



Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale in
Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea Magistrale

La motivazione dei professionisti che lavorano nei servizi per la alcol/tossico dipendenza

Un confronto tra Nairobi e Milano

Relatrice

Prof.ssa Barbara DA ROIT

Laureanda

Giulia MESSINEO
Matricola 866005

Anno Accademico

2017 / 2018

*Per chi viaggia in direzione ostinata e contraria
col suo marchio speciale di speciale disperazione
e tra il vomito dei respinti muove gli ultimi passi
per regalare alla morte una goccia
di splendore,
di umanità,
di verità.*

(Fabrizio de André – Smisurata Preghiera)

Indice

Introduzione	1
Capitolo I. Motivazione professionale e servizi per le dipendenze	5
I.I. Trattare le dipendenze	6
I.II. I contesti nel trattamento delle dipendenze	9
I.III. Cosa motiva gli operatori? Riferimenti teorici principali	11
Capitolo II. La ricerca	17
II.I. Presentazione e obiettivi	17
II.II. Le scelte teoriche e metodologiche	20
II.III. I contesti in analisi	22
II.III.a. Aspetti socio-demografici	23
II.III.b. Riferimenti giuridici salienti	28
II.III.c. Gli enti	36
II.III.d. Quali dipendenze?	40
II.IV. Le interviste	44
Capitolo III. I risultati	47
III.I. Perché lavorare con le dipendenze?	48
III.II. La relazione con utenti e colleghi	59
III.III. La sicurezza	67
III.IV. Salari e contratti	72
III.V. L'organizzazione	77

Conclusioni	82
Bibliografia	90
Sitografia	93
Ringraziamenti.....	95

Introduzione

Cosa motiva i professionisti del sociale a lavorare *per* e *con* soggetti che fanno uso di sostanze? Si può dire che il contesto socio-economico e istituzionale e l'ambiente lavorativo in cui un servizio è collocato siano fattori che influenzano l'attività e la motivazione degli operatori che si occupano di dipendenze?

Nel panorama italiano – che pure non rappresenta un caso tra i più avanzati di sviluppo delle politiche e dei servizi sociali – l'impostazione di *Stato del benessere* di stampo europeo e occidentale inevitabilmente influenza in maniera considerevole la nostra concezione di lavoro sociale e le stesse modalità di svolgimento pratiche delle attività lavorative a esso correlate, fornendo delle linee guida importanti sulle quali costruire il nostro modo di *fare* ed *essere* professionisti. Del resto, la struttura pubblicistica del sistema di welfare italiano, ed europeo più in generale, nella Storia attuale attraversa un periodo di grande trasformazione e riorganizzazione (Rossi, 2014). Le tendenze diffuse sono infatti legate a crescenti tagli della spesa pubblica, corrispettivamente compensati dall'avanzata di processi di privatizzazione (Borgna, 2012), connessi perlopiù a un orientamento di managerializzazione nella gestione della *cosa pubblica* nel solco del processo di mondializzazione neo-liberista (Perocco, 2012). Questi cambiamenti in atto rischiano di scontrarsi con l'aumento delle richieste di aiuto e impongono, dunque, di ripensare le prestazioni offerte e trovare nuove spinte motivazionali per scongiurare i rischi di *burnout*. Di contrasto in un contesto come quello di Nairobi – e più in generale in Kenya – non esiste nemmeno un sistema nazionale cui poter fare riferimento nella progettazione e nell'erogazione delle prestazioni assistenziali. Per questa ragione, a offrire prestazioni di assistenza sono quasi esclusivamente enti e organizzazioni private, spesso internazionali, che hanno la possibilità di autoregolarsi relativamente a mission, obiettivi, accesso ed erogazione dei servizi, nonché politiche contrattuali per i dipendenti. Tutto ciò dà vita a uno scenario estremamente poliedrico e frammentato, spesso incapace di garanzie e sicurezze tanto per gli utenti quanto per i professionisti che lavorano nell'ambito dei servizi alla persona.

Iniziare, dunque, a guardare il lavoro sociale da un'altra prospettiva consente di ripensare ai nostri servizi, metterli in discussione, per poi riconfermare o criticare alcuni assunti dati per scontati nella nostra pratica quotidiana. Sottolineare le differenze ci obbliga a considerare i

punti in comune e a metterci in discussione in prima persona come (futuri) professionisti o progettatori delle prestazioni di welfare. Analizzare la altrui motivazione consente allora di lavorare sulla nostra in un'ottica creativa ed edificante che abbia ripercussioni positive sulle persone con le quali ci troviamo a condividere percorsi di cambiamento e, a volte, di cura.

Grande importanza ha avuto, per chi scrive questa tesi, la possibilità di avvicinarsi a questi temi e toccarli con mano in un contesto totalmente diverso ed estraniante rispetto a quelli sperimentati in precedenza nell'ambito di precedenti tirocini formativi alla professione di Assistente Sociale. La ricerca di cui questo elaborato tratta si è svolta, infatti, in due Centri diurni rivolti a ragazzi di strada con problemi di dipendenza da alcol/sostanze delle baraccopoli di Dandora e Korogocho (Nairobi, Kenya), afferenti entrambi all'organizzazione *Napenda Kuishi Trust*, a partire dalla seconda metà del mese di febbraio fino alla prima metà del mese di maggio dell'anno corrente, per un totale di 500 ore circa di osservazione sul campo. Qui, sono stati affiancati Coordinatori, Psicologi, Assistenti Sociali e Operatori delle strutture nello svolgimento delle loro mansioni quotidiane, legate alla presa in carico di percorsi riabilitativi rivolti a minori vulnerabili e dipendenti da sostanze psicotrope legali e illegali.

A termine dell'esperienza sono state condotte interviste semi-strutturate in profondità con tutti i membri dell'équipe keniota; le quali sono state riproposte a professionisti attivi in servizi per la alcol e tossico dipendenza nella Città Metropolitana di Milano.

È incontrovertibile che i bisogni sociali nei due contesti siano estremamente diversi e le soluzioni pensate per rispondere a queste richieste siano a volte molto distanti. D'altra parte, anche le sostanze assunte in questi ambienti sono molto differenti: secondo NACADA (NACADA, 2006), la *National Authority for the Campaign Against Drug Abuse*, in Kenya le sostanze più utilizzate sono in ordine di prevalenza alcol, tabacco, cannabis (e cannabinoidi in generale), miraa (una pianta locale dalle proprietà prevalentemente eccitanti, che viene masticata), inalanti (come colle, petroli e resine chimiche) e farmaci regolarmente prescritti assunti in quantità non-terapeutiche. Le finalità principali dell'assunzione, specie in questi contesti urbani informali, non sono tanto la ricerca di uno stato di coscienza alterato quanto il tentativo di evitare la sensazione di fame e ridurre al minimo l'assunzione di cibo. Se in un caso il consumo è quindi legato all'indigenza estrema, al facile procacciamento e al basso costo e, insieme, alla corrispettiva mancanza di appetito che segue l'assunzione di certe sostanze; nell'altro caso, in Italia, a Milano, il consumo sembra essere piuttosto legato ad attività e

ambienti sociali e ricreativi nei quali sono coinvolti tanto gli individui facenti parte delle fasce più povere della popolazione sia dei ceti medi o benestanti (Rugo, Pozzetti, 2010). D'altra parte, nello specifico nel capoluogo lombardo, i servizi per le dipendenze sono distinti tra consumo di alcolici o sostanze illecite e non contemplano obbligatoriamente una differenziazione per utenti minorenni o maggiorenni (salvo diverse disposizioni relative ai servizi residenziali, come le comunità terapeutiche), – come previsto dalla Legge 26 giugno 1990, n. 162 relativa a *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685*, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Le differenze nei due contesti sono quindi macroscopiche ed evidenti, a partire dall'organizzazione dei servizi. Tuttavia emerge in ogni caso l'importanza del tema della *motivazione* dei professionisti nel rapporto con gli utenti in carico. Per questa ragione appare estremamente interessante confrontare non tanto la motivazione al cambiamento da parte dei soggetti che si rivolgono (o che sono inviati) ai servizi, quanto la motivazione degli operatori che se ne prendono cura. È indubbio, infatti, che essere parte di un'organizzazione di matrice privata – e spesso di stampo religioso (come la quasi totalità delle NGOs attive nella capitale keniota, come anche quella in cui è stato svolto il periodo di osservazione) – abbia delle implicazioni a livello morale e personale che si ripercuotono anche sull'attività professionale. Diversamente, operatori pubblici, stipendiati da ATS e ASST, assunti tramite bando di concorso possono ugualmente essere mossi da ragioni etiche, politiche o religiose, ma in maniera meno significativa e meno diffusa.

Del resto, la motivazione e la soddisfazione dell'organizzazione dei servizi da parte dei professionisti viene proposta, in questo elaborato, come parte dell'*outcome* del servizio stesso. Infatti, all'interno dei due contesti, emergono differenze nella concezione del proprio ruolo che impattano anche su *cosa* gli operatori fanno e su *come* lo fanno. Episodi di insoddisfazione, *burnout* o piuttosto di gratificazione pubblica, riconoscimento e appagamento, così come un forte coinvolgimento etico-morale-religioso-comunitario o situazioni di disinteresse personale al tema o ancora posizioni più *liberal* hanno un peso nel modo di gestire il proprio lavoro e soprattutto il rapporto con i soggetti in carico.

Per questo motivo, nel corso dell'elaborato si procederà approfondendo dapprima il funzionamento dei servizi per le dipendenze (Capitolo I.I.) , nonché i riferimenti teorici principali

sul tema della motivazione professionale nell'ambito sociale e socio-sanitario (Capitolo I.II.). Si procederà, dunque, alla presentazione della ricerca condotta, focalizzandosi su obiettivi, scelte teoriche e metodologiche (Capitolo II.). Si daranno, a questo proposito, informazioni relative agli aspetti socio-demografici salienti, ai riferimenti giuridici principali e al consumo di sostanze sia per quanto riguarda Milano che Nairobi. Si descriverà infine lo strumento utilizzato per la ricerca e verranno esposti i risultati raccolti tramite le interviste in un'ottica comparativa e critica (Capitolo III.).

Come verrà illustrato più nel dettaglio, l'analisi dei dati raccolti tramite l'osservazione e le interviste ai professionisti mostra come esista una differenza nella motivazione confrontando i due contesti: negli slum di Nairobi, lavorare nel trattamento delle dipendenze appare essere una missione personale legata al benessere comunitario e al miglioramento delle condizioni sociali di tutti i cittadini; a Milano, invece, la presa in carico degli utenti alcol/tossico dipendenti è vista come l'opportunità di aiutare il singolo individuo a condurre una vita migliore, più sana e, potremmo dire, felice. L'ottica collettivistica da un lato e quella individualistica dall'altro, si ritrovano però nel momento in cui gran parte della soddisfazione professionale resta legata alle condizioni lavorative e contrattuali, che sono la ragione principale che spinge gli operatori a cercare occupazione in altri ambiti.

Ragionare su queste tematiche non solo ci dà la possibilità di confrontarci con *l'altro* e di pensare fuori dagli schemi, istituzionali o personali che siano. Paragonare differenti contesti e differenti modi e ragioni di esercizio delle professioni sociali e della loro programmazione e progettazione consente anche di lavorare sulle proprie capacità trasformative e creative, che risultano estremamente importanti in contesti dove è indispensabile ricavare il massimo dalle (troppo spesso, poche) risorse che si hanno a disposizione.

Capitolo I. Motivazione professionale e servizi per le dipendenze

La droga esiste da quando esiste l'essere umano, poiché sin dalla Preistoria l'uomo ha sempre cercato sostanze in grado di alterare il suo stato di equilibrio psichico, emotivo, affettivo (Rugo, Pozzetti, 2010). Possiamo affermare che il consumo di sostanze psicotrope svolga molteplici funzioni. Assumere droghe o alcolici serve infatti a dimenticare, ad allontanare paure o inquietudini, a divertirsi, a volte a curarsi, a stare meglio con gli altri o perfino da soli. La diffusione delle sostanze stupefacenti e del loro utilizzo è ormai una questione globale che riguarda ogni nazione e, all'interno di ciascuna nazione, ogni estrazione culturale, economica e sociale, nonché ogni fede religiosa (Rugo, Pozzetti, 2010). Inoltre, mentre l'età di approccio alle sostanze si è drasticamente abbassata, sono sempre più numerose anche le persone che iniziano il consumo in età adulta (Russo, 2011). Inoltre, sempre più spesso si assiste a forme radicate di poliabuso di sostanze, dovuto anche alla facilità nella reperibilità delle stesse e a un conseguente abbassamento dell'età media dei consumatori.

D'altra parte, le sostanze che si consumano e le motivazioni che portano a iniziare il processo di utilizzo e dipendenza variano in base ai contesti nazionali e locali: povertà o benessere del Paese e dell'ambiente, tipi di sostanze e facilità di reperimento influenzano infatti domanda e offerta di qualsiasi bene, incluse droghe e alcolici. Contestualmente a queste peculiarità, i servizi di trattamento, recupero, riabilitazione e reinserimento sociale prendono forma e si strutturano con modalità differenti, in relazione alle circostanze socio-ambientali nelle quali si collocano, cercando di rispondere al problema utilizzando strumenti diversi che sfruttino – almeno auspicabilmente – al meglio le risorse disponibili.

In riferimento a queste considerazioni, si cercherà, nei prossimi paragrafi (Capitoli I.I. e I.II.), di illustrare cosa significhi trattare le dipendenze, nonché quali siano i fattori che motivano al lavoro gli operatori dei servizi socio-sanitari. Di seguito ci interroghiamo su cosa implichi e cosa significhi per i professionisti lavorare con le dipendenze e, più in generale, nel settore socio-sanitario. Queste precisazioni teoriche sono necessarie per delineare il quadro conoscitivo e concettuale entro cui si colloca la ricerca.

I.I. Trattare le dipendenze

Per “dipendenza” si intende qui una compulsione, una *spinta ossessiva* (Russo, 2010) ad assumere sostanze allo scopo di sentirsi bene oppure di evitare di sentirsi male, che può essere distinta in *dipendenza fisica* e *dipendenza psicologica*. La prima interviene quando l’organismo, dopo aver sviluppato una tolleranza alla sostanza, sviluppa una vera e propria crisi di astinenza qualora il consumo ne fosse interrotto. La dipendenza psicologica, invece, si costituisce nella necessità di assunzione da parte di un individuo e può svilupparsi nei confronti di qualsiasi sostanza, azione o comportamento (Russo, 2010). In ogni caso, la dipendenza rappresenta un atteggiamento, acquisito in un determinato lasso temporale, che fa sì che si instauri un bisogno comportamentale che si intreccia con una valenza simbolica e psicologica per il soggetto dipendente. Infatti, l’individuo ricorre a questo comportamento per soddisfare alcune esigenze personali o sociali, di fronteggiamento di determinate situazioni, occasioni, relazioni o compagnie.

Trattare le dipendenze significa, in primo luogo, cercare di spingere le persone verso un cambiamento; accompagnarle, cioè, in un percorso complesso e articolato volto non solo all’interruzione dell’utilizzo della sostanza, bensì al raggiungimento di un nuovo equilibrio fondato sul benessere bio-psico-sociale.

A questo proposito, Miller e Rollnick (Miller, Rollnick, 1994) propongono un modello per stadi volto al trattamento delle dipendenze patologiche, riassunto nella cosiddetta «ruota del cambiamento» (Figura 1). Il fatto che si tratti di una ruota mostra come l’andamento del processo abbia natura circolare e ricorsiva, prima di raggiungere un nuovo equilibrio stabile, lontano dalla sostanza. In questo senso, gli autori riconoscono la ricaduta come un avvenimento normale, uno stadio del lungo percorso di cambiamento. Ciò non è certamente da intendersi come un’incitazione alla recidiva nei confronti del soggetto dipendente, piuttosto come una prospettiva di lavoro realistica che può essere utile a utenti e operatori per non lasciarsi scoraggiare o demoralizzare al suo probabile verificarsi.

Una seconda implicazione rispetto al modello riguarda, invece, il lavoro degli operatori: la presenza di molteplici stadi distinti è collegata a differenti approcci, abilità e attività da utilizzare nei diversi contesti e nelle diverse fasi. I professionisti coinvolti nel lavoro di trattamento della dipendenza devono, dunque, essere in grado di modificare il proprio stile di condu-

zione dei colloqui, delle sessioni terapeutiche, dei lavori di gruppo e di ogni altra attività in ragione della fase del processo che la persona ha raggiunto.

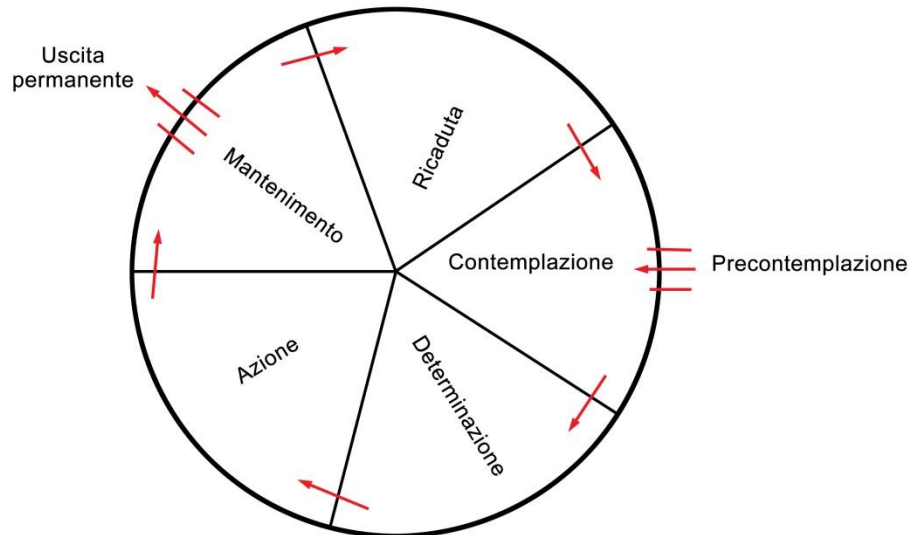


Figura 1 – La ruota del cambiamento. Elaborazione da Miller, Rollnick, 1994

Secondo gli autori (Miller, Rollnick, 1994), gli stadi del processo di cambiamento sono cinque. A questi pre-esiste un livello iniziale che consiste nel punto di partenza dal quale ha inizio il percorso di cambiamento vero e proprio. Questa è la fase della *precontemplazione*, in cui il soggetto non considera nemmeno l'eventualità di apportare variazioni alla sua condotta e non ne avverte la necessità. Quando una persona si trova in questo stadio, infatti, secondo gli autori, questa non è consapevole di avere un problema e reagirà utilizzando meccanismi di difesa se coercitivamente condotta ai servizi e forzata al trattamento. Infatti, questo è il momento in cui persone terze rispetto al soggetto dipendente e all'operatore sociale sono consapevoli del problema di dipendenza, mentre il diretto interessato ne è ancora ignaro. Coloro che si trovano in questa fase necessitano, quindi, di informazioni e feedback che ne accrescano il livello di consapevolezza e inducano a pensare alla possibilità di cambiamento. Il compito dei professionisti è perciò quello di insinuare il dubbio e aumentare la percezione dei rischi correlati con l'assunzione della sostanza. Dare consigli prescrittivi o impositivi è spesso controproducente per la buona riuscita della relazione terapeutica e del processo di cambiamento.

Una volta emersa una consapevolezza, anche parziale, del problema di dipendenza, la persona si inserisce nel primo stadio del percorso: ovvero quello della *contemplazione*. Durante questa fase il soggetto sperimenta sentimenti contrastanti e ambivalenti che ora lo spingono al cambiamento ora al rifiuto. Si tratta di una sorta di moto oscillatorio che il soggetto compie tra le ragioni per modificare la propria situazione e quelle per mantenerla invariata, che fanno sì che faccia esperienza insieme di sentimenti di preoccupazione e noncuranza. In questo senso, il compito dell'operatore è quello di spronare il soggetto verso le ragioni a favore del cambiamento, aumentandone l'autoefficacia e la motivazione.

