dormire. *Anteninha*, peraltro, rappresenta un altro esempio di utente la cui grande – a volte persino stupefacente, a dispetto di una condizione psico-fisica piuttosto compromessa – mobilità ha evidenziato chiaramente le difficoltà da parte del centro di strutturare un efficace percorso di presa in carico. Anche lui è fra coloro che, dopo la pausa natalizia, ha deciso di non tornare se non in maniera assai saltuaria e improvvisa. Gli stessi operatori hanno finito per “adeguarsi” alla situazione: capita spesso, nel corso delle riunioni di équipe durante le quali si analizza l’evoluzione di singoli casi, che quando si finisca a parlare di *Anteninha*, uno o l’altro dei presenti racconti con una certa dose di rassegnata ironia di averlo incontrato e salutato – quasi sempre scalzo, vestito solo di un pantaloncino corto, come piace a lui – fuori del Sakanà o del Torresmo, due tra i bar-ristoranti più conosciuti in città, dove è solito stazionare in cerca di qualcosa da bere.

Questa frequente predisposizione di molti pazienti alla mobilità – anche improvvisa, specie quando non si ha molto da lasciare dietro di sé – si riflette quindi sul rapporto con la rete dei servizi di salute e in particolare con il CAPS-Ad. Si tratta di uno spostamento continuo che incide significativamente sulla (non) regolarità nella frequenza, anche quando il paziente ne avverta la necessità, ad esempio quando deve lottare contro i sintomi di astinenza. Le eventuali richieste d’aiuto, che tuttavia molto raramente sembrano avere margini per arrivare alla definizione di una relazione duratura con il centro, hanno ovvie conseguenze in termini di presa in carico e possibile risoluzione del problema.

L’alto grado di imprevedibilità dei percorsi tracciati dai pazienti li porta così, in molti casi, a scomparire da un giorno all’altro (e da un’ora all’altra) da un centro che nel frattempo, attraverso riunioni, discussioni di caso e rari corsi di formazione offerti dalla municipalità agli operatori, sperava di aver pianificato una effettiva presa in carico efficace. Una scomparsa che, come si è visto nel caso di Douglas, spesso finisce per essere percepita come definitiva, lasciando gli operatori e gli altri pazienti con l’interrogativo sulla sorte dello scomparso, sul suo stato di salute e talvolta persino sul suo essere ancora in vita. Salvo poi scoprire la presenza del paziente poco tempo dopo in un altro luogo della rete di assistenza (la Casa Transitoria, l’ospedale generale, o magari un gruppo di sostegno di una chiesa) senza che ciò venga comunicato.

In molti casi, il passaparola fra i pazienti, l’incontro casuale in alcuni luoghi pubblici come piazze o bar, oppure un’indicazione raccolta per strada o nel corso di una visita domiciliare, sono gli unici elementi in grado di mantenere una fragile relazione tra utente e servizio.

Douglas non rappresenta un caso isolato. Nel corso dell'etnografia è emerso come ancor più degli adulti siano i più giovani a manifestare insofferenza per i tempi ed i modi della presa in carico e dei trattamenti proposti, rifiutando la medicazione, non presentandosi agli appuntamenti, fino a scomparire improvvisamente. Ne risulta così che i casi di scarsa partecipazione alle attività proposte – anche quelle sperimentali come la musica o la danza – fra gli adolescenti sono elevatissimi, a detrimento di un trattamento spesso pianificato su un arco temporale di più mesi.

Luna, Arianna e i loro colleghi non hanno mai nascosto come con nove adolescenti su dieci non si possano conseguire risultati soddisfacenti. La difficoltà di stabilire relazioni prolungate fra questi ragazzi e il servizio emerge frequentemente nelle quotidiane riunioni di équipe. Seduti attorno al grande tavolo rettangolare nella sala le cui finestre danno sull'ingresso del centro, oppure quando fa caldo sistemandosi nell'ampio cortile interno, gli operatori – quelli che concludono il loro turno mattutino e quelli che cominciano il pomeridiano – si ritrovano per un'ora a discutere insieme dei casi più urgenti o complessi, oltre che per dare conto delle attività svolte. A turno, partendo da chi ha le comunicazioni più urgenti, ciascuno prende la parola, sottoponendo ai colleghi le novità e le evoluzioni relative ai casi seguiti più da vicino. Uno dei presenti si occupa di verbalizzare in un grande quaderno con la copertina rigida. I casi dei pazienti più giovani vengono in genere seguiti e discussi con più attenzione, anche perché molto spesso, alla fine della riunione o in altri momenti della giornata, gli operatori vedono apparire nella sala d'attesa madri, nonne, sorelle maggiori venute anche da quartieri molto distanti a chiedere consigli o verificare l'andamento della situazione. È in queste condizioni che le discussioni dell'équipe finiscono spesso per lasciare da parte il singolo caso specifico, configurandosi piuttosto come momenti di riflessione o di critica rispetto a una realtà più ampia, nella quale sembrano costituirsi le premesse sociali dei propri fallimenti.