La fase successiva è quella di *determinazione*, che si caratterizza per essere una sorta di finestra di opportunità per l'inizio dell'azione, una specie di innesco al movimento di mutamento. Durante questo intervallo di tempo, l'operatore ha quindi il ruolo di delineare, insieme all'utente, una strategia di cambiamento che sia per lui accettabile, accessibile, realizzabile, appropriata ed efficace, ovvero la migliore strada da percorrere per trovare insieme un modo particolare, inedito e personale che guidi il cammino evolutivo di riduzione e abbandono del consumo della sostanza.

Il terzo stadio è poi quello dell'*azione*, in cui prende formalmente avvio l'attività di intervento formale comunemente inteso, quale counseling psico-sociale e/o psicoterapia. È a questo livello che nel concreto sono accompagnati i passi dell'utente che risultino necessari all'attuazione del cambiamento.

Non sempre, però, i cambiamenti iniziali vengono mantenuti nel tempo. Possono infatti essere sperimentate piccole o grandi involuzioni nel percorso trasformativo, che prendono il nome di cedimenti o ricadute, sulla base della loro entità. Per questo motivo, durante la fase del *mantenimento* il compito e la sfida di utenti e operatori è quella di sostenere il cambiamento affinché sia durevole. Senz'altro questo passaggio richiederà strategie e abilità differenti rispetto a quelle esercitate per operare il cambiamento in sé – ovvero l'interruzione al consumo della sostanza e l'astinenza – sia per l'operatore che per il soggetto coinvolto. Il professionista ha pertanto il ruolo di guidare la ricerca di queste strategie e condurre l'utente verso la loro identificazione e il loro rafforzamento.

Se questo passaggio non va a buon fine e non si passa, dunque, allo stadio di *uscita permanente* che pone fine al moto circolare della ruota, l'utente rischia di incorrere nella fase di *ricaduta*. Il pericolo principale per l'utente, a questo punto, è quello di restare bloccato in

questo stadio, anziché di ricominciare a girare lungo la ruota. L'operatore deve quindi affiancare il soggetto perché riavvii i processi di contemplazione, determinazione e azione, senza restare demoralizzato e sconfortato a causa della caduta, che – come anticipato – si delinea come un rischio concreto e comune, tanto da essere una tappa del percorso di mutamento. Le caratteristiche che ciascun operatore deve sviluppare e impiegare nell'accompagnare questo processo riguardano innanzitutto la pratica dell'empatia, che favorisce nell'utente la motivazione al cambiamento, poiché si associa a bassi livelli di resistenza del soggetto (Miller, Rollnick 1994). Praticare l'empatia significa comprendere i significati e l'universo simbolico che accompagna ciascuna dipendenza attraverso l'utilizzo dell'ascolto attivo e riflessivo. A ciò deve aggiungersi l'abilità di restituire all'utente ciò che si è ascoltato: diventa, allora, importante per l'operatore essere in grado di dare un feedback all'utente relativamente alla sua attuale situazione, alle sue potenziali conseguenze o rischi in modo non giudicante. Diventa, quindi, fondamentale all'interno del percorso di aiuto chiarificarne gli obiettivi e fissare degli standard che siano accettabili, realistici e raggiungibili.

Abilità, capacità e strategie professionali messe in campo nella presa in carico devono tuttavia essere accompagnate da *iniziativa* e *attenzione partecipe* da parte dell'operatore, che si delineano come presupposti basilari e requisiti fondamentali per la buona riuscita della relazione terapeutica (Miller, Rollnick, 1994).

I.II. I contesti nel trattamento delle dipendenze

Un elemento di importanza cruciale per gli operatori nel trattamento delle dipendenze è quello relativo alla conoscenza delle dinamiche e dell'evoluzione che il consumo assume nel contesto in cui ci si trova a lavorare. Nel nostro Paese, per esempio, il consumo come segno di devianza ed estrema marginalità ha cessato di esistere alla fine degli anni '80 del secolo scorso (Rugo, Pozzetti, 2010). Infatti, almeno nel mondo occidentale, la droga oggi non per forza condiziona lo stile di vita di chi la consuma: essa rappresenta uno dei tanti strumenti della quotidianità con la quale si può tranquillamente convivere, integrati nella società e nel proprio contesto (Russo, 2011). Sempre più comuni sono, infatti, i casi dei consumatori che potremmo definire, per così dire, *da serata* o *del sabato sera*; insomma di tutti quegli indivi-

dui che utilizzano sostanze abitualmente e in contesti ben definiti, con il chiaro scopo di raggiungere stati di coscienza alterati, ma temporanei, che non abbiano un impatto distruttivo – o semplicemente trasformativo – sul sistema lavorativo, familiare, sociale nel quale sono inseriti. In questo panorama, fare uso di sostanze psicoattive può essere percepito come uno strumento utile per partecipare alla vita comune di un gruppo oppure per sfuggire all'ansia connessa alla fragilità della propria identità o ancora, più semplicemente, per provare qualche emozione forte o esperienze nuove. Il consumo di sostanze psicotrope è, quindi, nel tempo andato legandosi sempre di più a motivazioni prevalentemente voluttuarie, ovvero alla ricerca di gratificazione soggettiva immediata, dovuta agli effetti psichici piacevoli prodotti dall'uso di una sostanza (Russo, 2011). In questo senso, i servizi socio-sanitari rivolti agli individui alcol o tossico dipendenti, in Italia, hanno dunque dovuto affrontare un percorso evolutivo, poiché dal momento di emergenza per il consumo di eroina sperimentato nel secolo scorso, i tratti caratteristici della dipendenza nel Paese hanno cambiato coordinate, richiedendo ai professionisti un cambiamento sia sul piano concettuale sia su quello operativo (Rugo, Pozzetti, 2010).

In Kenya, come in altri Paesi in cui la povertà raggiunge livelli estremi diffusi, sono invece ancora le condizioni di instabilità – economica, sociale, familiare, scolastica, lavorativa, politica e via dicendo – che si legano all'accesso al consumo di stupefacenti (Hanna, 2017). Inoltre, secondo Mugisha, a Nairobi le vastissime e visibili differenze di reddito interne all'area urbana tra coloro che abitano il centro città e gli abitanti di baraccopoli e contesti informali causano un *senso di disperazione* (let. *sense of hopelessness*) il quale conduce al rifugiarsi nel consumo di alcol e sostanze (Mugisha et al., 2003). Le condizioni estreme di stress sperimentate fanno sì che le persone utilizzino le sostanze per abbassare temporaneamente i livelli di depressione o ansia. Adolescenti e giovani adulti sono, in questo senso, i soggetti più vulnerabili, considerando che questi periodi evolutivi nella crescita di un individuo sono di per sé maggiormente a rischio per il consumo di sostanze, la rottura delle norme sociali e familiari (Hanna, 2017). D'altra parte, la tradizionale divisione del lavoro in Kenya risulta tutt'altro che protettiva rispetto al consumo di sostanze psicotrope per i più giovani: a seguito del processo di urbanizzazione e della grandissima diffusione di bidonville all'interno e ai margini delle città, il basso tasso di frequentazione scolastica unito alla disoccupazione rende difficile, specialmente per gli adolescenti, trovare un lavoro. Questo genera un tempo libero senza

limiti che aumenta esponenzialmente la loro vulnerabilità all'accesso e consumo delle sostanze (Mugisha et al., 2003). Tuttavia il contatto quotidiano con insicurezza, deprivazione estrema, totale assenza di infrastrutture adeguate, limitazione delle opportunità socio-economiche ed educative e l'esposizione frequente a episodi criminali e di violenza – come avviene negli slum – aumenta nei giovani comportamenti devianti e delinquenti (Kabiru, 2014). In questo contesto, trattare le dipendenze significa lavorare con situazioni di evidente multiproblematicità, in un ambiente in cui anche le risorse dei servizi scarseggiano e sono limitate. Il contrasto al consumo di sostanze, dunque, si sostanzia in un'azione di empowerment del sistema – o meglio, dei sistemi – all'interno del quale il soggetto è inserito. L'inserimento lavorativo o scolastico, l'attività di supporto familiare, il sostegno delle reti informali e amicali presenti costituiscono elementi imprescindibili per l'interruzione dell'uso delle sostanze. Grazie al periodo di osservazione, si è potuto infatti notare che in questo genere di servizi di trattamento delle dipendenze non operano professionisti con specializzazione medica-infermieristica, al contrario di quanto avviene nel nostro Paese. La dipendenza non è vista come una malattia da curare, ma come il risultato dell'esposizione a determinati eventi di vita senza un'adeguata motivazione (personale, morale, religiosa, educativa...) all'astensione. Per questo il compito principale dei professionisti è quello di creare relazioni capacitanti fondate sulla fiducia che spingano il soggetto a comprendere i rischi connessi con l'utilizzo e interrompere l'uso della sostanza.

Il grado e tipo di strutturazione dei servizi sociali e socio-sanitari (cui verrà in seguito dedicato il Capitolo II. in relazione alla legislazione di riferimento e organizzazione degli enti osservati) influenza, dunque, in modo importante il lavoro dei professionisti e – conseguentemente – anche la loro motivazione.

I.III. Cosa motiva gli operatori? Riferimenti teorici principali

Per motivazione degli operatori intendiamo, con Miller e Rollnick, uno *stato* che può fluttuare da un momento a un altro, da una dimensione all'altra, che è suscettibile di essere influenzato (Miller, Rollnick, 1994). Una dimensione personale poliedrica, quindi, che si compone di diversi fattori cui ciascun soggetto attribuisce peso e significato propri.

Prima di occuparci di cosa motivi gli operatori sociali al loro lavoro, è però necessario un breve accenno al concetto di *professionalità*. Secondo Freidson un elemento fondamentale che contraddistingue il lavoro di un professionista da qualsiasi altra occupazione è la libertà dal controllo di esterni di cui gode nello svolgimento delle sue mansioni; libertà giustificata dal fatto che possiede un alto livello di conoscenze e abilità, nonché un alto grado di altruismo e responsabilità grazie ai quali gli può essere attribuita fiducia sul fatto che lavori secondo coscienza (Freidson, Rhea, 1965). Per l'autore, infatti, gli elementi che sono alla base dei processi sociali che stabiliscono lo status sociale ed economico del lavoro professionale sono la credenza che una certa attività sia così specializzata da essere inaccessibile a quanti sono privi della formazione e dell'esperienza richieste per svolgerla e la credenza che questo tipo di lavoro non possa essere standardizzato, razionalizzato o mercificato (Freidson, 2002). Si fa qui riferimento a una *specializzazione* di tipo *discrezionale*, la quale si contrappone alla *specializzazione meccanica* – legata alla parcellizzazione del lavoro e alla ripetuta esecuzione di mansioni elementari – per il fatto che essa si lega ad attività in cui la discrezionalità o il vivace giudizio personale devono essere spesso esercitati perché il lavoro sia svolto con successo. La specializzazione discrezionale richiede, dunque, l'impiego di un sistema di conoscenze che si ottiene solo attraverso una formazione specifica, che rende chi la pratica un *esperto*, uno *specialista* (Freidson, 2002). In quanto professionista, dunque, un individuo possiede competenze particolari che si sostanziano nell'impiego di una specifica conoscenza nel corso della realizzazione di un lavoro. Inoltre la flessibilità e la complessità del concetto di professionalismo e specializzazione dipendono anche dalla loro intrinseca relatività. Ciò significa che un'attività può essere definita specializzata solo rispetto a qualcos'altro (Freidson, 2002). Ciò che ulteriormente distingue il professionista è il suo appartenere a ciò che Freidson definisce come *ideologia professionale del servizio* (Freidson, 2002). Questa va oltre l'idea di servire le scelte altrui; piuttosto si mostra fedele a un valore superiore che infonde alla sua specializzazione un valore più vasto ed elevato, nonché il diritto a seguire questo valore con spirito creativo e indipendente.

A questo punto, possiamo assumere che la motivazione di un professionista sia il risultato delle interazioni tra gli individui e il loro ambiente di lavoro e la corrispondenza tra queste interazioni e il contesto sociale più ampio (Franco et al., 2002). Per motivazione in ambito lavorativo si intende infatti il livello di intenzionalità nell'esercitare e mantenere un impegno

volto al raggiungimento degli obiettivi di una organizzazione (Franco et al., 2002). In questo senso, la motivazione è strettamente connessa al tema della consapevolezza e della volontarietà, di cui si compone, ma non sempre al tasso di soddisfazione per il proprio lavoro. Questo significa che, nonostante i concetti siano correlati, può esserci un alto livello di motivazione anche in situazione di bassa soddisfazione lavorativa. Ad ogni modo, il grado di motivazione al lavoro influenza la performance lavorativa, in quanto aspetti stressori o insoddisfacenti implicano reazioni di disinteresse o incuria per il proprio lavoro. Se la disponibilità di risorse e le competenze dell'operatore sono essenziali, queste non sono tuttavia sufficienti per assicurare una appropriata prestazione lavorativa, poiché essa è inscindibilmente legata al livello motivazionale che fa sì che la persona lavori regolarmente, diligentemente, sia flessibile e desideri portare a termine i propri incarichi (Franco et al., 2002).

Esistono diversi fattori che influenzano la motivazione degli operatori (Figura 2). Questi sono molteplici, complessi e tra loro interconnessi, strutturandosi su diversi livelli (Mbindyo et al., 2009b). Alcuni di questi sono elementi estrinseci al professionista, legati a caratteristiche socio-culturali, statali o istituzionali. La motivazione connessa a questi fattori non deriva, dunque, dall'attività lavorativa in se stessa, bensì dalle conseguenze estrinseche verso cui l'attività è diretta (Gagné, Deci, 2005). A livello nazionale intervengono soprattutto, infatti, valori e aspettative sociali, accompagnati dalle politiche adottate a livello centrale o locale per amministrare il sistema di welfare. Tuttavia anche a livello dell'istituzione lavorativa esistono fattori che impattano con la motivazione dei professionisti; si tratta soprattutto della *mission*, dei valori e degli obiettivi che l'ente porta avanti, ma anche dello stile di leadership e delle pratiche concrete di lavoro proposte ai dipendenti. Inoltre in quest'ambito è importante considerare anche la struttura dell'organizzazione, la sua cultura di riferimento e la sua capacità di evoluzione e cambiamento come fattori che influiscono sul livello di motivazione al lavoro.

Esistono, poi, anche elementi di carattere intrinseco agli operatori, legati ad aspetti demografici (come età, livello di studi, provenienza, ceto socio-economico), alle conoscenze e alle capacità che possiedono, ai valori individuali e alla ideologia cui fanno riferimento, nonché alle loro aspettative e i loro livelli di autostima e autoefficacia (Franco et al., 2002). Questi fattori implicano il fatto che i soggetti svolgano un'attività perché la trovano di per sé interessante e ricavano da essa una sorta di soddisfazione spontanea (Gagné, Deci, 2005). Ad

avere un ruolo importante in questo senso non mancano, quindi, aspetti legati a ciò che i singoli individui pensano e provano; a ciò che fanno e ciò che possono fare, al loro grado di autonomia (reale e percepita), ma anche al risultato e alla gratificazione o insoddisfazione associata agli esiti del percorso di presa in carico. Fattori interni come quelli di questo tipo differiscono per ogni individuo anche all'interno di una specifica organizzazione; d'altra parte per uno stesso individuo il grado di motivazione associato a ciascun fattore varia al variare dell'organizzazione in cui si trova a lavorare o, addirittura, fluttuare a seconda del tempo e delle situazioni in cui si trova.

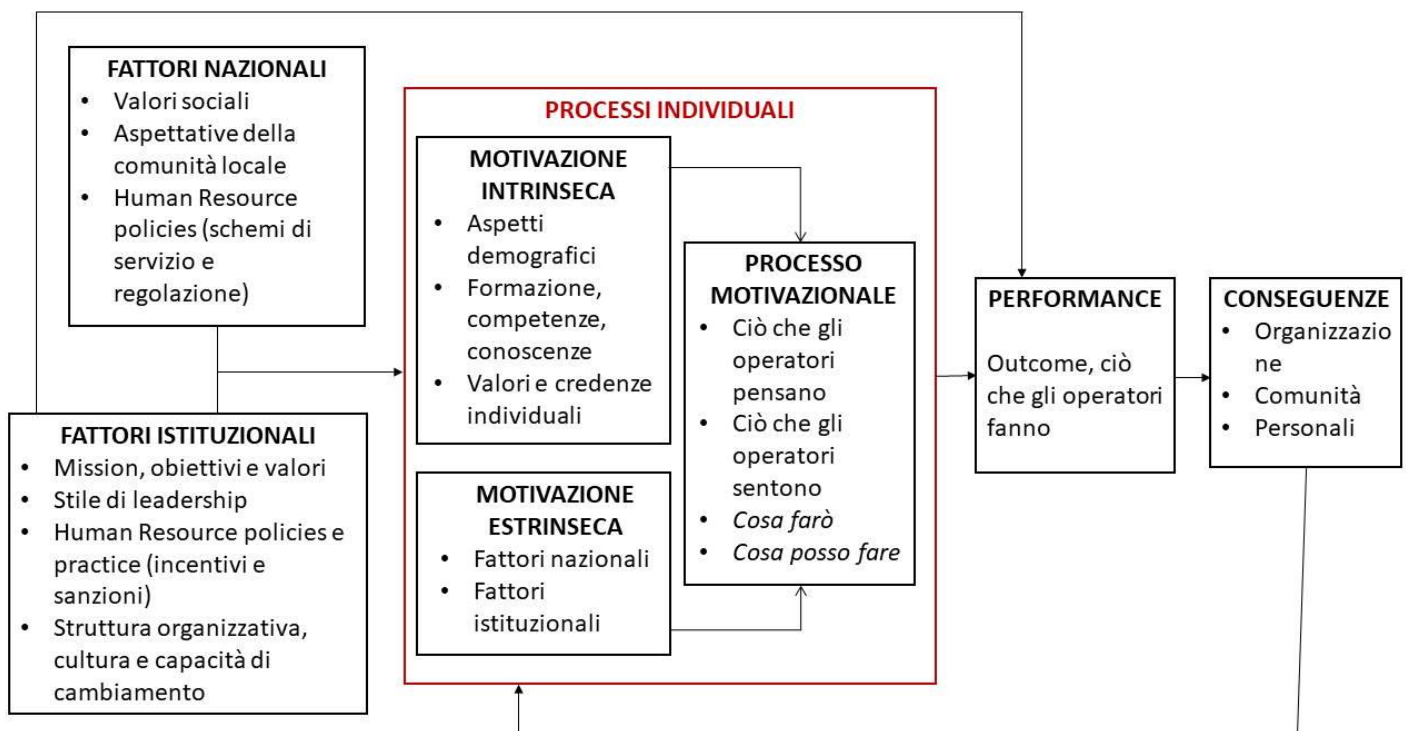


Figura 2 – Fattori di influenza sulla motivazione professionale. Elaborazione da Mbindyo et al., 2009b

La combinazione di questi due ordini di fattori, intrinseci ed estrinseci, costituisce la possibilità per i professionisti di essere soddisfatti – e dunque motivati – al proprio lavoro e sono pertanto cumulativi e incrementali, piuttosto che mutualmente esclusivi o escludenti. Gagné e Deci (Gagné, Deci, 2005) propongono, poi, una ulteriore distinzione tra *motivazione autonoma*, di cui i fattori intrinseci sono un esempio, e *motivazione controllata*. Con quest'ultima si intende il risultato di alcuni fattori estrinseci che si genera quando la regolazione di un comportamento e il valore ad esso associato vengono interiorizzati dal soggetto, legati per lo

più a un sistema che si struttura per premi e punizioni. Tuttavia motivazione autonoma e controllata sono i due estremi di un continuum che si caratterizza per prevedere diverse sfumature, relative a diverse modalità di regolazione dell'attività lavorativa (Figura 3).

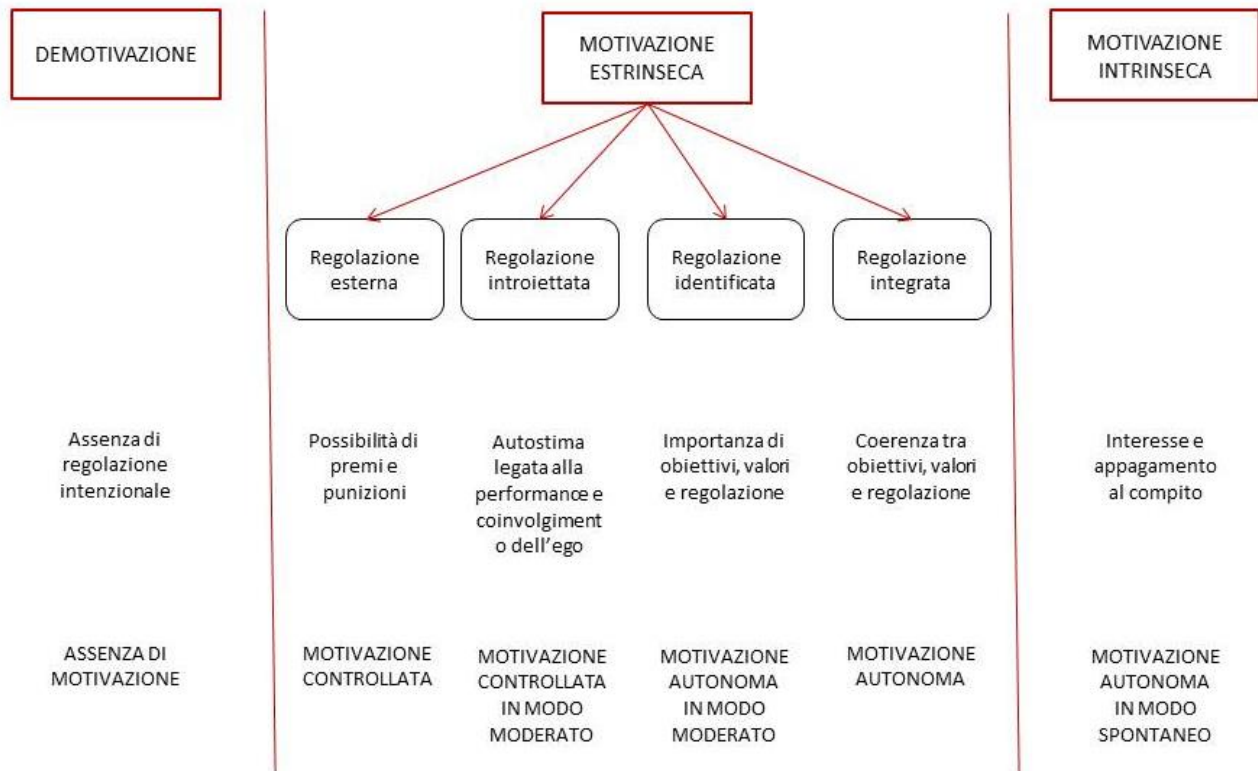


Figura 3 –Il continuum della motivazione. Elaborazione da Gagné, Deci, 2005

Alcune ricerche (Globerman, Bogo, 2003) mostrano come a motivare in maniera più consistente gli operatori sociali siano le possibilità di crescita professionale e aspetti di carattere personale, legato cioè ai propri ideali o alla propria storia ed esperienza di vita. Questo tipo di ragioni è legato soprattutto alla natura altruistica del lavoro di cura e al fatto che esso consenta di confrontarsi con colleghi competenti in altri ambiti, soprattutto per quegli operatori sociali che si trovano a lavorare in ambito medico-sanitario (Mbindyo et al., 2009b). Da questi studi emerge che altri fattori da tenere in primaria considerazione quando si indaga la motivazione dei professionisti sono inoltre relativi alla sicurezza sul lavoro. Si intende con questo il tipo di contratto che i lavoratori hanno, il salario che percepiscono, le possibilità di promozione e carriera, le tutele e le garanzie a loro offerte e via dicendo. Tuttavia anche l'ambiente organizzativo riveste un ruolo importante nella motivazione dei professionisti,

così come il rapporto con i colleghi (Mbindyo et al., 2009b). In questo senso la mancanza di chiarezza o di incentivi oppure ancora l'ineguale accesso alle opportunità di specializzazione e crescita internamente all'organizzazione sono aspetti fortemente demotivanti per i professionisti. Di contro, un ambiente eccessivamente burocratizzato o rigido risulta essere un fattore per niente stimolante; così come la poca trasparenza nei processi gestionali e decisionali. D'altro canto, qualora l'ente sia in grado di riconoscere e apprezzare il lavoro degli operatori, questi sono positivamente influenzati e migliorano il livello di motivazione (Mbindyo et al., 2009b). Per quanto riguarda colleghi e amministratori, la comunicazione sembra essere la componente principale che determina la qualità del rapporto e, dunque, la soddisfazione (Mbindyo et al., 2009b). Essere liberi di rivendicare le proprie istanze e discutere delle decisioni da prendere sono quindi elementi fortemente motivanti per gli operatori. Tuttavia ricerche condotte sulla motivazione degli psicologi a lavorare in alcuni servizi per le tossicodipendenze italiani (Russo, 2011) mostrano anche come spesso sia la casualità a guidare la scelta di lavorare in ambito riabilitativo, in termini di accoglimento di una potenziale occasione lavorativa che non viene identificata dai professionisti come vera e propria scelta elettiva. Secondo i medesimi studi, anche il permanere all'interno dei servizi dipenderebbe da valutazioni di tipo extraprofessionale, legate a settori afferenti la vita privata, oppure motivazioni di carattere etico-morale. Come verrà presentato in seguito (Capitolo III.) questi risultati sono, almeno per il contesto italiano, non del tutto sovrapponibili a quelli della ricerca qui presentata e in contrasto con gli studi presentati, cui si è fatto riferimento.

Capitolo II. La ricerca

La ricerca condotta si propone di indagare cosa motivi i professionisti psico-socio-educativi che lavorano nei servizi per il trattamento delle dipendenze da alcol e/o sostanze. In particolare viene fatto un confronto tra la città metropolitana di Milano e alcuni contesti informali afferenti all'area urbana di Nairobi, in Kenya, relativamente all'influenza del contesto economico, culturale e sociale sulla motivazione al lavoro nel settore delle dipendenze e sui programmi di trattamento rivolti agli utenti.

II.I. Presentazione e obiettivi

La ricerca condotta si è articolata nel corso di cinque mesi e si è strutturata in tre momenti principali: il primo di raccolta di letteratura e contatto con testimoni privilegiati, seguito dalla fase principale relativa all'osservazione del funzionamento dei servizi a Nairobi e, da ultimo, il momento conclusivo di raccolta dei dati nelle due città in analisi tramite la somministrazione di interviste semi-strutturate agli operatori.

In particolare, l'osservazione in Kenya si è svolta in due Centri diurni rivolti a ragazzi di strada con problemi di dipendenza da alcol e/o sostanze delle baraccopoli di Dandora e Korogocho. Entrambi i contesti afferiscono all'organizzazione non governativa *Napenda Kuishi Rehabilitation Program Trust*, sponsorizzata dall'ordine internazionale dei Padri Comboniani. L'osservazione ha avuto una durata di 3 mesi, per un totale di circa 500 ore trascorse all'interno del servizio, suddivise in 7 settimane nel Centro di Boma Rescue, sito a Dandora, e 5 settimane a Kisumu Ndogo, presso lo slum di Korogocho (Capitolo II.III.a.).

Le interviste sono invece state somministrate a 18 professionisti, comprendenti psicologi, assistenti sociali, educatori e operatori sociali di cui 10 kenioti e 8 italiani. A Nairobi sono stati intervistati 5 operatori per ciascun Centro in cui è stata svolta l'osservazione, mentre a Milano si sono incontrati 3 professionisti attivi nei Nuclei Operativi Alcolologia (NOA) territoriali e 5 occupati nei Servizi per la Tossicodipendenza (SerT). Alcuni operatori milanesi – tuttavia – hanno avuto modo di lavorare sia in servizi per la alcol- che per la tossicodipendenza nel corso della loro carriera professionale.

Il lavoro di ricerca così strutturato si proponeva di indagare in che modo la motivazione dei professionisti fosse legata al contesto sociale, economico e culturale all'interno del quale il servizio è collocato, partendo dall'ipotesi di lavoro che la disponibilità di risorse nei due ambienti influenzi grandemente le possibilità e le modalità di svolgimento del lavoro e di strutturazione del percorso riabilitativo rivolto agli utenti con problemi di dipendenza.

Si ritiene che questo oggetto di indagine possa essere utile in particolar modo agli stessi operatori dei servizi coinvolti, ma anche di altri servizi per la alcol/tossico dipendenza, in quanto consente di soffermarsi a riflettere sulle prassi abituali portate avanti dagli enti in cui si lavora e valutarne l'efficacia per quel contesto, auspicabilmente proponendo cambiamenti migliorativi. Ciò si lega al tema della motivazione nel senso che entrare in contatto con altri modi di *pensarsi*, di *fare* e di *essere* professionisti in ambito psico-sociale, avere l'opportunità di confrontarsi su ciò che rende importante il lavoro che si fa in ambienti anche molto distanti – fisicamente e culturalmente – apre un universo di possibilità nuove per interrogarsi su quello si fa e quello che si vuole ottenere per noi, per l'organizzazione dove siamo collocati e per i nostri utenti. Allargare gli orizzonti della nostra motivazione, scoprirne nuove possibili sfumature e aspetti inediti, auspicabilmente può rendere migliore non solo noi stessi come esperti e il nostro lavoro, ma anche i servizi che progettiamo o nei quali ci troviamo a svolgere la nostra attività.

Per rispondere a questi propositi conoscitivi, particolarmente utile è stata la possibilità di affiancare i professionisti di Nairobi nel quotidiano svolgimento delle loro mansioni. Avendo già sperimentato il lavoro nei servizi milanesi in altri contesti e in anni precedenti, l'osservazione diretta del funzionamento dell'organizzazione keniota, in due dei suoi Centri, ha significato una risorsa particolarmente importante per il lavoro di ricerca condotto. Il contatto, poi, con professionisti milanesi e con la loro rete di conoscenze amicali e lavorative all'interno dell'ambito di indagine ha consentito di delineare con maggior chiarezza i contesti analizzati e rendere pertanto questo lavoro maggiormente complesso e completo.

D'altra parte, i problemi principali riscontrati nel corso del percorso di ricerca hanno riguardato soprattutto la gestione del coinvolgimento psico-emotivo di chi scrive, che si poneva insieme come ricercatrice e tirocinante europea e bianca all'interno di un contesto totalmente gestito da locali e dal forte impatto sia ambientale sia lavorativo, per la delicata tipologia di utenza in carico. È stato necessario, dunque, un esercizio di mediazione e razionalizzazione

che consentisse di passare dal *sentire* al *comprendere* la realtà circostante, facilitato dal costante confronto – anche informale – con gli operatori kenioti, nonché un atteggiamento aperto e rispettoso della diversità e delle richieste che l’ente mi ha proposto nel periodo di indagine. Relazionarsi in maniera così prolungata e ravvicinata con operatori e minori alcol/tossico dipendenti ha imposto un continuo lavoro di riflessione in merito all’etica da adottare nel mio modo di *essere* all’interno dell’organizzazione. Si è pertanto scelto di adottare una strategia che potremmo definire di *osservazione* e *ascolto attivi*, ponendosi in una posizione vigile e attenta ma capace di creare un legame fiduciario profondo con tutti gli altri soggetti coinvolti.

La lingua, d’altra parte, non ha rappresentato un grande ostacolo nel rapporto coi professionisti, poiché in Kenya l’inglese viene utilizzato nelle scuole di ogni ordine e grado. Diversamente, questo ha a volte reso maggiormente difficile il contatto con utenti e familiari durante il periodo di osservazione, dato che non tutti hanno avuto accesso o sono stati inseriti per lungo tempo all’interno del percorso di istruzione formale. Tuttavia il focus del lavoro di ricerca riguardava più espressamente gli operatori, dunque questo ostacolo non ha comportato grosse revisioni al progetto iniziale di ricerca. Infatti, in sede di elaborazione del progetto di indagine si era scelto di non coinvolgere gli utenti sia per non creare loro false aspettative in merito a possibili cambiamenti del servizio sia per le difficoltà di aggancio e relazione che questa scelta avrebbe comportato. Diversamente, nel corso del lavoro di conduzione delle interviste, si è deciso di non coinvolgere nelle stesse esponenti dell’amministrazione delle organizzazioni in esame – come invece in un primo momento si era ipotizzato –, poiché si è ritenuto che questo avrebbe creato maggiore diffidenza nel personale psico-sociale intervistato, che si sarebbe sentito meno libero di condividere divergenze e criticità rispetto alle linee di organizzazione e gestione del servizio.

Il limite principale riscontrato è stato, del resto, quello di non avere avuto occasione di trascorrere un periodo di tempo di osservazione anche all’interno dei servizi per la dipendenza nella città metropolitana di Milano. Per supplire a questa lacuna, tuttavia, durante la fase di elaborazione del progetto di ricerca, in preparazione del periodo di osservazione partecipante, sono stati tenuti due incontri con *key informants*. In particolare sono stati tenuti un colloquio con la Responsabile di un NOA milanese e uno con il Responsabile della struttura

complessa prevenzione specifica dell'ATS¹ di Milano al fine di avere un inquadramento più specifico dei servizi in cui i professionisti milanesi intervistati sono occupati.

Pertanto, i risultati attesi in fase di progettazione – parzialmente confermati dai risultati effettivamente ottenuti, come verrà mostrato in seguito (Capitolo III.) – riguardavano il fatto che le grandi differenze relative ai contesti socio-economici e culturali delle due città riflettessero anche modi molto diversi di organizzare e operare nei servizi – anche vista la differenza nel target di utenza specifico per questi interventi. Il fatto che poi l'organizzazione keniana in osservazione avesse natura di tipo religioso e, più precisamente, cattolico si pensava fosse un fattore di grande influenza sulla motivazione al lavoro degli operatori.

II.II. Le scelte teoriche e metodologiche

Una preliminare specificazione fondamentale riguarda la natura stessa di questa ricerca: il progetto portato avanti negli ultimi mesi è stato di carattere qualitativo e la scelta dei professionisti da intervistare non ha seguito criteri di selezione statistica. Per questo motivo il lavoro qui esposto non ha la pretesa di essere rappresentativo dei contesti in analisi né, tantomeno, di essere generalizzabile al di fuori di essi.

Infatti, il riferimento teorico principale che è stato adottato nel condurre il lavoro di indagine è quello della cosiddetta *realist evaluation* (Pawson, Tilley, 1997). In questo modello i programmi e gli interventi sociali sono considerati prodotti dell'immaginazione umana, nel senso che essi sono considerati ipotesi per il miglioramento sociale che falliscono o hanno successo sulla base del funzionamento di meccanismi astratti intorno ai quali sono costruiti. Pertanto, la valutazione realistica propone al ricercatore di chiedersi non tanto "Cosa funziona?" in generale e per tutti o, più nello specifico, "Questo programma funziona?", bensì "Cosa funziona per chi, in che circostanze e in quali aspetti, e come?" (Pawson, Tilley, 1997). Infatti, il presupposto teorico è che ciascun intervento sia sempre inserito all'interno di sistemi sociali esistenti, con i quali è costretto a entrare in contatto e relazionarsi. Questo modello è parso adattarsi particolarmente all'ipotesi conoscitiva di questo lavoro, in quanto la volontà era quella di indagare cosa motivasse il singolo professionista nel suo particolare caso e

¹ Agenzia di Tutela della Salute.

all'interno di uno specifico contesto urbano. In riferimento a ciò, difatti, si è cercato di indagare nello specifico cosa influenza la motivazione dei professionisti che lavorano nell'ambito delle alcol/tossico dipendenti all'interno di contesti nazionali, locali, economici, politici, sociali e culturali differenti e come questa influenza impatti il lavoro che gli operatori svolgono nei Centri in cui sono impiegati.

Gli strumenti utilizzati per rispondere a queste domande – come accennato in fase di presentazione della ricerca (Capitolo II.I.) – sono stati molteplici. In un primo momento si è proceduto con raccolta e analisi approfondite della letteratura esistente relativamente ai servizi per la alcol e tossicodipendenza, ma anche sui temi della professionalità e della motivazione professionale.

Si è successivamente scelto di tenere dei colloqui con due testimoni privilegiati, rispettivamente – come già segnalato nel Capitolo II.I. – una Responsabile di uno dei due NOA presenti nella città metropolitana di Milano e con il Responsabile della struttura complessa prevenzione specifica dell'ATS di Milano. Questo perché, non avendo la possibilità di svolgere un periodo di osservazione all'interno dei servizi lombardi in affiancamento ai professionisti successivamente intervistati, si è mostrato necessario un inquadramento generale rispetto all'organizzazione e ai programmi terapeutici e riabilitativi promossi nelle realtà milanesi, che potessero essere utili anche per guidare l'osservazione dei Centri in Kenya rispettivamente a punti di contatto e differenze.

Gli strumenti principali utilizzati nel corso del lavoro di ricerca, tuttavia, sono stati l'osservazione etnografica partecipante all'interno di due Centri di riabilitazione per minori con problemi di alcol/tossico dipendenza siti in due differenti slum interni all'area urbana di Nairobi e le interviste semi-strutturate in profondità condotte con gli operatori di competenza psico-sociale attivi nelle due città in analisi: 10 a Nairobi e 8 a Milano.

L'osservazione ha avuto una durata totale di 3 mesi, nel corso dei quali sono stati settimanalmente stilati dei report di ricerca e occasionalmente un diario di riflessioni personali, stralci dei quali verranno presentati nel capitolo di presentazione dei risultati (Capitolo III.). La presenza nei Centri è stata continuativa dal lunedì al sabato di ogni settimana, rispettando gli orari di lavoro dei professionisti, quindi dalle 8 alle 16.30 tutti i giorni, escluso il sabato, giorno in cui i Centri chiudono alle ore 14 e la domenica, poiché i Centri rimangono chiusi. Per rispondere ad esigenze interne dell'organizzazione anziché trascorrere un eguale perio-

do di tempo nelle due realtà sono state trascorse 7 settimane nel Centro di Boma Rescue e 5 in quello di Kisumu Ndogo. Durante questo periodo è stato possibile affiancare psicologo-coordinatore, assistente sociali e operatori sociali nelle loro abituali attività. Questo momento è stato centrale per la ricerca che si sta presentando, in quanto il tempo speso nelle due strutture ha consentito di stringere relazioni fiduciarie e legami profondi con gli operatori, con i quali si è a lungo discusso del lavoro condotto e delle tematiche in oggetto, anche al di fuori degli specifici momenti di intervista. Ciò si è rivelato particolarmente interessante perché ha dato l'opportunità di smentire o avallare ipotesi interpretative dei dati raccolti, discutendone con i diretti interessati.

Alle interviste verrà dedicato uno specifico paragrafo (Capitolo II.IV.), quindi ci limitiamo qui a ricordare che – in relazione all'orizzonte teorico scelto di supporto al lavoro di ricerca – si è deciso di condurre interviste semi-strutturate in profondità, con il chiaro scopo di lasciare la maggior libertà di espressione possibile ai professionisti per non influenzarne o indirizzarne in alcun modo le risposte, nonostante il fatto che le domande precedentemente stilate guidassero la conduzione del colloquio e gli argomenti da toccare nel corso dell'incontro. Queste sono state condotte in lingua inglese a Nairobi e italiana a Milano, senza che venissero riscontrati particolari problemi di comunicazione.

Alla luce di quanto illustrato, la ricerca non ci permette di affermare quali siano i fattori che in generale motivano maggiormente tutti gli operatori psico-sociali che lavorino nell'ambito delle dipendenze da sostanze lecite e illecite. Ci permette, invece, di considerare quello che funziona nei due contesti in analisi, traendo dei possibili suggerimenti per altre situazioni e altri contesti.

II.III. I contesti in analisi

Alla luce di quanto illustrato in merito alla domanda di ricerca che ha guidato il lavoro di indagine, risulta essenziale dedicare una sezione di questo lavoro espositivo agli aspetti socio-demografici (Capitolo II.III.a.) e giuridici (Capitolo II.III.b.) salienti all'interno dei quali i servizi analizzati si situano, ma anche delle coordinate rispetto alla natura degli enti all'interno dei quali i professionisti intervistati lavorano (Capitolo II.III.c.).