«[...] Adesso c'è anche questa novità di Juan – dice sconsolata Luna, aprendo la cartella del paziente – La madre è preoccupata perché lui ha promesso di ammazzare Geovana non appena lo fanno uscire dalla clinica; pare che abbia saputo che lei lavora in un bordello, dietro la statua del Cristo». Arianna alza gli occhi dal foglietto su cui stava appuntandosi delle cose: «Quelli si sono innamorati qui dentro, adesso non vorrà mica venire ad ammazzarla qui dentro? – esclama con enfasi – Piuttosto lasciamolo nella clinica!». «Non si può – ribatte Luna – la *Prefeitura* non ha rinnovato la partnership con la clinica, per cui alla fine dei sei mesi lo faranno uscire. La mamma è disperata». In soccorso di Arianna che sembra non sapere cosa rispondere, interviene Sandra: «L'altro giorno mi si è presentata la

mamma di Victor, aveva un foglietto con una lista di cliniche, voleva sapere quale era meglio per ricoverare il figlio [...]». «Perfetto – esclama Arianna – mettiamole in contatto e se la vedono loro. Risolto!»

La risata collettiva sembra sciogliere il clima di tensione e impotenza creatosi. Luna ripone la cartella di Juan e la discussione si sposta, come spesso accade, sulla fatica a far aderire adolescenti e giovani ai trattamenti.

«Come faccio io, in un'ora la settimana, a costruire una relazione di fiducia con chi non ha mai riconosciuto un minimo di autorità in vita sua?», sostiene Sandra, oggi psicologa in servizio al CAPS-AD dopo aver per molti anni lavorato nella scuola pubblica. La stessa Sandra ha in più occasioni segnalato, quale con-causa dei problemi sperimentati nel CAPS, proprio l'incapacità da parte dell'istruzione pubblica di garantire un'adeguata formazione – fatta anche di rispetto della disciplina richiesta dai professori – ai ragazzi, così come di attivarsi nella presa in carico dei loro problemi sociali complessivi, al di là del loro rendimento scolastico. Secondo Sandra a una “*consolidata abitudine*” alla non frequenza scolastica è quasi scontato che vada ad aggiungersi una “*legittimità*” della non frequenza – e dunque una non-efficacia – nell'adesione al trattamento di disintossicazione. Tali difficoltà sembrano poi non riguardare solo il CAPS-AD, ma più in generale il rapporto tra servizi socio-sanitari, educativi e di formazione professionale e una consistente parte della popolazione adolescente brasiliana, presso la quale l'incidenza di droghe è da anni – anche in una città di medie dimensioni come Araraquara – in costante aumento (ANDRADE A.G. - DUARTE P.C.A.V. - OLIVEIRA L.G. 2010).

Ancora una volta, le dinamiche che fondano le relazioni umane e professionali all'interno del CAPS-AD possono essere lette nella loro complessità solo richiamando la dialettica fra le esperienze personali dei soggetti coinvolti e dinamiche di tipo strutturale e politico-sociale. In un Brasile la cui crescita economica sembra promettere un progressivo miglioramento delle condizioni di vita di una crescente percentuale dei suoi abitanti, il CAPS-AD diviene così lo specchio attraverso cui emerge la questione della fragilità strutturale dei più giovani in quei contesti di povertà, marginalità e violenza che i cambiamenti nei tessuti urbani sembrano soprattutto delocalizzare in aree periferiche piuttosto che contrastare o eliminare.

Benefici secondari e crisi di équipe

La questione della scarsa adesione alle terapie e ai servizi offerti non riguarda solo la volontà o i percorsi biografici dei pazienti, ma chiama

in causa la stessa capacità operativa del CAPS-AD di configurarsi come un polo di attrazione funzionale ai loro molteplici bisogni. In effetti, l'analisi dei rapporti che si instaurano o meno fra operatori e pazienti non può prescindere da una contestualizzazione che tenga conto della relazione fra questo servizio, le altre strutture della rete dell'assistenza pubblica e, più in generale, la realtà sociale in cui si situa. Assistere alle riunioni quotidiane dell'équipe è stato in questo senso fondamentale per cogliere le ragioni della consapevolezza della non-efficacia – percepita in primo luogo dagli operatori stessi – delle pratiche. Il centro, così come è oggi strutturato, mostra di dover continuamente modificare la configurazione delle propria attività per cercare essenzialmente di non perdere il contatto con i propri pazienti, considerando ciò come un risultato quasi insperato; oppure, peggio ancora, per evitare di trasformarsi in un luogo di semplice somministrazione di farmaci e concessione di piccoli aiuti ai *dependentes quimicos* quando questi fanno la loro improvvisa comparsa.