D'altra parte – anche grazie al lavoro di osservazione sul campo – si è potuto riscontrare come le stesse sostanze cui i soggetti sono dipendenti variano nei due contesti analizzati, pertanto verranno dati riferimenti anche in merito a questo tema (Capitolo II.III.d.).

II.III.a. Aspetti socio-demografici

Un primo aspetto da tenere in considerazione nell'analisi dei contesti all'interno dei quali sono situati i servizi considerati riguarda le caratteristiche socio-demografiche ed economiche salienti delle aree urbane cui si fa riferimento.

Nairobi è la Capitale, nonché la più vasta metropoli, keniota ed è sita nella zona centrale a sud del Paese. Nata su un altopiano, intorno all'omonimo fiume e ai suoi affluenti, la città conta una popolazione che supera i 3 milioni di abitanti (2009), i quali raggiungono i 6 milioni e mezzo (dati World Population Review, cfr Sitografia) se si prende in considerazione l'intera area metropolitana. Tuttavia, stabilire il numero corretto dei residenti è molto difficile, se non impossibile. Questo si deve alla presenza di vari e diffusi contesti informali – come baraccopoli e slum – posti intorno al territorio urbano, all'interno dei quali il controllo delle nascite e degli spostamenti è particolarmente complesso. Ad ogni modo, Nairobi è la più grande città dell'Africa Orientale e una tra le dieci più grandi città del continente africano (dati World Population Review, cfr Sitografia).

L'area centrale della città è particolarmente nota all'estero, grazie anche all'esistenza del principale aeroporto della nazione che consente di collegare i turisti alle zone delle valli circostanti, molto conosciute e frequentate per l'attività di escursioni o safari. Attorno al centro economico della Capitale si sviluppa l'area industriale, nei dintorni della quale si sono progressivamente sviluppate aree informali e slum nel corso degli anni (Boniburini, 2015).

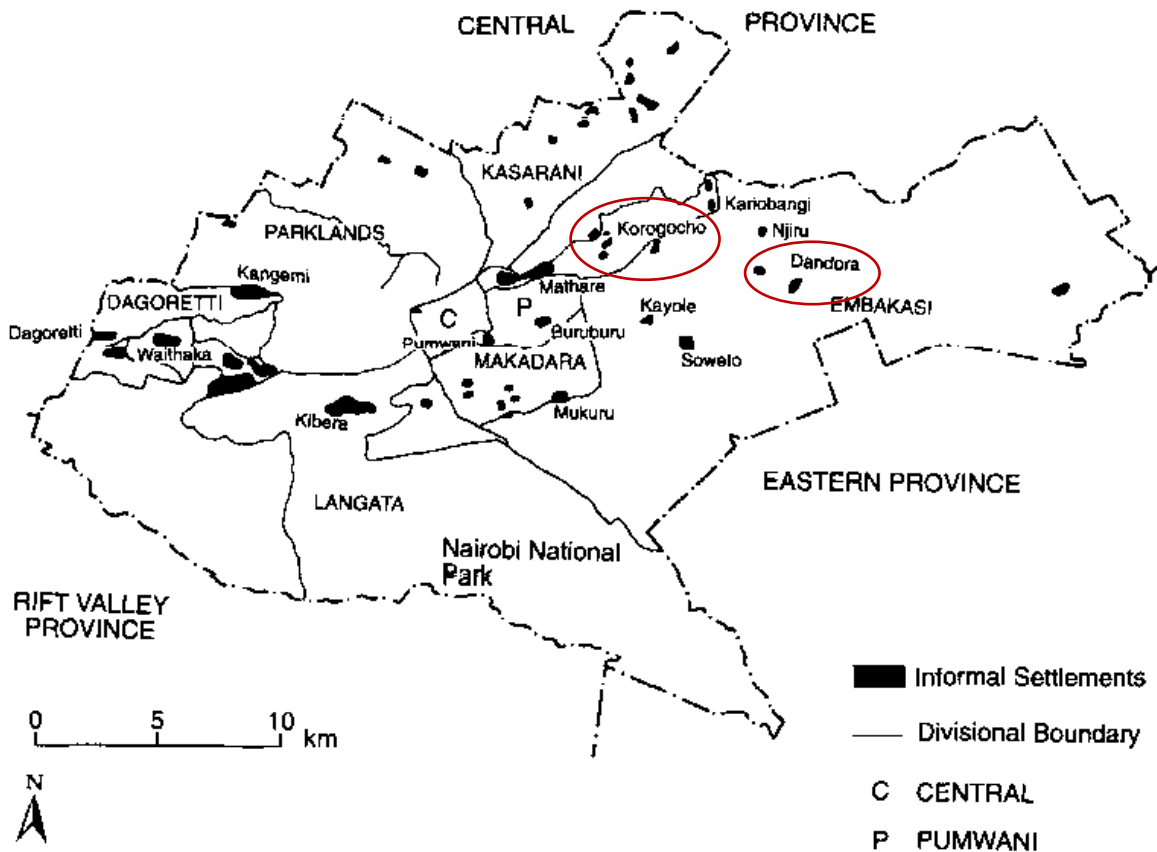


Figura 4: Nairobi County map. Fonte: United Nations University Archives website

I Centri di Boma Rescue e Kisumu Ndogo presso i quali l’osservazione è stata svolta si trovano rispettivamente, come accennato (Capitolo II.II.), nelle località di Dandora e Korogocho, nella parte nord-est della città (Figura 4). Le due zone fanno parte di quella grande porzione di area urbana in cui si stima che più del 39% della popolazione viva sotto la linea di povertà (Boniburini, 2017).

Inoltre, le due località in cui l’osservazione è stata svolta sono tra loro confinanti e si caratterizzano per essere aree a reddito medio-basso, con la presenza interna di slum e siti di scarico di rifiuti (Figura 5). D’altra parte i due Centri erano situati in zone interne alle baraccopoli, per cui – come si è evinto anche grazie all’attività di osservazione – le condizioni socio-economiche, nonché i livelli di istruzione degli utenti in carico risultano essere particolarmente bassi.

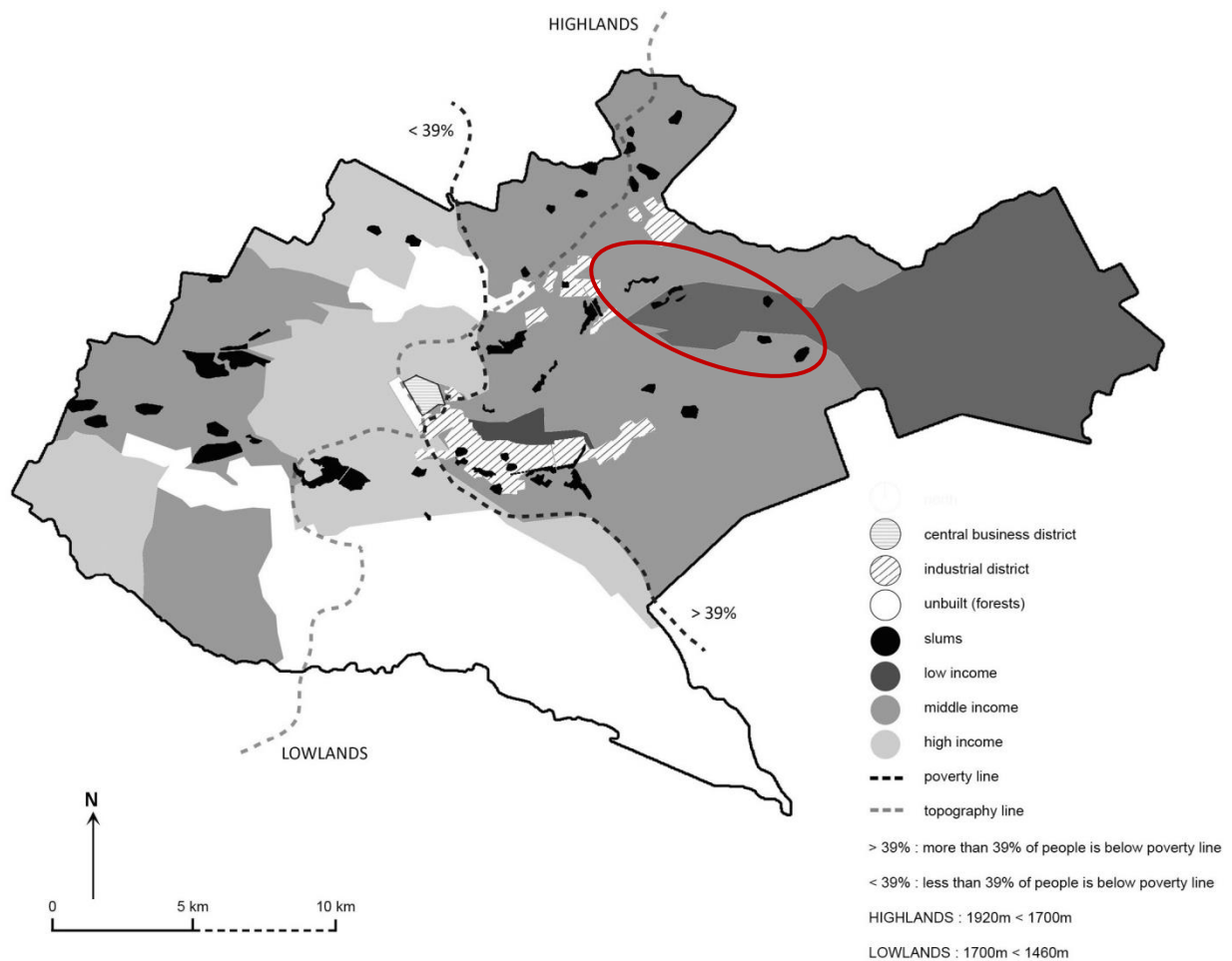


Figura 5: Poverty and income divides in Nairobi, Kenya. Fonte: Boniburini, 2015

Nello specifico, località di Dandora prende il nome dall'omonima discarica stabilita al suo interno nel 1977 con un contributo al finanziamento da parte della Banca Mondiale. Questo sito di scarico non è solo il più grande del Kenya, ma anche uno dei più vasti al mondo (Blight, 2014). Basti pensare che la sua superficie ricopre circa 53 ettari di terreno: più o meno il corrispondente di 76 campi da calcio (Blight, 2014), ed è in continua espansione.

D'altra parte, la presenza della discarica non solo è particolarmente rischiosa per la salute di tutti i residenti nelle zone limitrofe, a causa delle esalazioni e degli incendi spontanei generatisi col calore delle temperature che costituiscono un rischio concreto e quotidiano di intossicazione sia dell'aria che delle acque (il sito si trova, per una parte, lungo il fiume Nairobi, che attraversa la città), in particolar modo per coloro che vi si espongono per periodi di tempo prolungati. Infatti, l'intera economia della zona ruota intorno alla raccolta di plastiche e metalli presenti tra la spazzatura, così come di tutti quegli oggetti considerati riutilizzabili e

rivendibili all'interno dello slum o alle compagnie addette al riciclaggio (Onyari, 2017). Minori e adulti disoccupati trascorrono, dunque, il corso delle giornate nella zona a rovistare tra i rifiuti, spesso aggregandosi in bande in competizione tra loro per il controllo all'accesso di determinate aree di discarica, spesso quelle in cui si possono trovare anche gli scarti di tipo alimentare. Capita di sovente, inoltre, che i minori abbandonino la scuola o gli studi per contribuire agli introiti familiari andando a lavorare nella discarica; lo stesso accade ai cosiddetti *ragazzi di strada*, che cercano materiale rivendibile per potersi pagare le sostanze di cui abusano. Oltre a ciò, alcune persone vengono pagate alla giornata per la ricerca di rifiuti riciclabili e sono quindi impiegate dai cartelli privati che si occupano del riciclo dei materiali, facendo sì che questa diventi una vera e propria occupazione retribuita stabilmente, che per molte famiglie corrisponde alla principale fonte di reddito.

Il deposito dei rifiuti a Dandora, infatti, non è illegale ed è quindi ancora accettato lo scarico di materiale industriale, domestico, agricolo e medico nel sito.

Per quanto riguarda il tema della salute dei residenti, gli studi condotti nel corso degli anni sull'ambiente circostante (Onyari, 2017) rilevano livelli incredibili di piombo, mercurio e cadmio – tra gli altri metalli pesanti – nell'aria e nelle acque, anche se le autorità locali non hanno mai portato avanti ricerche o statistiche ufficiali.

La condizione in cui gli individui si trovano a vivere rappresenta dunque, senza dubbio alcuno, un esempio lampante di violazione dei diritti umani fondamentali, primo tra tutti – ma non certo unico – del diritto alla salute.

Il secondo contesto di osservazione a Nairobi è stato lo slum di Korogocho. Korogocho, termine della lingua kikuyu – una delle 45 tribù riconosciute in Kenya – che significa *caos, disordine*, è la quarta baraccopoli più popolosa del Paese costituita da otto diversi villaggi divenuti, nel corso del tempo, sempre più mono-etnici, ovvero legati spesso a singole tribù di appartenenza (Floris, 2017). Si stima che circa 200mila persone convivano in poco più di 1,5 chilometri quadrati di spazio. Si calcola, per esempio, che in media ogni stanza delle baracche di cui lo slum è costituito sia occupata da 5 o 6 persone (dati Giovani e missione, cfr Sitemografia). Le abitazioni sono quasi esclusivamente costituite da blocchi di lamiera o materiali di riciclo, per cui i residenti devono pagare un affitto per l'occupazione del suolo, che è in parte pubblico in parte privato (Floris, 2017).

Le condizioni di sicurezza della zona sono ben esemplificate dal fatto che esiste un coprifuoco nelle ore notturne. L'attività criminale è infatti endemica, così come lo sono i rischi connessi all'insalubrità dell'ambiente (Zanotelli, 2003). Anche gli abitanti di Korogocho, infatti, oltre a essere esposti alle esalazione dei rifiuti, lavorano quotidianamente nella discarica della zona limitrofa di Dandora.

In entrambi i contesti, dunque, gli elevatissimi livelli di povertà, nonché le scarse condizioni di salute – anche ambientale – della zona hanno ricadute importanti sulla sicurezza, in relazione alle svariate attività criminose commesse e al consumo di sostanze psicotrope di tipo lecito e illecito che rendono il rischio di mortalità precoce particolarmente alto.

La città metropolitana di Milano, invece, conta una popolazione residente che superava i 3 milioni 200mila abitanti al 31 dicembre 2016 (dati Popolazione città metropolitana di Milano, in elaborazione dei dati ISTAT, cfr Sitografia), che la rendono la città più popolosa d'Italia dopo Roma e la sesta a livello europeo. L'area metropolitana – che comprende 195 Comuni – si delinea, dunque, come un grande centro urbano dove si concentrano gli incrementi dei flussi migratori nazionali ed internazionali; difatti Milano si conferma negli anni un grande polo di attrazione di persone provenienti dalle altre regioni italiane, ma soprattutto dall'estero (Ufficio Servizi statistici della Città metropolitana di Milano, cfr Sitografia). Milano, infatti, è considerata la capitale economica e finanziaria della Penisola, nonché una tra le più prospere città italiane in tema di commercio e produzione; dato che la rende particolarmente attrattiva per tutti coloro che si spostano alla ricerca di un'occupazione o semplicemente per turismo.

Inoltre, Milano si colloca tra i comuni con la più alta percentuale di diplomati (74,3%), superiore alla media nazionale (57,6%) e a quella provinciale (67,2%) e regionale (59,7%). Il 43,1% dei 30-34enni (47,9% femmine e 38,1% maschi) possiede un titolo di studio universitario, dato molto superiore rispetto a quello regionale (24,4%) e nazionale (23,2%). Inoltre, nell'anno 2013, nella città metropolitana di Milano il 71,1% delle persone dai 20 ai 64 anni aveva un'occupazione (Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano, 2018).

Inoltre, un indicatore molto positivo riguardante il livello di salute dei soggetti – ma anche dell'ambiente – è quello relativo al tasso di mortalità, che continua a migliorare, con una speranza di vita alla nascita in continua ascesa che supera largamente gli 80 anni (Ufficio Servizi statistici della Città metropolitana di Milano, cfr Sitografia).

I servizi all'interno dei quali i professionisti coinvolti nell'intervista sono occupati sono distribuiti su tutto il territorio urbano, sotto l'egida della Azienda di Tutela della Salute della città metropolitana di Milano.

II.III.b. Riferimenti giuridici salienti

Siccome ci stiamo occupando di servizi per la dipendenza da alcol/sostanze, risulta necessario un esame della disciplina normativa vigente nei due contesti sul tema del trattamento di questo tipo di problematiche bio-psico-sociali.

Innanzitutto, è importante dunque considerare che in Kenya non esiste un sistema di welfare pubblico che sia in grado di farsi carico delle esigenze e delle istanze dei cittadini. Pertanto, attualmente per questa tipologia di utenza, come per altre, non esiste nemmeno una rete di servizi finanziati e/o erogati a livello pubblico capace di rispondere ai problemi sociali vigenti nel Paese e sono singole associazioni od organizzazioni private o sponsorizzate – molto spesso dall'estero – a prendersi cura dei bisogni di benessere bio-psico-sociale dei residenti.

Tuttavia, esistono dei testi normativi di riferimento che è necessario prendere in analisi in questo contesto. Relativamente ai servizi rivolti agli adolescenti senza dimora che fanno uso di sostanze, le leggi da prendere in considerazione sono dunque il *Children Act*, il *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (Control) Act* e l'*Alcoholic Drinks Control Act*.

Il primo, emanato nel 2010, conferma il principio del *superiore interesse del minore* che va preso in primaria considerazione dalle istituzioni di welfare pubbliche e private, dai tribunali, dalle autorità amministrative e legislative e così via. Questo, secondo il testo di legge, significa salvaguardare e promuovere i diritti e il benessere del minore, mantenerli e assicurare al minore guida e correzione laddove necessari per il suo benessere e il pubblico interesse. La responsabilità relativa al godimento del diritto all'educazione è responsabilità del Governo e dei genitori, così come quella dell'esercizio del diritto alla salute.

Inoltre,

ogni minore deve essere protetto dallo sfruttamento economico e da qualsiasi lavoro che possa essergli rischioso o interferire con la sua educazione o essere pericoloso per la sua salute o il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale.

(Part II, art. 10 – *Protection from child labour and armed conflict*)

I minori devono quindi essere protetti da ogni tipo di abuso, compresi i cosiddetti *riti culturali dannosi*, come la circoncisione femminile o il matrimonio prematuro forzato.

Un articolo specifico (Part II, art. 16) riguarda la protezione dal consumo di droghe:

ogni minore deve essere titolare di protezione dall'uso di allucinogeni, narcotici, alcolici, prodotti a base di tabacco o droghe psicotrope e di ogni altra sostanza che sia dichiarata dannosa dal Ministero responsabile per la salute, nonché dall'essere coinvolto nella loro produzione, traffico o distribuzione.

(Part II, art. 16 – *Protection from drugs*)

Inoltre è istituito il *National Council for Children's Services* che ha compito di supervisionare e controllare la pianificazione, il finanziamento e la coordinazione dei diritti del minore e delle attività di welfare, nonché di notificare periodicamente al Governo relativamente a tutti questi aspetti (Part IV, artt. 30-36). Viene poi specificato che è compito di ogni autorità locale salvaguardare e promuovere i diritti e il benessere dei minori nella propria giurisdizione di competenza, nonché supportarne il ruolo di crescita nelle famiglie attraverso la creazione di specifici programmi di sensibilizzazione (Part IV, art. 40).

È, poi, definita istituzione benefica rivolta ai minori:

una casa o un'istituzione che sia stata stabilita da un soggetto, collettivo o singolo, un'organizzazione religiosa o non-governativa che sia stata approvata dal Consiglio al fine di gestire un programma volto alla cura, protezione, riabilitazione o controllo dei minorenni.

(Part V, art. 58)

Per quanto riguarda, invece, il *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (Control) Act* del 1994, appare essere di principale interesse la Parte V, denominata *Riabilitazione*. In questa sezione del testo normativo in analisi viene dichiarata la necessità di creare un *Consiglio per la riabilitazione delle persone dipendenti da narcotici* con funzioni di amministrazione dei diversi Centri riabilitativi del Paese, nonché della cura, del trattamento e della riabilitazione degli individui tossicodipendenti (Part V, artt. 56-57).

Funzioni, compiti e responsabilità dei Centri riabilitativi non sono esplicitati nel testo di legge.

Da ultimo, per quanto concerne l'*Alcoholic Drinks Control Act* del 2010, viene specificato che anche in Kenya per vendere o produrre alcolici è necessaria apposita licenza, che non può essere rilasciata ai minori di anni 18. Anche la vendita di alcolici a minorenni è proibita per legge (Part IV, art. 28).

Inoltre, l'articolo 33 del suddetto testo di legge stabilisce che:

- (1) qualsiasi persona trovata da un ufficiale di polizia in condizioni di ubriachezza e incapacità o ubriachezza e disturbo della quiete pubblica presso o nelle vicinanze di strade, vie, proprietà autorizzate, negozi, hotel o altri spazi pubblici può essere arrestata anche in assenza di mandato e condotta senza immotivato ritardo di fronte a un Magistrato.
 - (2) Qualsiasi persona condannata di essere in condizioni di ubriachezza e incapacità o ubriachezza e disturbo della quiete pubblica presso o nelle vicinanze dei luoghi descritti nella sub-sezione (1) è destinatario di una multa non superiore ai cinquecento scellini o all'incarcerazione per un periodo di tempo non superiore ai tre mesi o entrambi.
 - (3) Ogni persona condannata secondo la sub-sezione (2) per più di tre occasioni in un periodo di 12 mesi deve
 - (a) essere obbligato dal Magistrato che ne dichiara la colpevolezza a sottoporsi a sue spese a un programma di riabilitazione
 - (b) essere segnalato alla Commissione del Distretto di pertinenza (...).
 - (4) Chiunque, in possesso di una licenza, venda una bevanda alcolica a una persona in stato di intossicazione o con qualsiasi mezzo lo incoraggi o inciti al consumo di alcolici commette un reato.
- (Part V, art. 33)

Fatta eccezione per la specificazione relativa alla responsabilità del Governo di promuovere la pubblica consapevolezza in merito ai rischi per la salute alcol-correlati, nessun capitolo specifico riguarda il tema della dipendenza e, conseguentemente, della riabilitazione per il consumo patologico.

A fronte di quanto descritto, è interessante notare come tutti e tre i testi normativi facciano riferimento a principi generali e astratti, che però spesso non trovano applicazione e chiarificazione in provvedimenti e atti legislativi puntuali di disciplina delle materie in esame. Per questo motivo il panorama dei servizi – quasi esclusivamente costituito da privati o privati sponsorizzati dal Governo – appare molto frammentario e poco omogeneo sia nell'offerta che nell'organizzazione; ma soprattutto molte delle tendenze indicate dalla norma non trovano concreta applicazione nella fattualità. Tuttavia nel 2013 la *National Authority for the Campaign Against Drug Abuse* ha portato avanti un tentativo di armonizzazione della gestione dei servizi per le dipendenze, stilando un documento denominato *National Standards for Treatment and Rehabilitation of Persons with Substance Use Disorders* (NACADA, 2013). L'Autorità Nazionale è stata istituita nel 2012 dal Governo con l'emanazione del *National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse Act* che, in qualche modo, ufficializzava l'esistenza di un'organizzazione esistente dal 2001, dandole il compito di coordinare e

facilitare la pubblica partecipazione nel controllo dell'assunzione di alcol e droghe, nonché la collaborazione tra le diverse realtà presenti sul territorio che si occupano a vario titolo del trattamento della dipendenza da sostanze.

È interessante notare, comunque, come i professionisti cui ci si è affiancati nel corso dell'osservazione non erano a conoscenza dell'emanazione di questo atto, nonostante lavorassero nei servizi da diversi anni. Altro aspetto da tenere in grande considerazione riguarda il fatto che nonostante siano stati redatti degli standard per i programmi di riabilitazione e trattamento delle dipendenze, non esista un sistema pubblico per l'erogazione di questa tipologia di prestazioni. Si ritiene, dunque, che il processo di normalizzazione e armonizzazione che sembra essere portato avanti dallo Stato a livello centrale abbia ancora difficoltà a essere realmente attuato a livello locale e periferico.

Diversa è la situazione per quello che riguarda il Capoluogo lombardo. Infatti, sul territorio italiano i testi normativi di riferimento si articolano su livelli diversi organizzativi. Dal punto di vista nazionale la legge in vigore è la numero 685 del 1975, denominata *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, sottoposta a revisione da parte della successiva legge numero 162 del 1990, di *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685*.

Gran parte della competenza in materia, tuttavia, è affidata alla Regione e agli Enti Locali competenti, come si evince dal primo articolo del Titolo X della L. 686/75 concernente *Centri Medici e di Assistenza Sociale*:

La cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici.

(...) Le regioni organizzano, dirigono e coordinano sul loro territorio le attività curative di cui al precedente comma delegando tali servizi alle province e ai comuni. Ugualmente le regioni devono operare per il reinserimento sociale di coloro che, essendo dediti all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, hanno bisogno di assistenza sociale a scopo di prevenzione o di riabilitazione.

(Titolo X, art. 90)

L'articolo in analisi è stato successivamente modificato dalla legge del 1990, rafforzando il principio della competenza regionale:

1. Le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope sono esercitate dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo i principi della presente legge.

2. Le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze in ordine ai servizi pubblici per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, prevedono che ad essi spettano, tra l'altro, le seguenti funzioni:

- a) analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia;
- b) controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di tossicodipendenza; e del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
- d) elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo, da svolgersi anche a mezzo di altre strutture individuate dalla Regione;
- e) progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione;
- f) predisposizione di elenchi delle strutture pubbliche e private che operano nel settore delle tossicodipendenze e raccordo tra queste, i servizi e, ove costituiti, i consorzi, i centri e le associazioni di cui all'articolo 91;
- g) rilevazione dei dati statistici relativi a interventi dei servizi.

3. Detti servizi, istituiti presso le unità sanitarie locali singole o associate, rivestono carattere interdisciplinare e si avvalgono di personale qualificato per la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti.

(Art. 28)

Tuttavia è al Titolo successivo della Legge 685 del 1975 – recante *Interventi Preventivi, Curativi e Riabilitativi* – che viene data disciplina in merito ai diritti dei beneficiari degli interventi:

Chiunque fa uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e ad interventi terapeutici e riabilitativi ai presidi sanitari locali. È riconosciuto agli interessati il diritto di scelta per quanto attiene ai luoghi di cura ed ai medici curanti. Gli interessati possono inoltre rivolgersi direttamente ai centri di cui all'articolo 90 (...).

Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere, la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà o la tutela.

Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i centri e le case di cura, gli ambulatori, i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente. (...)

(Titolo XI, art. 95)

Si noti, qui, come la norma non preveda una disciplina speciale e specifica obbligatoria nei confronti degli utenti minori di età, che quindi usufruiscono degli stessi servizi istituiti per i

dipendenti maggiorenni diversamente da quanto osservato nel corso della ricerca a Nairobi.

L'articolo è stato poi così modificato dal successivo testo di Legge:

1. Chiunque fa uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.
 2. Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere la richiesta d'intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o la tutela.
 3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle unità sanitarie locali, nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente.
 4. Gli esercenti la professione medica che assistono persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope possono, in ogni tempo, avvalersi dell'ausilio del servizio pubblico per le tossicodipendenze.
- (Art. 29)

La Regione Lombardia, in adempimento alla legislazione nazionale, stabilisce quindi – con la L.R. numero 30 del 2009, *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*, successivamente modificata dalla L.R. 23/2015, denominata *Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33* – la redazione del Piano Socio-sanitario integrato Lombardo (PSL), di durata quinquennale.

Inoltre, con l'entrata in vigore della Legge numero 23 del 2015 – come sancito anche nella Deliberazione N° X / 5954 della Giunta Regionale, recante *determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017* – sono state «afferite all'ASST² Nord Milano le attività, le strutture e il personale dei due distretti e delle strutture erogative nell'ambito delle dipendenze», in particolare alla ASST Santi Paolo e Carlo.

Oltre a ciò, secondo quanto previsto dalla Deliberazione N° X / 7600 della Giunta Regionale, recante *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018*, in tema di dipendenze:

In applicazione alla l.r. n. 23/2015 e alla l.r. n. 15/2016, nel corso del 2018 le ASST devono avere dato avvio alle attività integrate tra gli ambiti della salute mentale e delle dipendenze nei propri DSMD³, attraverso la stesura di uno specifico piano di attività che preveda percorsi integrati e valuti anche la possibilità di ricoveri ospedalieri per persone affette da disturbo da uso di sostanze (alcol e/o sostanze Illegali) presso reparti individuati in raccordo con la direzione strategica.

² Aziende SocioSanitarie Territoriali

³ Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA⁴, le ASST devono adeguare l'organizzazione dei servizi in modo da consentire l'erogazione delle prestazioni in tema di GAP. In tema di gioco di azzardo patologico, inoltre, nel nuovo "Piano d'azione GAP" sarà previsto l'avvio di sperimentazioni di servizi residenziali.

Preso atto che l'Osservatorio Regionale Dipendenze (ORed) è decaduto a seguito della istituzione presso la DG Welfare dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale previsto dalla l.r. n. 23/2015, con funzioni di rilevazione, analisi e restituzioni dati sia per l'ambito sanitario sia sociosanitario, nel corso del 2018 la DG Welfare provvederà a implementare le funzioni e le attività già in capo all'ORed, a cui ricondurre anche il coordinamento del Tavolo Tecnico Regionale Osservatori (TTRO), con riferimento anche al metodo e alle attività sviluppate nel contesto del SIAPAD- Sistema integrato Analisi e Previsione Abuso e Dipendenze, sviluppatosi nell'ambito dell'ATS Città Metropolitana di Milano.

Inoltre, presso la DG Welfare proseguirà il percorso avviato per la revisione della rete dei servizi residenziali e semi-residenziali per le dipendenze e per l'ottimizzazione del raccordo con i servizi inianti.

Alla luce dei contenuti della Carta dei Servizi sottoscritta congiuntamente dalle società scientifiche di Psichiatria (SIP), di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza (SINPIA) e dalla Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze (FeDerSerD), relativa ai pazienti con comorbilità e delle disposizioni della l.r. n. 15/2016, gli organismi di coordinamento della salute mentale (OCSM/OCNPIA) costituiti presso le ATS dovranno essere integrati con la componente relativa alle dipendenze, sia per quanto riguarda i servizi pubblici che il privato accreditato che il terzo settore. È in ogni caso facoltà delle ATS e ASST di concerto, definire ulteriori articolazioni e/o tavoli tecnicotematici dell'OCSMD per le diverse tematiche trattate.

Lo stesso testo stabilisce in aggiunta che

nell'area delle dipendenze (sostanze legali e illegali, gioco d'azzardo) le strategie integrate, inter istituzionali ed intersettoriali di cui sopra dovranno vedere ulteriore sviluppo sia negli ambiti scolastici che extrascolastici per valorizzare/promuovere le capacità personali (*life skills*: auto efficacia, resilienza, pensiero critico, ecc.) e contestualmente prevenire e ridurre il disagio (sociale, familiare) aumentando la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui.

(...) Per quanto attiene il contesto extrascolastico, le ATS, nella cornice metodologica dei PIL, in sinergia con le ASST ed i Comuni, con l'attivazione dei diversi settori a vario titolo coinvolti (commercio, cultura, sicurezza, associazionismo, ecc.) definiranno un programma d'azione per la riduzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali; tale programmazione, dovrà prevedere nell'*area delle dipendenze e della marginalità anche giovanile* l'individuazione dei contesti locali particolarmente a rischio (luoghi della movida, stazioni, aree periferiche, ecc.) nell'ambito dei quali, con il contributo degli Enti del Terzo Settore:

- realizzare interventi *evidence based* e/o raccomandati (...)

⁴ Livelli Essenziali di Assistenza

- finalizzati alla rilevazione/valutazione del rischio individuale ed alla relativa sensibilizzazione ed aggancio per l'accompagnamento ai servizi territoriali di presa in carico, secondo modalità diversificate adattabili, in maniera flessibile, a bisogni differenti;
- implementare interventi che garantiscano uno spazio di tregua dalla strada, svolgendo un ruolo neutro, non istituzionalizzato di primo contatto per le persone in difficoltà con possibilità di sviluppare anche processi di empowerment, counselling e orientamento verso percorsi di inclusione;
- promuovere modifiche strutturali-ambientali (fisico/organizzativo/sociale) sostenute da processi partecipati (...).

Tale percorso richiede necessariamente un approccio integrato tra ambito sociale e socio-sanitario, in tal senso, per sostenere e orientare la messa a sistema di questo modello di programmazione integrata, sarà attivato un percorso di lavoro regionale, condotto congiuntamente dalle DD GG Welfare e Reddito d'Autonomia e inclusione sociale, con la partecipazione attiva di ATS, ASST, rappresentanti del Terzo Settore e altri eventuali stakeholder.

A livello regionale, dunque, l'Area Dipendenze dell'ATS svolge funzioni di programmazione e coordinamento di tutte le attività finalizzate alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione di persone con problemi di dipendenza da sostanze e da comportamenti (come gioco d'azzardo patologico, internet, shopping e via dicendo). Le persone con questi problemi possono pertanto ricevere dall'ATS informazioni e indicazioni circa le tipologie di Servizi Pubblici (Sert e Noa) e Servizi accreditati (SMI) presenti sul territorio e sulle modalità di accesso e di intervento previste. L'accesso ai servizi ambulatoriali è gratuito ed è rivolto non solo a chi vive direttamente il problema, ma anche a familiari, amici e conoscenti e a chiunque, a vario titolo, sia interessato a ricevere informazioni più dettagliate.

In relazione all'area dipendenze, ATS svolge, quindi, attività di programmazione, indirizzo e coordinamento degli enti che fanno parte della rete dell'offerta, costituita da: Servizi per le Dipendenze da Sostanze legali e illegali e Dipendenze Comportamentali (SERT/ NOA), afferenti alle ASST, e SMI gestiti dal privato sociale accreditato, ma anche Comunità Terapeutiche Riabilitative gestite da Enti Gestori Privati. Inoltre ATS si occupa di programmazione, coordinamento ed indirizzo area della valutazione multidimensionale del bisogno, ovvero di attività di prevenzione e promozione della salute, dell'Osservatorio Territoriale Dipendenze, della raccolta dei dati relativi ai flussi istituzionali e del raccordo con i soggetti erogatori che alimentano i flussi, di analisi, lettura e interpretazione dei dati, alimentati dagli Enti erogatori pubblici, dal Privato Accreditato e dagli Enti Gestori, ma anche di trasmissione dei flussi in-

formatici istituzionali a Regione Lombardia e restituzione delle informazioni elaborate ai soggetti erogatori e produzione di Report annuali consultabili sul sito di ATS.

Secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 23/2015, i SerT e i NOA pubblici, fanno riferimento alle diverse Aziende SocioSanitarie Territoriali (ASST) del territorio della ATS.

Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), dunque, concorrono con gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona.

Sono inoltre attivi i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), servizi ambulatoriali gestiti dal privato sociale accreditati dalla Regione Lombardia. Gli SMI offrono gli stessi programmi, attività e prestazioni rispondono agli stessi requisiti, sia strutturali che organizzativi, previsti dalla specifica normativa regionale, di cui però questa ricerca non si occupa.

A conclusione di quanto illustrato, si noti come il sistema di riferimento legislativo qui brevemente descritto sia molto diverso nei due contesti oggetto di indagine.

II.III.c. Gli enti

Considerati gli aspetti relativi ai contesti locali e giuridici all'interno dei quali i professionisti coinvolti in questa indagine lavorano, ci occupiamo brevemente di descrivere più nello specifico i servizi in analisi. In particolare analizzeremo in questa sede l'organizzazione keniota all'interno della quale è stato svolto il periodo di osservazione e il funzionamento di NOA e Sert nella metropoli milanese.

Napenda Kuishi Rehabilitation Program è una ONG senza scopo di lucro registrata come "Trust" sotto lo sponsor dei Padri Comboniani, un ordine religioso cattolico internazionale.

A partire dall'anno 2006, momento della sua fondazione, l'organizzazione ha riabilitato e facilitato l'educazione e la cura di minori vulnerabili provenienti dalle aree di Korogocho, Dandora, Kariobangi e Ngong (*Napenda Kuishi Rehabilitation Program Trust website*, cfr *Sitografia*). *Napenda Kuishi*, letteralmente dallo swahili *Amo Vivere*, possiede e opera in tre diversi Centri, due dei quali sono collocati nell'area urbana degli slum di Nairobi: Boma Rescue a Dandora e Kisumu Ndogo a Korogocho – dove l'osservazione è stata svolta – ; mentre il terzo

è un Centro residenziale, che si trova in una zona rurale esterna e poco lontana dall'area urbana di Nairobi: Kibiko, sito a Ngong.

All'interno dei Centri lavorano professionisti locali, come psicologi, counselor e assistenti sociali, che hanno ottenuto titoli nelle maggiori università del Kenya.

La mission che l'organizzazione si pone è quella di "dare amore, promuovere l'uguaglianza e infondere speranza" nei ragazzi di strada che fanno abuso di sostanze psicotrope legali o illegali e vivono in condizioni di povertà estrema. Il modello teorico di riferimento è quello dell'approccio umanista di Carl Rogers, secondo il quale è necessario prestare un rispetto incondizionato per qualsiasi individuo con la finalità di favorire uno sviluppo umano positivo e salutare per tutti. Questo, all'interno del programma, si concretizza nello stimolare e accompagnare negli individui le capacità di autoconsapevolezza, autostima e fiducia; in un percorso di empowerment che li renda cittadini attivi e partecipi.

Per far ciò l'ONG si impegna a mobilitare risorse materiali e immateriali al fine di trovare metodi innovativi per la riabilitazione e la reintegrazione dei minori di Korogocho, Dandora e delle aree urbane limitrofe. Nonché di costruire relazioni terapeutiche efficaci tra utenti e membri dello staff.

Pertanto, gli obiettivi dell'ente vengono sintetizzati con la formula delle "3 R": ovvero *rescue*, letteralmente il *soccorso*, che si sostanzia nel lavoro di *street work* necessario all'andare incontro ai ragazzi di strada là dove vivono, invitarli al servizio e iniziare la presa in carico; *rehabilitation*, quindi il programma riabilitativo vero e proprio e *reintegration*, il reinserimento nell'ambiente sociale e familiare, nel sistema lavorativo o scolastico. Accanto a queste finalità, nei Centri vengono portati avanti anche interventi di carattere nutrizionale, educativo e di accompagnamento alle cure mediche (se necessario). Inoltre, per tutti gli utenti che hanno concluso il programma riabilitativo e il percorso di re-integrazione vengono seguiti periodicamente, attraverso azioni di after-care e follow-ups.

Secondo quanto dichiarato sul sito della stessa organizzazione (Napenda Kuishi Rehabilitation Program Trust website, cfr Sitografia), gli obiettivi prossimali sono quelli di proteggere i ragazzi da lavoro e sfruttamento minorile; riabilitare coloro che vivono in strada dal consumo di sostanze lecite e illecite, nonché offrire loro educazione e potenziamento delle capacità comportamentali, sociali e di cambiamento per aiutarli a diventare cittadini consapevoli.

D'altra parte, gli obiettivi di lungo periodo sono legati al creare consapevolezza nella comunità e nella società allargata relativamente allo sfruttamento e all'abuso minorile in ogni sua forma, nonché all'esigenza di protezione ed educazione, anche sul tema della dipendenza da sostanze. Per questo Napenda Kuishi collabora con NACADA-Kenya, ovvero la *National Authority for the Campaign Against Drug Abuse*.

All'interno di ciascuna struttura visitata sono attualmente attivi cinque operatori, affiancati, talvolta, da volontari o tirocinanti che ne facciano domanda e vengano selezionati e confermati dall'amministrazione centrale dell'organizzazione. In entrambi i Centri a ricoprire il ruolo di Coordinatore è un professionista laureato in counseling e psicologia, il quale, oltre a occuparsi dell'accompagnamento psicologico al programma riabilitativo, si occupa anche di amministrare la struttura, coordinando gli altri membri dell'équipe, sovrintendendo il buon andamento del programma e redigendo la componente burocratico-amministrativa legata al funzionamento del Centro e anche alla gestione del budget. Spesso è di nuovo il Coordinatore – insieme o alternativamente all'Assistente Sociale – a ricevere i familiari degli utenti, ed è sempre questa figura ad organizzare e tenere i seminari mensili a loro indirizzati.