È questo il caso, particolarmente rilevante e spesso dibattuto nel corso delle riunioni, del cosiddetto “*ganho secundário*” (beneficio secondario) costantemente cercato dai pazienti e del quale gli operatori sono spesso ben coscienti. Dato che molti pazienti, soprattutto quelli più esperti, sono consapevoli in merito ai propri diritti e alle implicazioni burocratiche che sottintendono la loro presa in carico, essi arrivano a sviluppare diverse strategie per ottenere tutti i vantaggi possibili che un'adesione alle iniziative del CAPS-AD – anche solo attraverso la mera presenza in alcuni momenti chiave – può fornire loro. Da qui la definizione usata dagli operatori di “beneficio secondario”, ovvero la possibilità per il paziente di richiedere quella consulta medica o infermieristica capace di garantirgli, in cambio di pochi minuti o al massimo qualche ora d'attesa, una ricetta per ottenere farmaci (probabilmente da scambiare poi con droghe in una delle tante *bocas de fumo*, i luoghi di spaccio), biglietti gratis di autobus per spostarsi nella città e altri benefici di tipo alimentare e logistico. Chiaramente l'ottenimento di tali benefici non è automatico, data la consapevolezza di medici e infermieri circa l'effettiva volontà di aderire al trattamento dei pazienti, specie quelli conosciuti da tempo e le cui strategie sono ormai chiare. Tuttavia, le difficoltà in cui i relativamente pochi operatori del centro devono operare quotidianamente e il rischio di perdere completamente il contatto con questi pazienti se non si concedono loro alcuni benefici, fanno sì che la questione del “*ganho secundário*” resti un elemento ambivalente e tuttavia centrale nella relazione operatore-paziente. Un elemento che, tuttavia, sembra incidere negativamente sul morale di alcuni operatori. Seduta ad uno dei lati lunghi del tavolo, verso la fine

di una riunione segnata anche dal caldo afoso di fine gennaio, Arianna interrompe Pamela, l'assistente sociale del centro intenta a fare il punto su alcuni pazienti e i rispettivi tecnici di riferimento:

«Io, con alcuni (pazienti), non voglio più avere niente a che fare. L'ho già detto: non mi faccio prendere in giro. Io sono fatta così e qualcuno già quando lo vedo che entra dalla porta, già mi arrabbio [...]» Al tentativo, come sempre pacato, di Pamela di rispondere che se tutti facessero così sarebbe impossibile lavorare, Arianna risponde con tagliente ironia: «Non mi interessa. Li riceve Adriano (infermiere presso il CAPS-AD). Lui è buono, è religioso [Adriano è evangelico, il che in genere viene associato a un particolare zelo e spirito "missionario"] e ha pazienza. Io no!».

Mentre parla, Arianna sorride e guarda Adriano, seduto all'altro capo del tavolo, il quale accenna anche lui un sorriso e abbassa gli occhi.

A questo tipo di difficoltà sperimentate quotidianamente si aggiungono questioni più direttamente legate al rapporto con la *Secretaria de Saúde* – le condizioni igienico-sanitarie del luogo di lavoro giudicate insufficienti, la timbratura del cartellino biometrico che mal si adatta ai loro ritmi e compiti, la costante carenza di materiali per svolgere le attività – e a un'opinione pubblica sempre pronta a riproporre il tema dell'emergenza nella gestione della dipendenza chimica. Vari operatori – e non solo Arianna – hanno apertamente dichiarato una progressiva demotivazione rispetto al proprio lavoro, oltre a un forte disagio di fronte ad alcuni pazienti dai quali si sentono raggirati. Emerge allora con forza, nelle riunioni di équipe così come nelle conversazioni informali, la necessità di ridefinire le premesse teoriche e di una formazione specifica sulla salute mentale, in particolare sul lavoro con la dipendenza, da loro ritenuta insufficiente. Mancando tale formazione, capace di attivarsi anche e soprattutto nei momenti di incertezza e di demotivazione, per molti operatori l'esperienza continua a essere fatta nella pratica attraverso il principio dell'*errando discitur* o in base a percorsi biografici (ad esempio familiari, o dovuti al quartiere nel quale si è cresciuti) segnati dalla prossimità con casi di alcolismo e/o dipendenza chimica. In questo caso, tuttavia, la capacità di comprendere e affrontare con maggiore consapevolezza casi particolarmente complessi è solo parzialmente in grado di bilanciare la fatica di un lavoro in cui l'implicazione emotiva è continuamente chiamata in causa.