L'Assistente Sociale ha invece il compito principale di amministrare il buon funzionamento del programma riabilitativo, per questo oltre a proporre e tenere autonomamente sessioni di gruppo relative a *life skills*, *team work* o *personal stories* che hanno luogo nei Centri ogni mattina, si occupa di distribuire nel corso della settimana anche quelle degli altri operatori, verificando e approvando le loro proposte (presentate tramite un modulo cartaceo denominato *session plan sheet*). Inoltre, l'Assistente Sociale si occupa dello *street work* nei primi mesi dell'anno o delle *home visits* e *follow-ups* nel resto del tempo, curando i rapporti non solo con le famiglie ma anche con le istituzioni scolastiche, le forze di polizia e le autorità locali. A questo lavoro *sul campo* (nei Centri non è quasi mai presente la corrente elettrica, per cui non sono utilizzati strumenti come telefonate o scambio di mail per mantenere questo tipo di relazioni, ma ci si reca fisicamente presso gli uffici o le sedi dei diversi stakeholders) si aggiunge il lavoro di colloqui individuali e di gruppo con gli utenti in carico, e il relativo lavoro di back-office per l'aggiornamento delle cartelle.

Il resto degli operatori presenti, 3 per ciascun Centro, denominati *support and care staff members*, si occupa di tenere sessioni di gruppo e, più di frequente, della sport e arte terapia e – quotidianamente – della terapia occupazionale, come per esempio il giardinaggio. Inoltre

questi operatori sono addetti alla cura dell'igiene degli utenti e della supervisione del lavaggio/ricambio dei loro vestiti (la quasi totalità dei minori non ha la possibilità di lavare altrove i propri capi di abbigliamento poiché non dispone di acqua corrente o di cisterne nel posto dove vive). Anche questi operatori accompagnano l'Assistente Sociale nelle attività di *street work* e di *follow-ups*.

A Nairobi, dunque, i Centri analizzati prendono in carico soggetti che abbiano indifferentemente dipendenze da alcol o da altre sostanze psicotrope. Questo non avviene invece a Milano dove i servizi di alcologia (NOA) sono distinti da quelli per il trattamento della tossicodipendenza (SerT).

Per quel che riguarda il primo caso, il Nucleo Operativo Alcologia (NOA) è un servizio territoriale facente parte del SerD (Servizio per le Dipendenze) specificamente dedicato alle persone che hanno problemi con l'alcol e ai loro familiari. All'interno di ciascuna struttura dedicata, un gruppo di professionisti – composto da medico, psicologo, infermiere, assistente sociale ed educatore – accoglie le richieste di aiuto, valuta le diverse componenti della problematica del paziente e della famiglia, propone e realizza un programma terapeutico basato sulle esigenze del singolo paziente. Il NOA propone, quindi, una valutazione ed effettua percorsi di cura ambulatoriali. Dato che il problema dell'alcol interessa vari aspetti della vita della persona è previsto che sia la valutazione che il trattamento siano frutto di un lavoro multidisciplinare, ovvero che siano effettuati in équipe dai diversi professionisti. Inoltre, nel corso del periodo di riabilitazione sono effettuate visite e colloqui individuali, colloqui di coppia e/o familiari e interventi di gruppo per tutta la durata della presa in carico.

Diversamente i servizi per il trattamento delle dipendenze da sostanze illecite si distinguono in servizi territoriali accreditati SerT (pubblici) e Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI). Entrambe le tipologie di servizi erogano interventi di prevenzione, cura e riabilitazione a favore di persone – in stato di libertà o reclusione - che presentano problematiche relative all'abuso e dipendenza da sostanze. Anche in questi servizi trova occupazione un'équipe multidisciplinare costituita da medici, psicologi, talvolta criminologi, assistenti sociali, educatori professionali e infermieri (Servizio per le Tossicodipendenze, cfr Sitografia).

Entrambe le tipologie di enti affrontano un percorso che comprende una fase di disintossicazione (e quindi di interruzione dell'uso della sostanza) – talvolta supportata dall'assunzione di farmaci o metadone – accompagnata da psicoterapia individuale, ma anche di coppia e/o

familiare. A ciò si aggiungono percorsi di gruppo condotti dagli operatori, finalizzati alla conoscenza e presa di coscienza dei rischi e delle problematiche legate al consumo delle sostanze e al sostegno dell'astensione o riduzione dell'uso delle sostanze assunte dall'utente. Se l'abuso ha compromesso anche la vita sociale e lavorativa della persona, i professionisti si occupano di portare avanti percorsi socio-riabilitativi ed educativi di reinserimento, anche sfruttando l'appoggio di organizzazioni e gruppi territoriali (come, per esempio, gli Alcolisti Anonimi). In questi processi si ricerca sempre il coinvolgimento dei familiari e della rete sociale dell'utente, affinché il processo evolutivo di cambiamento coinvolga il suo sistema a livello olistico e omnicomprensivo.

II.III.d. Quali dipendenze?

Nel corso dell'esperienza di osservazione sul campo si è potuto notare come anche le sostanze di abuso siano particolarmente differenti nei due contesti.

In Kenya, secondo la *National Authority for the Campaign Against Drug Abuse*, nel 2006, le sostanze psicotrope più consumate erano in ordine di prevalenza alcol, tabacco, cannabis (e cannabinoidi in generale), miraa (altrimenti detta *khat*, una pianta locale dalle proprietà prevalentemente eccitanti, che viene masticata), inalanti (come colle, petroli e resine chimiche) e farmaci regolarmente prescritti assunti in quantità non-terapeutiche. Le cosiddette "droghe pesanti", come eroina e cocaina, trovavano ancora poco spazio nel commercio di sostanze illecite del Paese.

Secondo ricerche più aggiornate, condotte sempre dal medesimo ente governativo nell'anno 2012, la cannabis è la droga illecita più facile da reperire, seguita dalla cocaina, mentre scarseggia ancora il commercio di eroina. Tuttavia resta l'alcol la sostanza di maggiore assunzione (NACADA website, cfr Sitografia). I cosiddetti "alcolici tradizionali" sono più spesso consumati da minori che vivono nelle zone rurali rispetto che dai coetanei che vivono nelle aree urbane. Questi, però, mostrano di essere più spesso dipendenti da *chang'aa* una bevanda alcolica illegale che raggiunge il 90% di volume alcolico (NACADA, 2006).

Inoltre, l’Autorità Nazionale dichiara che l’età media di prima assunzione di qualsiasi tipo di sostanza si sta progressivamente abbassando e, nel 2007, si attestava intorno ai 10 anni (NACADA website, cfr Sitografia).

Il periodo di osservazione trascorso presso gli enti ha, poi, consentito di notare come le sostanze maggiormente assunte dagli *street children* che popolano le baraccopoli siano soprattutto cannabis/marijuana e colle e inalanti. Queste ultime tipologie di sostanze sono particolarmente pericolose e dannose per l’organismo. Sicché contengono solventi organici hanno, infatti, effetti particolarmente distruttivi sulle cellule cerebrali e sui polmoni, visto che dissolvono la membrana esterna dei nervi e corrodono i tessuti (NACADA, 2006). Fanno parte di questa categoria qualsiasi tipo di sostanze chimiche, in particolare colle, prodotti per la pittura o contenenti metanolo, acetone e via dicendo. La loro caratteristica principale che li rende così popolari nello slum è il bassissimo costo correlato alla vasta disponibilità (Mugisha et al., 2003). Accanto a queste sostanze, estremamente diffuso è il consumo di chang’aa, anch’esso molto economico e dannoso, tanto da essere localmente conosciuto come *kill me quick* (Mugisha et al., 2003).

In Italia, d’altra parte, è sempre la cannabis a rappresentare la quota più ampia del mercato nazionale delle sostanze illecite (Governo Italiano, Dipartimento delle Politiche Antidroga, 2017), esattamente come accade nel Paese africano. Questa è poi seguita da *spice* (cannabinoide sintetico) e le cosiddette *nuove sostanze psicoattive*, di cui fanno parte per esempio ketamine e oppiacei sintetici.

Per quello che riguarda i più giovani, il *Report annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2017* del Dipartimento delle Politiche Antidroga dichiara che

il 33% degli studenti italiani (circa 800.000) ha provato almeno una sostanza illegale, la più utilizzata è di nuovo la Cannabis (32%) seguita dalla SPICE (cannabis sintetica) (11%). Il 3,5% ha utilizzato almeno una New Psychoactive Substance (NPS), il 2% ha assunto una sostanza senza sapere di cosa si trattasse e il 34% di questi ha ripetuto l’esperienza 10 o più volte. Negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilizzazione delle percentuali di consumatori di cannabis e cocaina, mentre per stimolanti e allucinogeni si registra una tendenza alla diminuzione. Il 14% degli studenti consumatori di sostanze illecite durante l’anno è policonsumatore.

Anche per quanto riguarda il consumo di oppiacei, stimolanti e allucinogeni, si confermano valori percentuali maggiori tra i giovani adulti rispetto alla popolazione. I consumi di queste sostanze risultano, comunque, maggiori a quelle della cocaina. Tuttavia la sostanza meno

abusata dai giovani risulta essere l'eroina, in assoluta controtendenza con i dati di qualche decennio fa (Governo Italiano, Dipartimento delle Politiche Antidroga, 2017) (Tabella 1).

CONSUMI DI ALMENO UNA SOSTANZA ILLEGALE NELL'ULTIMO ANNO (2016)		
	Popolazione generale	Popolazione studentesca
CANNABIS	9,8%	25,8%
SPICE	0,7%	11,1%
NPS (Nuove Sostanze Psicoattive)	1,4%	3,5%
COCAINA	1,0%	2,5%
EROINA - OPPIACEI	0,6%	1,1%

Tabella 1 – Consumo di sostanze in Italia. Elaborazione da Governo Italiano, Dipartimento delle Politiche Antidroga, 2017

Tuttavia è interessante notare come, tra gli utenti in carico ai servizi per le dipendenze la sostanza più rappresentata sia ancora l'eroina, seguita da cocaina e cannabis (Figura 6).

UTENZA IN TRATTAMENTO

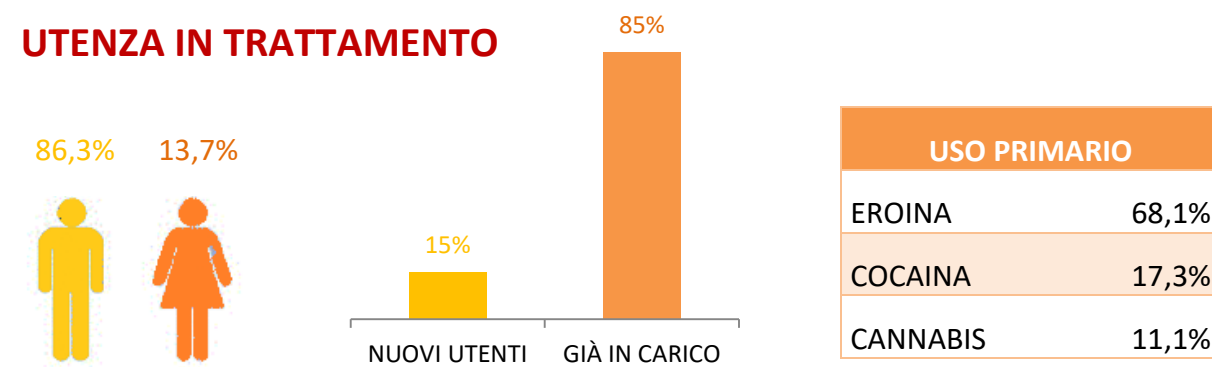


Figura 6 – Utenza in trattamento in Italia. Elaborazione da Governo Italiano, Dipartimento delle Politiche Antidroga, 2017

Questo elemento ci offre l'opportunità di affermare che il fatto che i nuovi assuntori – coloro, cioè, che assumono sostanze diverse, ovvero la maggior parte dei consumatori italiani di stupefacenti – che, viste le sostanze di utilizzo, sono privi di segni visibili immediatamente, per dirla con Russo: “non hanno il buco al braccio, non commettono crimini per procurarsi la sostanza, non hanno un aspetto indecoroso” (Russo, 2011) non generano allarme sociale.

Questa tendenza a un disagio interiorizzato, che non si manifesta esplicitamente attraverso condotte devianti, crea un anacronismo tra le droghe di maggiore assunzione e le sostanze più assunte dagli utenti in carico ai servizi, dando l'idea che l'immagine simbolica stereotipata del tossicodipendente non sia cambiata nel tempo, nonostante il variare dei consumi.

Per quel che riguarda, invece, il consumo di alcol – che anche nel contesto italiano è la sostanza più usata insieme al tabacco – secondo i report statistici di Éupolis Lombardia il comportamento dei consumatori nel tempo sta progressivamente cambiando: da abitudini di tipo tradizionale basate sulla consuetudine di bere soprattutto vino durante i pasti con frequenza più che altro giornaliera, quote maggiori di popolazione sono passate progressivamente a bere alcolici al di fuori dei pasti con frequenza prevalentemente occasionale (Scarpignato, 2017). Un elemento importante da considerare per valutare il grado di rischio legato all'assunzione di bevande alcoliche, che prende in considerazione il consumo giornaliero non moderato di vino, birra o altri alcolici è il cosiddetto "binge drinking", sempre più diffuso tra i giovani, ovvero l'abitudine a consumare consistenti quantità di alcolici (6 o più bicchieri) in un'unica occasione. Per esempio, nel corso dell'anno 2016 in Lombardia le persone di 11 anni e più con almeno un comportamento a rischio – in particolare consumo giornaliero non moderato o binge drinking – sono state 1 milione e 629 mila (pari al 18,2% della popolazione), mostrando un trend in aumento rispetto agli anni precedenti (Scarpignato, 2011). Inoltre questa tendenza risulta più diffusa in Lombardia rispetto alla media del resto del Paese. Gli alcolici più consumati sono, in ordine di prevalenza, vino, birra e i cosiddetti aperitivi alcolici. Questi ultimi – al contrario di vino e birra – mostrano una tendenza nell'aumento al consumo, così come è incrementato l'utilizzo di amari e superalcolici, specie tra i giovani (ISTAT, 2017). D'altra parte nella Penisola i comportamenti definiti *non moderati*, tra i bevitori di alcol, si osservano più frequentemente tra gli ultrasessantacinquenni, tra i giovani di 18-24 anni e tra gli adolescenti di 11-17 anni (ISTAT, 2017).

Inoltre, secondo il report sul consumo di alcolici dell'ISTAT, in generale in Italia

Considerando lo status socio-culturale della famiglia di origine si osserva come un basso status risulta essere protettivo nel caso del consumo a rischio di alcol. Per i figli che convivono con genitori con laurea o diploma il rischio di avere comportamenti di consumo a rischio aumenta di circa il 50% rispetto ai figli di genitori con al massimo la licenza di scuola dell'obbligo.

(ISTAT, 2017)

Si può, dunque, osservare come nei due Paesi in analisi molte variabili connesse alla dipendenza da sostanze sono differenti, partendo dalle sostanze di abuso fino alle condizioni socio-economiche e culturali degli abusanti. Questo ha una grande importanza per il tema della ricerca condotta, poiché al variare dell'immagine stereotipica del consumatore potrebbe variare anche la motivazione degli operatori nei servizi di trattamento e riabilitazione.

II.IV. Le interviste

Prima di procedere al lavoro di illustrazione dei risultati ottenuti e della loro rielaborazione (Capitolo III.) è necessario fornire qualche dettaglio tecnico-metodologico relativo alla conduzione delle interviste nei due contesti.

In particolare, come precedentemente esposto (Capitolo II.I.), le interviste sono state somministrate a un totale di 18 professionisti, comprendenti psicologi, assistenti sociali, educatori e operatori sociali, di cui 10 kenioti e 8 italiani. A Nairobi sono stati intervistati 5 operatori per ciascun Centro in cui è stata svolta l'osservazione – trattano minori con problemi sia di alcol che di tossico dipendenza – , mentre a Milano sono stati incontrati 3 professionisti attivi nei Nuclei Operativi Alcolologia (NOA) territoriali e 5 occupati nei Servizi per la Tossicodipendenza (SerT). Il range d'età degli intervistati va dai 25 ai 62 anni, con livelli di anzianità di servizio e precedenti esperienze professionali molto varie.

Sono stati intervistati tutti gli operatori dei Centri kenioti – che, come ricordato, non comprendono al loro interno personale medico-infermieristico – a esclusione di tirocinanti, personale di sicurezza (presente solo a Boma Rescue) e dell'insegnante di acrobatica, che svolge attività di sport-terapia con i minori. Per quanto riguarda, invece, la scelta dei professionisti milanesi da intervistare è stato utilizzato un metodo di selezione non-campionario casuale cosiddetto *a cascata*: infatti, dopo aver contattato alcuni operatori conosciuti che rispondevano ai criteri di ricerca, è stato loro chiesto di indicare persone di loro conoscenza che avessero le stesse caratteristiche richieste (ovvero essere operatori psico-sociali in NOA o SerT della Città Metropolitana di Milano).

Si è scelto di utilizzare uno strumento di raccolta semi-strutturato in profondità; infatti ciascuna intervista contava 24 domande a risposta aperta, utili per impostare la discussione con

gli operatori. Le domande poste servivano, dunque, da guida per gli intervistati, affinché fosse possibile articolare un discorso complesso, che lasciasse il giusto tempo e spazio ai professionisti per esprimere le loro opinioni, idee e credenze. La durata del colloquio è stata molto varia, fluttuando da un tempo inferiore ai 30 minuti fino a superare l'ora.

Prima di iniziare la somministrazione delle domande sono stati dati a ciascun operatore dei riferimenti generali sul lavoro di ricerca e sui suoi obiettivi principali, invitando gli operatori a porre qualsiasi tipo di quesito in merito prima, durante o dopo l'intervista. Inoltre, si è raccolto – in forma orale – il consenso informato relativamente alla registrazione audio degli incontri, che è stato fornito da tutti gli intervistati.

Per ciascuna registrazione è stato garantito l'anonimato, attribuendo un codice alfanumerico per ogni operatore: le prime lettere – N o M – indicano il luogo di lavoro, rispettivamente Nairobi o Milano, mentre i numeri – 1 o 2 – nel caso della Capitale keniota indicano i due diversi Centri dell'ONG *Napenda Kuishi*, mentre a Milano rispettivamente servizi NOA o SerT; le lettere alfabetiche successive distinguono invece ciascun professionista all'interno del medesimo contesto di lavoro. Accanto a ogni codice – nel corso dell'esposizione dei risultati (Capitolo III.) – verrà riportata l'età dei professionisti, ma non il loro genere o mansione specifica perché sia garantita la riservatezza della loro identità personale, visto che – specialmente a Nairobi – in ogni Centro sono impiegati un solo psicologo e un solo assistente sociale, mentre gli operatori sociali sono, per ogni struttura, due donne e un uomo; fattispecie della struttura del servizio che li renderebbe individuabili se venissero dati questi riferimenti in sede di discussione dei risultati.

Una volta raccolte e registrate, le interviste sono state trascritte nella lingua di conduzione, ovvero inglese in Kenya e italiano in Italia. Tuttavia, nella fase illustrativa dei risultati anche quelle tenutesi in inglese verranno tradotte in lingua italiana, pertanto la scelta dei termini è discrezionale, per quanto – ovviamente – si scelga sempre la versione più fedele all'originale. È importante sottolineare in questa sede come l'attività di osservazione sia stata fondamentale per l'impostazione delle interviste. Difatti – grazie anche alla conoscenza sviluppata tramite questo strumento di indagine relativamente ai professionisti, al contesto e alla interazione tra i due elementi – è stato possibile perfezionare le domande da rivolgere agli operatori, perché fossero idonee sia per raccogliere dati sia sui servizi kenioti che su quelli italiani. In questo senso, particolare attenzione è stata posta anche nella scelta dei termini da uti-

lizzare e nell'ordine di presentazione delle domande, affinché fossero il più chiare e il meno invadenti possibile. Si è scelto, per questa ragione, di articolare l'intervista in quattro argomenti principali: il primo relativo alla posizione lavorativa e alle mansioni svolte all'interno del servizio; la seconda – centrale – relativa alla motivazione e all'esperienza professionale; la terza riguardante informazioni di carattere personale e l'ultima conclusiva di ricapitolazione degli aspetti principali discussi. La scelta di anteporre alla raccolta dei dati personali - relativi per esempio al salario percepito o alle condizioni abitative – argomenti come la posizione lavorativa e motivazione è stata fatta per preservare questi dati nel caso gli intervistati si fossero rifiutati di rispondere e concludere il colloquio. Difatti, grazie al periodo di osservazione, alcune delle questioni trattate in questa parte di colloquio sono state individuate come particolarmente delicate e potenzialmente avvertite come molto personali o riservate, specialmente nel contesto keniota. Tuttavia nessuno degli operatori nei due contesti ha deciso di non rispondere o ha interrotto l'intervista, rispondendo a tutti i quesiti posti; questo grazie anche al contatto prolungato e profondo che si è avuto con i professionisti dei Centri di Boma Rescue e Kisumu Ndogo.

Capitolo III. I risultati

Il lavoro di analisi e restituzione dei dati raccolti si è rivelato particolarmente oneroso e complesso a causa, soprattutto, della complessità intrinseca dell'argomento trattato e della volontà di rispettare il più fedelmente possibile le opinioni e le idee degli operatori, così come sono state raccolte. La scelta è stata, quindi, quella di lasciare largo spazio alle loro parole e alle impressioni emerse direttamente nella fase di osservazione, citandole direttamente e commentandole, ma anche cercando di trarvi i significati utili e innovativi per rispondere alla domanda di indagine che muove questo elaborato.

Per fare ciò nel rispetto della privacy degli intervistati e del loro anonimato, ogniqualvolta verranno citati stralci dei colloqui di intervista si riporterà solo il codice alfanumerico riferito a ciascuno di essi (la cui spiegazione di funzionamento si rimanda al Capitolo II.IV.). Inoltre, si fa preventivamente notare che, nel processo di traduzione dalla lingua inglese, per i termini che sembravano non trovare una perfetta o soddisfacente corrispondenza di significato in italiano si è deciso di proporre comunque un lemma al fine di agevolare la lettura, salvo poi riportare tra parentesi il vocabolo specifico utilizzato in sede di intervista, di modo che possa essere colta dal lettore la sfumatura originale di senso.

Sempre in tema di rispetto dell'anonimato degli operatori, si è scelto di utilizzare il simbolo dell'asterisco (*) per le desinenze di genere di tutti quei termini – riferiti ai professionisti – che ne avessero una chiara connotazione. Sebbene questa scelta possa ostacolare o rendere più macchinosa la lettura, questa opzione sembrava essere la scelta più tutelante per i professionisti coinvolti, anche in ragione della struttura interna dell'organico di alcuni Centri, per i quali – in alcuni casi – sarebbe stato manifesto quale professionista corrispondeva al codice cifrato, se ne fosse stato citato il genere oltre all'età. Inoltre si ritiene che sia una scelta eticamente più corretta rispetto al volgere tutti i termini al maschile, nella tutela dell'identità e della parità delle operatrici che si sono prestate a rispondere all'intervista.

Per quanto concerne invece, nel concreto, l'analisi dei dati, sono state individuate delle costanti tematiche – talvolta corrispondenti a specifiche domande poste, talvolta trasversali a più quesiti – sulle quali si articola la motivazione dei professionisti a lavorare nell'ambito delle dipendenze da alcol o sostanze. Per questo motivo ciascuna di queste tematiche verrà analizzata singolarmente in questo Capitolo.

Inizialmente (Capitolo III.I.) verranno illustrate le risposte legate alla motivazione al lavoro nell'ambito delle dipendenze; motivazioni sia personali che hanno condotto gli operatori a scegliere questo settore, sia motivazioni legate all'importanza attribuita al trattamento di utenti dipendenti. Successivamente si prenderà in esame il tipo di rapporto che i professionisti hanno con gli utenti e tra loro, in équipe (Capitolo III.II.), evidenziando le differenze che caratterizzano i due contesti oggetti di ricerca. Particolarmente rilevanti e interessanti saranno anche le divergenze in termini di percezione della sicurezza dell'ambiente lavorativo (Capitolo III.III.). Inoltre verrà approfondito il tema di salari e posizione contrattuale degli operatori, al fine di valutarne l'impatto sulla loro motivazione (Capitolo III.IV.). Da ultimo, si cercherà di mettere in luce quali aspetti dell'organizzazione istituzionale all'interno della quale i professionisti lavorano abbiano per loro un'importanza cruciale in tema di scelta lavorativa (Capitolo III.V.)

III.I. Perché lavorare con le dipendenze?

Una prima precisazione che appare importante riguarda il concetto stesso di dipendenza. Infatti, nel corso delle interviste, agli operatori è stato chiesto di dare una propria spiegazione personale del termine, il più possibile slegata dalla definizione fornita dalla letteratura ufficiale. Tuttavia si è potuto notare come tra tutti i professionisti – e conseguentemente anche tra i due specifici contesti in analisi – non si registrassero particolari differenze nel concepire *cos'è la dipendenza*. Questa è, difatti, generalmente vista come una compulsione, un comportamento ripetuto di assunzione di una determinata sostanza o di attuazione di un certo comportamento senza il quale l'individuo sente di non poter funzionare correttamente a livello fisico e/o psicologico e per il quale necessita aiuto, cura e assistenza.

Quello che differisce, allora, non è tanto l'identificazione di ciò che è dipendenza, bensì il motivo per il quale si è scelto di lavorare nei servizi alla persona e, più nello specifico, in questo particolare ambito.

Un primo tipo di risposte particolarmente sorprendente in tal senso si caratterizza per essere esclusiva degli operatori kenioti ed essere legata alla propria esperienza personale pregressa. Con questo non si intende che gli stessi professionisti abbiano sperimentato in prima per-

sona o nella loro cerchia familiare ristretta problematiche legate all'assunzione patologica di sostanze psicotrope. Tuttavia molto spesso gli intervistati ritrovano parte della loro storia di vita – specialmente legata all'infanzia o alla prima giovinezza – nella medesima situazione di disagio in cui gli utenti vivono, poiché per esempio provengono a loro volta da slum o da reti familiari in condizioni di indigenza ed emarginazione sociale. Un esempio di questo può essere dato dalla risposta:

Quindi... quando... dopo il mio ultimo anno di scuola superiore, lì è quando ho realizzato... perché il posto da dove vengo è... non è molto bello... vengo da uno slum, perché anche XXXXXXX è uno slum. Lì è quando ho realizzato che dovevo fare qualcosa invece che fare solo del volontariato e non avevo questa conoscenza, quindi dovevo andare a scuola e imparare qualcosa, per poter fare meglio.
(N1.C, 30 anni)

È chiaro, quindi, che la propria scelta formativa prima e lavorativa poi sia in un certo senso legata alla propria storia di vita e alla volontà di offrire uno spunto, un'alternativa concreta alla condizione di vulnerabilità connessa con la tossicodipendenza e, spesso, microcriminalità che i minori in carico al servizio stanno sperimentando:

Mi piace davvero stare con gli adolescenti, specialmente i ragazzi. Ogni volta che facciamo una visita domiciliare sono molto motivat*. Sì, perché il tipo di vita che vivono è la stessa cui sono andat* incontro e almeno io sono arrivat* in un punto che mi piace ora, e vorrei aiutare anche loro ad arrivare da qualche parte...
(N2.E, 27 anni)

In questo senso emerge un tema particolarmente significativo, legato al trattamento che le forze dell'ordine all'interno delle baraccopoli riservano ai minori autori di reati – soprattutto risse, illeciti e furti – , che spesso ha un esito tragico per gli *street children*. Con questo sistema disumano di “pulizia e bonifica dalla devianza” parte dei professionisti ha avuto modo di confrontarsi direttamente nel corso della giovinezza, sebbene tutti gli operatori debbano ora imparare a rapportarsi con questi eventi e gestirli in tutela dei loro utenti:

La mia motivazione specificamente è assistere i giovani... nello stesso modo in cui sono stat* assistit* io tanto tempo fa. Quindi voglio assistere più persone possibili perché alcune delle attività dei ragazzi, specialmente negli slum, la maggior parte rischiano di incasinargli la vita. Il sistema... loro gli sparano e basta. Quindi cerco di assisterli in ogni maniera possibile. Per questo credo nel lavorare con

loro per cercare di tirarli fuori dalla droga. Non posso fare molto, ma almeno posso fare questo. (...). Non posso dire che non ci siano sfide. Ci sono sfide, perché le persone muoiono, persone di cui ci stavamo occupando...

(N2.B, 26 anni)

Ciò significa, più nello specifico – come si è avuto modo anche di osservare direttamente nel corso della permanenza nei Centri – che la polizia spara non solo a coloro che sono colti in flagranza di reato, ma anche a quegli individui cui sono imputati un certo numero di furti e crimini minori. Questo si verifica pressoché quotidianamente nei sobborghi di Nairobi, creando spesso scompiglio tra la popolazione locale, che si ribella alla “pulizia sociale” portata avanti dalle forze dell’ordine, creando ulteriori ingorghi e risse, a volte anche molto accese. È chiaro, dunque, che questi fatti non passino inosservati agli occhi dei professionisti – che devono rapportarvisi nello svolgimento delle loro attività lavorative, visto che coinvolgono i loro utenti in prima persona – e costituiscano per loro una fonte di motivazione importante nel tentativo di tutelare i ragazzi dipendenti. Questi, infatti, al fine di racimolare soldi per acquistare alcolici e stupefacenti, sono coloro che spesso si rendono in prima persona autori di reato e sono pertanto ricercati dalla polizia, temendo per la loro stessa incolumità. Allo stesso tempo, però, diventa esponenzialmente più demotivante il fatto di vedere gli utenti fallire il loro percorso di riabilitazione, tornare a vivere per le strade e riprendere l’uso delle sostanze:

- Quello che mi piace di questo lavoro... Puoi vedere davvero l’effetto del tuo lavoro. Puoi davvero... fa bene al 50% degli utenti, sei valorizzat* se puoi notare che stai andando avanti bene. Ti senti content*. C’è soddisfazione, puoi vedere il tuo risultato alla fine. Ora... cosa, quello che non mi piace del mio lavoro è che il restante magari 50% molla... ha una ricaduta e torna per strada. Alcuni sono stati anche sfortunatamente uccisi. Quindi da quando ho iniziato ne ho persi più di 4... di quelli che ho conosciuto personalmente [NdR: *l’intervistat* ha iniziato a lavorare per il Centro nel Gennaio 2016*].

- Sono stati uccisi?

- Sì, sono stati uccisi, quindi... questo è davvero scoraggiante per me. Anche... l’ambiente anche non è... è una sfida. È una sfida per noi. E anche i parenti... C’è povertà e, sì... Quindi... Ci sono molte forze negative che influenzano il nostro lavoro, ma devo andare avanti.

(N2.A, 30 anni)

Sai, il più delle volte ci sono persone nello slum, specialmente i giovani, la maggior parte di loro vengono uccisi, la maggior parte... hanno problemi sociali [*let. social issues with*] insieme alle loro famiglie. E ogni volta che vedi che sei intervenut* in un caso e questo ha successo, vedi che la persona ha

cambiato vita, questo ti motiva e ti senti molto bene perché gli hai cambiato la vita... altrimenti non l'avrebbe mai fatto. Specialmente per i ragazzi che sono adolescenti, magari tra i 15 e i 19 anni, fino ai 20: loro vengono uccisi, per cui se ne cambi uno hai salvato una vita, ed è bello, è come... questo mi motiva. Mi sento bene. Ma ogni tanto mi prende l'altro lato delle emozioni – magari è parte della domanda... cioè, ogni tanto sei scoraggiat* se fatichi così tanto e poi magari c'è un altro livello, come qui, lo sai come lavoriamo, c'è un altro passo *[si riferisce all'eventuale invio dei casi più difficili a una comunità residenziale che fa parte dell'organizzazione per un ulteriore anno di riabilitazione]*, se un ragazzo non cambia affronta un ulteriore percorso di riabilitazione... Quindi è come se... l'utente ha fatto un cambiamento e all'improvviso vedi che non ci sono... non c'è un intervento concreto, voglio dire, non ci sono interventi adeguati da parte dell'organizzazione o dell'amministrazione, così che loro *[gli utenti]* finiscono di nuovo per strada e si riabitano alla loro vecchia vita. Diventa un test, e non è motivante. Ma l'altro caso va bene... quando hai parlato con una persona ed è cambiata ti fa sentire bene. Io mi sento bene.

(N1.B, 30 anni)

Diversamente da questa particolarissima motivazione al lavoro con le dipendenze, che possiamo del tutto associare al contesto all'interno del quale i professionisti sono collocati, esistono per tutti gli intervistati delle ragioni più canoniche per l'aver cercato un'occupazione in questo campo. In particolare più operatori dichiarano che questa scelta in prima battuta sia stata attribuibile al caso oppure legata a uno specifico interesse o passione. Relativamente al primo caso, si evidenziano quindi risposte come queste:

E adesso, poi in realtà io sono capitat* al NOA un po' per caso, poi invece ho un po'... insomma, il tipo di lavoro che si fa mi piace, mi interessa. Ecco.

(M1.A, 31 anni)

Sì... Ehm... in realtà è stato un po' un caso, perché io lavoravo come educatore professionale prima nel campo della psichiatria... Ho fatto circa 7 anni nella psichiatria in un CPS... Poi ho chiesto il trasferimento e sono stat* trasferit* nel settore dei disabili... (...) e ho lavorato per un servizio di formazione all'autonomia anche lì per circa 7 anni. Quando la competenza sulla disabilità è passata dai servizi sanitari ai servizi sociali dei Comuni il mio servizio dove lavoravo praticamente è stato restituito ai Comuni. Prima era in capo all'ASL... gestito direttamente dalla ASL... l'ASL lo ha praticamente trasmesso ai Comuni. Quindi i Comuni avevano loro personale o comunque cercavano personale loro tramite delle cooperative... e quindi io essendo... dipendente dell'ASL, mi hanno proposto di lavorare nelle dipendenze. (...) Sì... L'ambito delle dipendenze era un ambito che comunque mi incuriosiva... Non avevo un'esperienza di questo genere, per cui all'inizio è stato un po' difficile, però insomma con l'aiuto dei colleghi ho, ho imparato, insomma.

(M1.C, 51 anni)

D'altro canto, il fatto che si sia arrivati a lavorare nel settore delle dipendenze a volte senza che ciò sia la diretta conseguenza di un progetto preciso non significa che la professione che si svolge non sia guidata da ragioni profondamente etiche e talvolta ideologiche:

- Sì... in... bhe, sì, insomma... Su quello posso dire che io non avevo... non avevo mai avuto... insomma ho delle idee molto ideologiche sul tema delle dipendenze... derivanti anche da un'esperienza politica di convinzione. Ma non hanno mai intaccato con il sistema...

- Ma pensi siano state determinanti per farti scegliere di...

- Non di andare a lavorare in un servizio dipendenze, ma la scelta professionale deriva da quello, sì.

- Quindi la scelta di fare l'assistente sociale...

- La scelta professionale è fortemente determinata dalle mie posizioni, sì, sì, sì, assolutamente... ideologiche... del mondo, della società che vorrei. Questo sicuramente ha determinato la scelta professionale, non il servizio. Perché il servizio lo determina una dimensione reale di risposta al bisogno di lavorare. Quindi le condizioni anche migliori che ti vengono offerte, ahimè, determinano il lavoro.

(M2.A, 35 anni)

Una ulteriore, dovuta precisazione è comunque legata al fatto che anche chi si è trovato casualmente a lavorare in questo tipo di ambito, afferma nel corso dell'intervista di aver sviluppato nel tempo un interesse particolare e autentico, che lo spinge a rimanerci e non tentare di trovare occupazione in altri campi. D'altra parte tra i professionisti c'è anche chi ha cercato di proposito un'occupazione in questo settore specifico fin dal principio:

La mia motivazione era che mi piaceva lavorare... cioè, come avevo detto prima, lavorare in un servizio pubblico, cioè in un servizio socio-sanitario. Ho vinto il concorso ed ero molto content* di farlo. Quella era la motivazione. Mi ha lasciato una serie di, di, di insegnamenti molto forti per il lavoro professionale e il... la vita. Lo dico davvero.

(M2.A, 35 anni)

Ehm... sicuramente è un interesse che mi è nato già dall'università. Nel senso che quando ci era stato chiesto di indicare delle preferenze su dove andare a fare tirocinio io avevo inserito le dipendenze. Ho fatto il tirocinio, mi è piaciuto, quindi avevo già un po' di esperienza, un'idea di che cosa si facesse, quindi... è stata proprio una scelta mirata, nel senso che io avevo piacere a lavorare in un settore del socio-sanitario, quindi non prettamente sociale come il Comune o... altri ambiti di quel tipo, ma più sul socio-sanitario, multi-professionale, con più un aspetto anche di collaborazione con più figure diverse, non solo sociali.

(M2.C, 31 anni)

Per i colleghi di Nairobi la preferenza sembra, comunque, più spesso orientata sulla caratteristica particolare del servizio, relativa al fatto che gli utenti siano minorenni piuttosto che sulla specificità che abusino di sostanze legali e illegali, dato che nessuno infatti indica come ragione che li spinge al lavoro:

Io penso che... in generale è semplicemente, ehm, la mia passione per lavorare con i ragazzi e anche con questi giovani che arrivano da contesti svantaggiati e sapere che li raccogli da terra e che li stai trasformando... in... persone che saranno rispettate nella comunità per il futuro... nel futuro. Quindi, sì, è questo.

(N1.A, 27 anni)

Ho la passione per questi ragazzi. Ho visto così tanti bambini soffrire e infatti io... ero motivat* da... Ho sentito che avrei potuto stargli vicino per aiutarli più che potevo, perché dipende... A quel tempo *[quando ho iniziato a lavorare]* avevamo molti, molti... ehm... bambini dipendenti dalle droghe ed erano... dappertutto a Korogocho.

(N2.D, 51 anni)

Penso che per me siano due cose *[che mi hanno spinto a fare questo tipo di lavoro]*: mi piace davvero l'esperienza e soprattutto la passione che ho per i ragazzi.

(N2.E, 27 anni)

Tuttavia il tema della *passione* – associata a interesse e predilezione per questo tipo di lavoro psico-sociale – è condiviso trasversalmente in entrambi i contesti e viene, in qualche modo, rivendicato come necessario per poter fronteggiare la complessità del servizio e avere successo nel percorso terapeutico che si affronta insieme all'utente:

Cosa mi piace? Mi piace molto avere a che fare con questa tipologia di utenza, anche perché se non è una cosa che ti piace ti logora talmente tanto che è difficile che tu riesca a farlo per tanti anni, nonostante le motivazioni economiche. Se non è una cosa che ti piace abbandoni dopo un po', come hanno fatto anche diversi colleghi. Eh... il tossicodipendente ha una personalità particolare, diciamo. È vero quello che si dice del fatto che sia manipolatore, del fatto che ti sembra magari di averlo coinvolto, di averlo agganciato poi sparisce per mesi, poi ricompare... non c'è una continuità. (...) Dirti che cosa mi piace trattare di più... insomma io sono nat* con le tossicodipendenze praticamente, quindi mi trovo molto più a mio agio. Ecco, questo sì, sicuramente sì. Ti ripeto, se non è una passione... è difficile che tu riesca a starci in un contesto del genere. Non so, non so... Quando sei arrivata *[si rivolge all'intervistatrice]*, non so se hai visto, adesso c'è la somministrazione *[del metadone]* e si vedono delle scene pazzesche ogni giorno... finisci col non farci neanche caso, diventa normalità, praticamente.