A tutto ciò si aggiunge il già menzionato problema di un organico insufficiente, con l'équipe che conta un terzo del personale inizialmente previsto per il corretto funzionamento del centro. Questa condizione – che da eccezionale è andata nel corso del tempo sclerotizzandosi – porta necessariamente a una continua ridefinizione del *cronograma* delle attività e più in

generale delle già di per sé fragili strategie di presa in carico dei pazienti, nel tentativo di mantenerli vincolati al servizio pur in presenza di costanti vuoti nell'organico. Comporta, inoltre, la necessità per gli operatori di mettere costantemente le proprie competenze alla prova di situazioni di emergenza, compiendo il lavoro che altri dovrebbero fare e per il quale non si è preparati, con il rischio poi di sentirsi dire che il CAPS-AD non riesce a fornire risposte adeguate alle aspettative della comunità.

Gli operatori parlano ormai apertamente di un processo di “*adoecimento*” (l'ammalarsi) dell'équipe, tentando attraverso tale definizione di raffigurare semanticamente le difficoltà vissute nella pratica lavorativa in un contesto istituzionale e sociale percepito come indifferente e persino ostile, ma anche cercando di farne uno strumento di lotta e di affermazione del proprio disagio. I congedi per malattia si sono così moltiplicati nel corso degli ultimi mesi. Alcuni operatori, come Dora, sostengono che le insoddisfacenti condizioni di lavoro sono causa del suo disagio e dei suoi numerosi recenti ritardi:

«Una volta arrivavo sempre puntuale; io non sono mai stata in ritardo al lavoro, in vita mia. Ora non faccio altro che accumulare ritardi ogni giorno... senza volerlo... una volta il traffico, una volta mio figlio... Eppure fino a poco tempo fa non mi capitava mai».

Ramona, psicologa, nel corso di una riunione è arrivata ad affermare che considera ormai il proprio lavoro, privo di stimoli e motivazioni, come una sorta di prostituzione:

«Io vengo a lavorare perché ho bisogno di soldi, altrimenti ne farei a meno. Non mi interessa niente dei pazienti che ti prendono in giro, della *Secretaria* [...] Lavoro perché mi serve il denaro. Come una prostituta [...]»

Conclusioni. Il bisogno di una “Rete”

Se per i primi mesi di vita il CAPS-AD è stato considerato dalla gerente della salute mentale come la “*menina dos olhos*” (il pupillo) – per usare un'espressione a lei spesso attribuita con una certa ironia dagli operatori – dei servizi di salute cittadini, con il tempo l'équipe ha finito per sviluppare la percezione che il servizio sia diventato, nella pratica, un luogo di lavoro dequalificante e meno considerato di altri centri della salute primaria e specialistica. Oltre alla relazione tra gli operatori e i pazienti, anche quella più ampia tra il CAPS-AD e la rete municipale dei servizi finisce necessariamente per risentire di tali premesse. Ne deriva l'apparente incapacità ad articolare un dialogo costante fra differenti servizi e livelli di presa

in carico, volto alla cooperazione nella gestione di pazienti che, come si è visto, tendono a muoversi in maniera libera, continua e imprevedibile all'interno della rete. Questo nonostante il concetto stesso di "rete" sia considerato centrale a livello di impostazione teorico-metodologica dell'assistenza pubblica (DOS SANTOS SCHNEIDER A.R. 2009) e fondi spesso il discorso politico locale, come emerso nel corso dei due Forum della Salute Mentale tenutisi ad Araraquara nel 2012 e nel 2013⁽⁶⁾.

La reale distanza fra premesse teoriche della presa in carico e realtà dei fatti può essere riassunta dall'analisi della questione – peraltro centrale in un paese in cui ospedali psichiatrici e cliniche specializzate sembrano costituire ancora oggi una delle risposte "ovvie" nella presa in carico della malattia mentale e della dipendenza chimica – del ricovero. La presenza di numerose strutture private (molte di impostazione religiosa) per le quali il ricovero di pazienti e le partnership con le amministrazioni locali costituiscono grandi fonti di introiti, unita alla diffusa convinzione anche in sede di dibattito politico sulla centralità dell'internamento nel processo di recupero o contenimento della dipendenza, fa sì che il Brasile non abbia ancora investito in maniera strutturale sulla salute mentale comunitaria (DOS SANTOS REINALDO A.M. 2008). Il ricovero finisce così per diventare una "soluzione" che, quando non suggerita dall'autorità giudiziaria attraverso l'ingiunzione di internamenti coatti, viene molte volte richiesta espressamente dalle famiglie stesse dei dipendenti, alle quali appare un modo legittimo per risolvere in maniera rapida ed efficace il difficile problema della convivenza con il malato, tanto più se non si trova nell'assistenza pubblica l'aiuto sperato. La questione assume contorni ancora più contraddittori nel momento in cui la si analizzi dal punto di vista degli operatori, nel caso specifico quelli del CAPS-AD che ne sono in particolar modo sollecitati. A partire dall'analisi critica del proprio contesto lavorativo, delle difficoltà nella pratica quotidiana, di quella sensazione di impotenza e di essere lasciati soli nell'aver a che fare con la parte più complicata della popolazione dei servizi, persino Ramona, Sandra o Dora arrivano mestamente a considerare il ricovero psichiatrico come una via d'uscita – seppure di ripiego – a problemi che dovrebbero essere invece affrontati in rete sul territorio. La soluzione in fin dei conti più pratica, in un contesto di continua emergenza con pazienti che, in numero considerevole, tendono a non seguire o abbandonare i percorsi terapeutici, oppure a presentarsi solo quando necessitano di medicazione, costringendo gli operatori a continue modifiche di orari, di giorni, persino di attività per cercare di tenerli quanto più possibile vincolati al servizio.

Se il CAPS-AD è nato con lo scopo di ridurre il numero dei ricoveri promuovendo attività e forme di presa in carico alternative, nei fatti – e paradossalmente – la maggior parte delle ospedalizzazioni di Araraquara sembra passare proprio da qui. È questo il centro che, su sollecitazione degli operatori della salute basica, di altri centri di salute specializzati o del settore giudiziario, più di altri indirizza pazienti e familiari verso ospedali e comunità terapeutiche. È quindi inquietante, ma non sorprendente, constatare che la parte della rete con cui il CAPS-AD più interagisce e collabora – oltre agli ospedali psichiatrici e alle cliniche private – sia proprio quella giudiziaria (tribunale dei minori, polizia, *Conselho tutelar*) da cui provengono le più frequenti richieste di presa in carico e gestione dei pazienti.

Da alternativa all'internamento a luogo di smistamento di ricoverati: questa sembra essere divenuta, agli occhi degli operatori, la funzione del CAPS-AD. Ben altra cosa rispetto alle premesse con cui il centro era stato creato e alle sue prospettive di intervento sul territorio⁽⁷⁾.

La necessità di un drastico cambiamento rispetto all'attuale situazione, a partire da una ridefinizione dei rapporti con i differenti livelli del contesto al cui interno il CAPS-AD opera – dalla attenzione che la *Secretaria de Saúde* dovrebbe fornire, al rapporto con il tessuto cittadino, con la politica e con i media che orientano l'opinione pubblica – è una delle principali questioni attorno alle quali ruotano sia le difficoltà attuali degli operatori del centro sia le loro aspettative in merito alla sua capacità di dialogare con le diverse esigenze dei potenziali pazienti. Soprattutto perché, come si è visto attraverso le considerazioni di Arianna, oppure di Ramona, i lavoratori del CAPS non sembrano (più) avere le risorse e le motivazioni capaci di modificare lo stato delle cose, perdendo l'entusiasmo iniziale e preferendo vivere alla giornata in un servizio che anche ai loro occhi appare inadeguato.

Tuttavia, prima ancora di mancanze comunque importanti quali la ridotta sinergia con gli altri centri di salute della città o l'organico al minimo, la contraddizione di base con cui ci si deve confrontare sembra essere l'idea, molto diffusa, che basti creare un centro specializzato nel trattare la dipendenza da alcool e droghe perché questo diventi, automaticamente, un punto di riferimento per i dipendenti stessi. Le accortezze nel situare la struttura nel cuore della città perché fosse facilmente raggiungibile – decisione che peraltro la colloca in conflitto costante con un vicinato che non ha accettato la presenza di dipendenti nel quartiere – o nel costruire un *cronograma* delle attività secondo profili e necessità dei differenti

gruppi di pazienti, hanno mostrato tutte le loro lacune. Soprattutto, è particolarmente sentita la mancanza di efficaci strategie per misurarsi con le spinte centrifughe costantemente messe in atto dai pazienti, derivanti dal desiderio di non accettare quanto è loro unilateralmente proposto come un beneficio e dalla volontà di non piegarsi alle aspettative sociali che accompagnano la vita in un quartiere, una famiglia, un lavoro, un luogo di cura.

In questo senso, emergono invece le potenzialità di un'etnografia capace di lavorare con strumenti interpretativi adeguati su relazioni apparentemente fragili rispetto a realtà sociali in continuo mutamento, accompagnando i percorsi di Douglas, di *Anteninha* e di altre presenze autonome in movimento negli spazi urbani. Ancora una volta, è attraverso la dialettica costante fra i soggetti, le pratiche e i luoghi che costruiscono l'etnografia e dinamiche di tipo strutturale, politico ed economico a diversi livelli di scala, che si possono cogliere le cause e le contraddizioni delle complesse relazioni fra i diversi agenti sociali nel campo delle dipendenze. Chiedere al CAPS-AD di funzionare, o di modificarsi fino a funzionare, in un contesto politico-sociale che crea le condizioni per il suo stesso fallimento, appare allora utopistico. Una constatazione, questa, che tuttavia può e deve sollecitare un confronto pubblico sulle premesse politiche ed economiche, di scala nazionale – e internazionale – di tale fallimento.

Note

⁽¹⁾ Nel corso del triennio 2011-2014 il Dipartimento Uomo & Territorio dell'Università degli studi di Perugia, con il finanziamento della Regione Umbria, ha elaborato e realizzato il progetto di ricerca comparativa fra Italia e Brasile "*Politiche, cittadinanza e reti di salute mentale comunitaria: un programma cooperativo di ricerca e scambio culturale fra Italia (Regione Umbria) e Brasile (Municipi di Araraquara e di São Carlos, Stato di São Paulo)*". Il referente per la Regione Umbria della iniziativa è Marcello Catanelli che vorrei qui ringraziare. Il responsabile scientifico del progetto è Massimiliano Minelli. La ricerca in équipe sul terreno è durata oltre 18 mesi negli anni 2011-2013. All'interno di tale lavoro d'indagine si situa l'etnografia sull'attività di questo specifico centro di salute di Araraquara.

⁽²⁾ Tali comportamenti possono essere una crisi di astinenza, un atteggiamento aggressivo, ma anche semplicemente il caso di un individuo che abbia scelto di sedersi a terra a bere la propria bottiglia di *cachaça* nel posto sbagliato, magari nei pressi di un'elegante boutique, disturbando il passaggio delle clienti.

⁽³⁾ In alcuni casi, peraltro rari, è capitato di assistere a persone che chiedessero volontariamente di essere ricoverate nell'ospedale psichiatrico di riferimento ad Araraquara, la Casa Cairbar Schutel, di impostazione spiritista, o in una clinica.

⁽⁴⁾ La questione del ricovero, volontario o coatto, in ospedali psichiatrici e altre strutture simili è oggi assai presente nel dibattito politico brasiliano. Diverse posizioni si confrontano, sia riprendendo una prospettiva anti-manicomiale pluridecennale in dialogo con l'esperienza ba-

sagliana in Italia (NICACIO F. - AMARANTE P. - DIAS BARROS D. 2000) sia, al contrario, sostenendo (anche con campagne politiche e mediatiche) il ricovero come apparente “soluzione finale” al problema delle *Cracolândias* e del diffuso consumo di sostanze, in particolare nelle grandi città. In questo senso va inquadrato il programma di “*internação compulsória*”, ovvero coatta, di dipendenti da droghe (ma, in pratica, si parla di crack) entrato in vigore dal 21 gennaio 2013 nello Stato di São Paulo.

⁽⁵⁾ In questo senso è opportuno sottolineare come la ricerca al cui interno si inserisce questo contributo, e di conseguenza l’etnografia, si sia svolta essenzialmente dentro al sistema di salute pubblico, occupandosi in maniera marginale di realtà come le cliniche private di lusso destinate al recupero dalle dipendenze, alle quali si rivolge un altro tipo di clientela con maggiore potere economico.

⁽⁶⁾ Il 31 agosto 2012, presso la sede di Araraquara della Universidade Paulista (UNIP), università privata presente in varie città dello Stato di São Paulo, si è tenuto il *I Fórum Regional de Saúde Mental*, cui hanno partecipato rappresentanti dei servizi di salute primaria e secondaria di Araraquara, São Carlos e altre città vicine. Il tema scelto come titolo per l’evento era “Ripensando pratiche e tessendo reti”. Il 18 ottobre 2013, nello stesso spazio, ha avuto luogo il *II Fórum*, dedicato a “Mutamenti e sfide nella (ri)costruzione del processo di lavoro”. Fra i temi affrontati, particolare rilevanza ha assunto la costituzione della *RAPS*, la Rete di attenzione psico-sociale su scala regionale.

⁽⁷⁾ Per fronteggiare il venire meno della motivazione e della vocazione iniziale del centro, oggi si stanno discutendo a livello municipale e statale possibili strategie di miglioramento dei servizi dedicati alla dipendenza. Tra di esse c’è anche la trasformazione del CAPS-Ad in CAPS III, una struttura complessa, aperta 24 ore anche nei giorni festivi e con una disponibilità di posti letto (tra i sei e i quindici). Attualmente, tuttavia, la legge prevede tale tipo di servizio solo per le città con almeno 500.000 abitanti.

Bibliografia

DE ANDRADE ARTHUR GUETTA - DUARTE Paulina do Carmo Arruda Vieira - DE OLIVEIRA LUCIO GARCIA (2010), *I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], Brasília.

BOURGOIS Philippe - SCHONBERG Jeff (2011), *Reiitti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana*, DeriveApprodi, Roma [ediz. orig.: *Righteous dopefiend. Homelessness, addiction, and poverty in urban America*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles, 2009].

DE MARTINO ERNESTO (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all’analisi delle apocalissi culturali*, GALLINI Clara (a cura di), Einaudi, Torino.

DOS SANTOS REINALDO AMANDA MÁRCIA (2008), *Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária*, “Escola Anna Nery. Revista de enfermagem”, vol. 12, n. 1, marzo 2008, pp. 173-178.

DOS SANTOS SCHNEIDER ALESSANDRA RITZEL (2009), *A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental*, “Revista Ciência & Saúde” (Porto Alegre), vol. 2, n. 2, luglio-dicembre 2009, pp. 78-84.

FARMER Paul (2003) *Pathologies of power. Health, human rights and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley (California).

NICACIO Fernando - AMARANTE Paulo - DIAS BARROS Denise (2000), *Postfazione. I movimenti per la salute mentale in Brasile dagli anni Ottanta*, pp. 233-257, in BASAGLIA Franco, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano.

SCHEPER-HUGHES Nancy - BOURGOIS Philippe (2004), *Violence in war and in peace*, Blackwell, Oxford.

Scheda sull'Autore

Nato a Perugia il 28 ottobre 1979, Michelangelo Giampaoli é attualmente assegnista di ricerca presso il Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione dell'Università degli studi di Perugia.

Nel febbraio del 2010 ha conseguito il dottorato di ricerca nell'ambito del Dottorato internazionale in etnologia e antropologia, discutendo una tesi in co-tutela fra l'Università di Perugia e l'Université de Paris Ouest Nanterre - La Defense, dal titolo: "*Al di là dei limiti. Vita e trasgressione quotidiana al Père-Lachaise a Parigi (Dépasser les limites. Vie et transgression quotidienne au Père-Lachaise à Paris)*", tutor la professoressa Cristina Papa, co-tutor il professor Raymond Jamous.

Avvicinatosi all'antropologia attraverso un percorso formativo di tipo storico e storico-artistico, ha cercato di diversificare i propri approcci alla disciplina, orientando le sue ricerche su differenti soggetti.

Le due tesi di laurea, conseguite tra il 2004 ed il 2006, gli hanno permesso di studiare la campagna umbra, il ripopolamento di quest'ultima anche ad opera di comunità neo-rurali e di sviluppare quindi una conoscenza puntuale di tali esperienze comunitarie nell'Italia centrale, lette attraverso un'analisi comparativa con esperienze simili sviluppatasi in Europa e negli Stati Uniti.

Gli anni di ricerca in Francia, che hanno portato alla stesura della tesi di dottorato sul cimitero parigino del Père-Lachaise lo hanno spinto ad occuparsi quindi di antropologia urbana, con particolare attenzione ai luoghi della morte e della memoria (individuale e collettiva) e alle pratiche devozionali che sono connesse. Inoltre, nella riflessione teorica, la sua attenzione si è particolarmente centrata sulla tematica interdisciplinare della trasgressione.

Attualmente egli si occupa di etnopsichiatria e salute mentale comunitaria nell'ambito di una ricerca condotta fra l'Italia (Regione Umbria) e il Brasile (Stato di São Paulo), Paese dove ha prevalentemente vissuto negli ultimi tre anni. All'interno di tale ricerca, si occupa con particolare attenzione del rapporto fra salute mentale e dipendenza chimica (alcool, crack e altre droghe), attraverso un'etnografia condotta in aree di grande incidenza – e conseguente vulnerabilità sociale – di tale complesso fenomeno in due città dell'interno dello Stato di São Paulo.

Riassunto

Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per alcool e droghe (CAPS-AD) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile)

Dal maggio del 2011 nella città di Araraquara, Stato di São Paulo, Brasile, l'amministrazione locale ha creato il *Centro de atenção psicossocial especializado no atendimento aos dependentes de álcool e drogas (CAPS-AD)* per rispondere, in maniera alternativa al ricovero obbligatorio in cliniche psichiatriche, all'emergenza sociale legata all'aumento, soprattutto fra i più giovani, del consumo di sostanze stupefacenti, in particolare crack. I primi due anni di attività hanno messo in evidenza le difficoltà del centro e di coloro che vi lavorano nel costruire percorsi terapeutici strutturati e prolungati a fronte di una notevole mobilità degli utenti. Assieme all'alto grado di imprevedibilità dei percorsi tracciati dai pazienti e con la differenziazione nei loro profili, tale mobilità sembra generare una marcata provvisorietà nelle relazioni fra operatori e utenza. Fornire risposte adeguate a tale varietà di casi porta spesso il servizio a ridefinire le proprie attività e competenze, il cronogramma e più in generale le strategie di presa in carico. L'etnografia permette di analizzare criticamente – inquadrandoli dentro più vaste dinamiche sociali e politiche – da un lato i molteplici percorsi biografici che fondano la precarietà della presenza dei pazienti, dall'altro le dinamiche strutturali in cui si iscrive la crisi operativa del Centro.

Parole chiave: dipendenza, salute, de istituzionalizzazione, presenza, politiche sanitarie.

Résumé

Projets thérapeutiques et précarité des relations avec les patients au Centre d'Accompagnement Psychosocial - Alcool et Drogues (CAPS-AD) de Araraquara (État de São Paulo, Brésil)

Depuis mai 2011, l'administration locale de la ville de Araraquara, dans l'état de São Paulo, au Brésil, a créé le *Centro de atenção psicossocial especializado no atendimento aos dependentes de álcool e drogas (CAPS-AD)* pour apporter une réponse à une véritable urgence sociale qui concerne surtout les jeunes : la consommation de stupéfiants, en particulier de crack. Ce centre a été mis en place dans le but d'offrir une alternative à l'hospitalisation obligatoire en clinique psychiatrique.

Au cours de ses deux premières années d'activité, le personnel du centre a rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de parcours thérapeutiques structurés et prolongés, du fait d'une grande mobilité des patients. Cette importante mobilité, des parcours souvent imprévisibles ainsi que des profils extrêmement divers chez les

patients engendrent une grande précarité des relations avec le personnel de l'établissement. Afin de traiter cette variété de cas de figure de façon adéquate, ce service doit souvent redéfinir la planification de ses activités, ses compétences et les stratégies de prise en charge.

Dans ce cadre, tout en intégrant de plus vastes enjeux sociaux et politiques, l'ethnographie mène une analyse critique sur deux fronts : d'une part, elle étudie les différents parcours des patients, cause de leur présence précaire dans le dispositif ; de l'autre, elle se penche sur les dynamiques structurelles auxquelles la crise opérationnelle du *CAPS-AD* est profondément liée.

Mots clés: addiction, santé, désinstitutionnalisation, présence, politiques de santé.

Resumen

Proyectos terapéuticos y relaciones temporarias en la práctica del Centro de Asistencia Psicosocial para el alcohol y las drogas (CAPS-AD) de Araraquara (Estado de São Paulo, Brasil)

Desde mayo del 2011 en la ciudad de Araquara, Estado de San Pablo, Brasil, la administración local ha creado el CAPS-AD, un centro especializado en alcohol y drogas. Esto ha sido hecho para responder – de modo alternativo a la recuperación obligatoria en clínicas psiquiátricas – a la emergencia social vinculada al aumento, sobre todo entre los más jóvenes, del consumo de sustancias estupefacientes, en particular el crack. Los primeros dos años de actividad han puesto en evidencia la dificultad del centro y de aquellos que trabajan en la construcción de itinerarios terapéuticos estructurados y prolongados, a causa de la notable movilidad de los usuarios. Junto al alto grado de imprevisibilidad de los recorridos trazados en los pacientes y con la diferenciación de sus perfiles, una tal movilidad genera una gran provisionalidad en las relaciones entre trabajadores y pacientes.

Para proveer respuestas adecuadas a una tal variedad de casos, frecuentemente el servicio debe redefinir las propias actividades y competencias y más en general las estrategias de responsabilidad. La etnografía permite analizar críticamente – encuadrándolas dentro de una dinámica política y social más vasta – de un lado los múltiples itinerarios biográficos que fundan la precariedad de la presencia de los pacientes, del otro lado las dinámicas estructurales del centro en las cuales se inscribe la crisis operativa del CAPS-AD.

Palabras clave: adicción, salud, desinstitutionalización, presencia, políticas de salud.

Abstract

Therapeutic projects and short-term treatment in use in a Psychosocial Support Center for drug and alcohol abuse (CAPS-AD) of Araraquara (São Paulo state, Brazil)

Since May 2011 in the city of Araraquara, in the State of São Paulo, in Brazil, the local council has created the *Centro de atenção psicossocial (CAPS-AD)* specialized in the psychosocial care of alcohol and drug-addicted. The CAPS-AD answers, in an alternative way, to the compulsory admission to psychiatric hospitals, and to the social emergency connected to the increase of the assumption of drugs (crack in particular), especially among young people. The first two years of activity have shown the problems of the centre and the people who work there: it is difficult to prepare well-structured and long therapies because the patients come and go often. The relation between workers and patients is too temporary, and it is complicated each time to predict what it is going to happen to a particular patient, because they have different psychological profiles.

Giving a suitable answer to such a variety of cases leaves often the service to plan its activities, competencies and in general its strategies over and over again.

Ethnography analyses, in a critical way, on one hand the personal story of the patients that usually explains their lack of presence (their personal stories are understood in a broader social and political dynamic); on the other hand the structural dynamics that determine the operational crisis of the Centre.

Keywords: addiction, health, deinstitutionalization, presence, health policies.