(M2.E, 38 anni)

Sicuramente la motivazione in un servizio per le tossicodipendenze deve essere molto alta, perché sono pazienti poco complianti, che fanno fatica a curarsi, che hanno loro stessi a volte una scarsa motivazione. Quindi se anche l'operatore ne ha una bassa lui, è ovvio che si riesce poco a lavorare! Il servizio cura, ma è la relazione terapeutica che cura maggiormente! Il servizio è composto dalle persone, da come le persone lavorano, da come le persone interagiscono nel loro lavoro, da come interagiscono con i pazienti! Per cui è davvero la relazione terapeutica che cura e l'investimento terapeutico che fai sul paziente, sul lavoro, sull'organizzazione. Ecco. Io devo dire che all'interno di questo servizio e anche del servizio in carcere in cui lavoro io sono fortunat*, perché ci sono una serie di professionisti molto motivati, che mettono una grande passione, che pensano al lavoro.

(M2.B, 55 anni)

Anche il tema della gratificazione e del piacere personale legati al proprio lavoro emerge in più occasioni, talvolta connesso alla propria sfera emotiva e intima, talvolta alla soddisfazione derivante dalle possibilità che il servizio offre a operatori o utenti:

Eh... Oddio... La cosa che mi piace di più... è che... lavorando con le altre persone in realtà lavoro su me stess*. Quindi un po' curando gli altri curo me stess*. Sono... cioè mi ha permesso di lavorare su un sacco di aspetti di me, di modificarli, di fare dei pensieri, di... è proprio come se fosse una auto-terapia quotidiana. E questa è la cosa che mi piace di più e che mi è stata più utile. Nello specifico rispetto a quello che faccio, sicuramente quando poi le situa... sì, insomma, le persone stanno bene. Non tutti i casi vanno così, però poi quando si... ci sono dei cambiamenti anche... evidenti, quello fa piacere.

(M1.A, 31 anni)

Ehm... a differenza di altri tipi di pazienti, curare un paziente alcolista, se si lavora bene e si sa dove andare a indirizzare l'intervento, è un lavoro estremamente gratificante, estremamente interessante perché i pazienti guariscono il più delle volte bene o per lo meno fanno dei passaggi, delle tappe di percorso molto interessanti, costruttive per loro ma gratificanti anche per l'operatore. E poi soprattutto perché è un lavoro estremamente creativo, non è un lavoro monotono.

(M1.B, 62 anni)

Quello che mi piace di più del mio lavoro è il modo in cui lo gestiamo e la sorta di libertà che abbiamo.

(N2.E, 27 anni)

Al di là, quindi, della scelta professionale di lavorare nel settore psico-sociale che si occupa del trattamento delle dipendenze da alcol o sostanze, un aspetto di particolare interesse è

relativo alle risposte raccolte alla richiesta di motivare la ragione per cui sia importante prestare servizi di riabilitazione per gli utenti tossico/alcolodipendenti.

Come si evince dal seguente passo estrapolato da un report di osservazione redatto a Nairobi, in questo particolare frangente è emersa una tematica inaspettata già in seguito alla raccolta della prima serie di interviste, riconfermata poi anche dalla sessione seguente tenutasi nel secondo Centro dove è stata svolta attività di ricerca, relativa al *senso di appartenenza comunitaria* che i professionisti kenioti dimostrano:

Nonostante avessi già una relazione molto stretta con alcuni professionisti operativi in questo contesto [il Centro di Boma Rescue], con i quali quindi mi ero già confrontata in merito a svariati temi, sono comunque emersi [nel corso delle interviste] aspetti molto interessanti ai fini della ricerca. Per esempio (...) quasi sempre emerge il tema della comunità: del suo sviluppo, del prendersi cura delle generazioni attuali per il bene di quelle future, del restituire qualcosa di buono che in precedenza si è ricevuto. Questo mi ha sorpreso soprattutto alla luce del fatto che le provenienze socio-economiche degli operatori sono molto diverse tra loro: pochissimi hanno trascorso l'infanzia nello slum dove attualmente lavorano (o in uno limitrofo); alcuni provengono da una famiglia che potremmo definire appartenente al ceto medio/medio-basso (con tutte le dovute precauzioni e le note che sono da aggiungere a questa definizione, poiché comunque gli standard di vita non sono comparabili a quelli europei); altri ancora hanno vissuto gran parte della vita prima del College nelle rural areas legate alla appartenenza alle tribù, dove l'ambiente di vita e i problemi da fronteggiare sono completamente diversi da quelli delle aree urbane (e specialmente degli slum).

Lavorare nell'ambito delle dipendenze sembra quindi essere una missione personale legata a un progetto di cambiamento comune e comunitario.

(Report settimane 9 e 10 – 30 Aprile)

È emersa, dunque, dalle parole dei professionisti la volontà di prendere parte un cambiamento che interessi la comunità locale a tutto tondo, nella sua interezza. La volontà di rendersi autori di una tendenza virtuosa al miglioramento e alla crescita non solo ambientale, ma anche umana, culturale e sociale *della e per la* collettività. Questa prospettiva è più chiara se si prendono in esame direttamente i discorsi degli intervistati:

Secondo la mia opinione, penso che sia importante perché quello che sento è... loro sono la generazione di domani. Quindi se abbiamo persone sobrie io penso che abbiamo... una migliore generazione di domani.

(N1.C, 30 anni)

Mmm... È un buon lavoro in effetti. È... è un'esperienza non facile, è dura in effetti. (...). Ma dobbiamo: questo è il sistema del nostro programma a cui noi stiamo prestando servizio [*let. we are serving*] qui, e cosa più importante stiamo servendo la comunità. Se lasciamo questi ragazzi a... semplicemente... loro rischiano di incasinarsi la vita. Quindi dobbiamo continuare a lavorare per aiutare questi giovani e soprattutto per servire la nostra comunità.

(N1.E, 25 anni)

Napenda Kuishi [*il nome dell'organizzazione*] è un bel posto, è un bel lavoro... anche se il salario non è così buono... ma devi servire, devi, devi... devi ampliare la tua carriera... non lavori solo perché magari devi farlo. Perché io, io... io, io lavoro perché sento che qualsiasi cosa io stia facendo mi ripagherà in seguito, non solo dandomi un buon lavoro o così... Ma sento che sto servendo la comunità, sto facendo qualcosa di buono per i miei utenti qui e sento che Dio mi ricompenserà.

(N1.E, 25 anni)

È importante lavorare con loro perché se possiamo soccorrerli e metterli sulla retta via [*let. reform them*], in futuro possiamo risanare il nostro ambiente. Perché la maggior parte dei nostri utenti sono quelli che... portano... che rendono peggiore la sicurezza qui, perché loro... dopo aver usato le sostanze, loro commettono alcune attività criminali che possono colpire i nostri figli o i nostri genitori. Quindi dopo che li abbiamo soccorsi gli diamo un futuro migliore. Il nostro Paese avrà molte persone che faranno prosperare questo Paese.

(N2.C, 43 anni)

Perché... (*silenzio*)... Penso... Sai, soprattutto le persone che vivono a Korogocho, perché io sono stat* a Korogocho per del tempo... La vita delle famiglie a Korogocho... ehm... lo sai, le parole in inglese oggi se ne stanno andando. Ma va bene, voglio dire che le famiglie e il modo in cui vivono a Korogocho ti fa sentire che devi lavorare in questo posto.

(N2.D, 51 anni)

Questa prospettiva emergente di lavoro al servizio del bene della comunità e di cambiamento sociale collettivo è la motivazione principale che dalla totalità dei professionisti kenioti viene riportata nel corso delle interviste come ragione della necessità di prendere in carico percorsi di trattamento e riabilitazione di utenti dipendenti da sostanze (anche se in questa sede se ne sono dati solamente alcuni esempi).

Il dato si fa, comunque, ancora più interessante se comparato con le risposte dei colleghi milanesi, che guardano, invece, a un'ottica più individualistica improntata sul benessere bio-psico-sociale del singolo utente:

In qualche maniera lavorare sulle dipendenze e capire a che punto è la dipendenza e qual è il passaggio successivo della stessa è comunque sempre un'attività primar... preventiva. E ha l'obiettivo di, di, di salvaguardare la vita della persona che abbiamo di fronte.

(M2.D, 54 anni)

Mah, è fondamentale perché queste persone stanno male! Cioè, le persone che vengono qui stanno male e vogliono comunque in qualche modo stare meglio. Stare magari tanto meglio o un pochino meglio. Gli strumenti che noi mettiamo a loro disposizione e che continuo a dire vengono sempre, comunque, continuamente rivisti e rimodernati e ricostruiti e rinnovati sono degli strumenti che consentono alla persona che beve troppo e ai suoi familiari di vivere meglio. Per cui questi devono essere percorsi di salute, ma non soltanto dal punto di vista del togliere l'alcol e basta o dal punto di vista sanitario per cui se tu togli l'alcol gli esami migliorano e quindi tu fisicamente stai bene, perché questo è solo un primo passo. Non basta. Quello che conta, che modifica davvero la persona rispetto alla sostanza attraverso la quale si sentiva più sicuro, perché la persona che beve cerca aiuto, cerca una stampella artificiale nell'alcool. Nel momento in cui io quella stampella artificiale gliela tolgo, devo fare in modo che la persona si costruisca delle altre stampelle sostitutive, ma di salute che fanno in modo che lo facciano o la facciano vivere meglio e non abbia più bisogno di ricorrere all'alcol per stordirsi, non pensare, usare l'alcool come un farmaco, dire le cose che non riesce a dire perché ubriaco o ubriaca perché altrimenti non riesci a dirle, relazionarsi, continuare a relazionarsi a un contesto patologico attraverso l'alcool perché altrimenti non ce la farebbe a continuare a stare in quel luogo, in quel contesto. Tutte queste cose devono cambiare. Allora, per fare in modo che tutte queste cose cambino, è fondamentale fare in modo che il paziente utilizzi degli strumenti che mai gli sono venuti in testa o che comunque da solo non sarebbe riuscito a darsi. Deve essere convinto che quello strumento possa essere adatto per lui o per lei, incominci ad utilizzarlo e attraverso questo utilizzo sperimenti un cambiamento che non gli fa paura.

(M1.B, 62 anni)

Mah, perché è importante lavorare con utenti dipendenti da sostanze perché la dipendenza dalle sostanze impedisce di fatto una vita serena e di benessere. Cioè qualsiasi sostanza... poi dipende dal livello di dipendenza... però è ovvio che noi qui trattiamo soggetti che hanno una seria dipendenza. Il DSM sostiene che tutti sono dipendenti se usano, però distingue il grado il medio, moderato o grave. Noi qui abbiamo solitamente, abbiamo – senza solitamente – soggetti con una dipendenza grave. E quindi che arrivano addirittura commettere reati per questa dipendenza. Allora è importante lavorare sulla dipendenza perché altrimenti la dipendenza ti impedisce una vita serena. Ti impedisce una condizione di benessere psicologico, sociale, mentale, fisico. Ti impedisce delle azioni sane. Ti impedisce una vita fatta di tranquillità. Ti impedisce di essere, di tirar fuori anche delle buone competenze che magari possiedi. E quindi io ma penso che lavorare sulla dipendenza sia fondamentale per stare bene, per stare meglio. Per te e per le persone che ti sono intorno.

(M2.B, 55 anni)

Alcune volte questa ottica rivolta al benessere individuale viene, poi, coniugata con il tema del diritto; in primis del diritto alla salute:

Perché sono dei cittadini che hanno diritto ad avere un luogo dove portare i loro problemi e dove poterli risolvere più o meno gratuitamente. Quindi è un diritto alla salute, direi, di cittadinanza proprio.
(M1.C, 51 anni)

Solo in due casi, nel contesto italiano, vengono espresse motivazioni ibride – a cavallo, cioè, delle due visioni – che si avvicinano all’ottica comunitaria dei professionisti kenioti. Le argomentazioni si rifanno, però, a una prospettiva collettiva più improntata sul contesto sociale che non a quello comunitario:

Perché sulle dipendenze dal punto di vista... intanto per una funzione sociale, perché fa bene alla società. E poi perché davvero sul sistema delle dipendenze, più si investe e più si allontanano delle persone da comportamenti che comunque sono molto complicati da gestire per loro e per... per il loro mondo di relazione, il loro mondo affettivo.
(M2.A, 35 anni)

È importante secondo me sia rispetto a... proprio quello che è il tema della salute in generale, perché se parliamo nello specifico di dipendenze da sostanze... hanno tutta una serie di conseguenze fisiche e psicologiche e tutto quello che vuoi, che hanno poi delle ripercussioni proprio a livello di società, di vita delle persone, di benessere proprio della persona che è dipendente, della sua... delle persone che ha intorno, quindi sia famiglia, che relazioni o altro, ma anche se vogliamo fare un discorso più in generale a livello di società, perché... il problema delle sostanze è che quello che cerchiamo... che cerco almeno io di far capire alle persone è che non riguarda solo la singola persona, perché spesso un po' quello che si sente in giro è “vabbè, ma quella persona sceglie di drogarsi, è una sua scelta quindi... non fa male a nessuno, cavoli suoi...”. Non è vero: questa cosa qua secondo me è proprio un... un discorso sempre molto più ampio, perché non siamo persone avulse dallo spazio-tempo, quindi essendo sempre in relazione con altri ci sono sempre altre persone coinvolte nel nostro problema. Se... io ho un problema di dipendenza, bisogna andare a vedere un po' tutto quello che è il mio contesto familiare, sociale, e poi come si ripercuote su tutte le altre persone con cui mi relaziono.
(M2.C, 31 anni)

Si vede dunque come – sebbene la dipendenza in sé sia interpretata allo stesso modo dai professionisti dei due contesti – nelle due realtà differiscano le ragioni di approccio al mondo dei servizi alla persona (in Kenya spesso legati alla storia personale degli operatori) sebbene convivano anche molti punti di contatto.

Diverso è il caso delle ragioni per le quali si ritiene sia necessario prendere in carico utenti dipendenti da sostanze. In questo ambito, infatti, emergono due filoni distinti, sorprenden-

temente legati quasi esclusivamente all'appartenenza socio-culturale, che vedono da un lato la cura delle dipendenze come un servizio reso alla comunità e, dall'altro, il percorso terapeutico come sostegno al singolo individuo per migliorarne il benessere, sotto ogni aspetto.

III.II. La relazione con utenti e colleghi

Abbiamo visto (Capitolo I.III.) che la motivazione di un professionista è il risultato delle interazioni tra gli individui e il loro ambiente di lavoro e la corrispondenza tra queste interazioni e il contesto sociale più ampio (Franco et al., 2002). Anche per questo risulta, quindi, importante prendere in analisi come gli operatori intervistati vivano i rapporti con le altre persone insieme alle quali si trovano a condividere spazio e tempo di lavoro.

A tal proposito in sede di osservazione nei Centri di Nairobi si è prestata particolare attenzione all'organizzazione e la strutturazione delle attività quotidiane, con particolare focus sui momenti e le modalità di interazione degli operatori tra loro e degli operatori con gli utenti in carico al servizio. Da questa osservazione sono poi nate delle riflessioni raccolte nei resoconti settimanali:

(...) dopo mangiato le attività sono più ludiche o di svago (videogames, film, partite di calcio...). Gli operatori si prendono quindi il tempo per i colloqui individuali con utenti o familiari o per scrivere i loro report; mentre il resto del pomeriggio possono trasformarsi in barbieri, arbitri o tecnici elettronici per sistemare qualche apparecchio che non funziona a dovere.

All'inizio tutto questo è semplicemente fuorviante e a volte è stato difficile capire come inserirmi in queste attività. Ora è chiaro che tra i miei compiti c'è anche quello di tagliare i pomodori e le cipolle per il pranzo, giocare a carte coi ragazzi e rassettare la sala dello Staff: è semplicemente parte integrante del lavoro e della quotidianità e nessuno si sente sminuito nel suo ruolo nel farlo.

(Report settimane 1, 2 e 3 – 11 Marzo)

Come si evince da questo breve passo, per i professionisti kenioti non solo è normale, ma è anzi fondamentale riuscire a ritagliare momenti informali di interazioni tra loro – per esempio, a Boma Rescue, ogni mattina, prima che i ragazzi arrivino al Centro si prepara e si beve il the insieme – e, soprattutto, con i minori. Una buona relazione con gli utenti è infatti considerata la componente principale del percorso riabilitativo, così come lo è la vicinanza affetti-

va che nasce da questo legame di condivisione che consente all'operatore di entrare nel mondo del ragazzo e di aiutarlo a modificarlo, migliorandolo.

Per quanto riguarda nello specifico il rapporto con i minori in carico si presentano, dunque, alcune delle risposte raccolte in sede di intervista:

La mia relazione con loro [*gli utenti*] è buona, specialmente con i nuovi utenti, perché continuiamo a interagire ogni giorno, ogni giorno. Perché per poter capire i problemi che stanno affrontando, devi essere molto vicino a loro.

(N1.E, 25 anni)

Il fatto del tutto sorprendente – almeno per il modo occidentale di concepire il rapporto professionista-cliente, operatore-utente nel caso dei servizi alla persona – è, però, che spesse volte vengano utilizzati termini del lessico familiare, come in questi casi:

Io cerco di essere un genitore per gli utenti. Questo significa essere loro amico ma anche qualcuno che vuol vederli... cambiare... nei comportamenti. Ogni tanto sono chiamat* a essere sever*... e... anche... essere quella persona che deve portare un po' di disciplina. Ma loro sono, loro sono miei amici. Si riferiscono a me con il mio soprannome, quindi questo ti mostra come ci relazioniamo. Sì... e penso che loro siano... penso che loro si fidino di me... possono venire e confidarsi con me... i loro bisogni... quello che vogliono... ehm... sì, questo.

(N1.A, 27 anni)

In effetti sono molto molto vicin* a loro, perché la maggior parte ha avuto qualche problema e puoi vedere che loro mi chiamano per dirmelo... questo, questo mi mostra che mi prendono per un loro genitore.

(N1.D, 54 anni)

In particolare in questi primi due casi, un operatore utilizzava specificamente la parola *padre* mentre un'operatrice la parola *madre*, che invece sono stati tradotti in questa sede con la parola neutra *genitore* così da nascondere il genere al fine di tutelarne l'anonimato (come più lungamente discusso al Capitolo III.).

Tuttavia *padre* e *madre* non sono gli unici termini del lessico familiare utilizzati per descrivere il proprio rapporto con gli utenti, molto spesso viene fatto riferimento anche ai *fratelli*:

Io sono anche impegnat* nel... dargli [*agli utenti*] amore. Questo quando io sono qui, perché quando [*loro*] sono là [*si riferisce probabilmente alla strada*] nessuno gli sta vicino, sì. Sono trattati come

spazzatura. Ma quando io sono qui li tratto come miei fratelli perché sono più grande di loro... quindi... li tengo vicino a me così che possano aprirsi con me.

(N1.C, 30 anni)

Io penso che per me sia una relazione normale, come una relazione tra fratelli. Perché io li vedo normalmente come miei fratelli, anche se io non ho un fratello più piccolo, sono io il/la più giovane! (*Ride*)... Io li vedo semplicemente come i miei fratelli più piccoli, quindi li tratto [*let. I take them as*] come parte della mia famiglia.

(N2.E, 27 anni)

Questo tipo di narrazione del racconto del rapporto con i propri utenti è particolarmente insolito ed estremamente in controtendenza rispetto all'idea di relazione terapeutica tradizionale che hanno coloro che invece lavorano nei servizi della Penisola, che in generale preferiscono mantenere rapporti più formali.

La differenza è, quindi, particolarmente marcata se si confrontano le risposte tra i due contesti. Alla domanda *che tipo di rapporto cerchi con gli utenti*, infatti, gli operatori di Milano hanno risposto così:

Una relazione prettamente terapeutica! Devono nel giro di 2, 3 mesi, 4, imparare ad affidarsi. Perché se non si affidano una relazione non si costruisce... E in alcologia in particolare.... di questo io posso parlare... certo anche negli altri ambiti... se non scatta qualcosa nei primi mesi di lavoro, tra il terapeuta e paziente, tra il medico e il paziente, per cui il paziente sente che può appoggiarsi all'operatore per fare questo percorso difficile inizialmente... perché abbandonare la stampella-alcò vuol dire per un paziente incominciare a camminare al buio, senza sapere dove andare ad appoggiarsi... Quindi noi dobbiamo essere i suoi punti di riferimento perché non si senta insicuro e senta di non cadere. Fino a quando pian piano non si abitua camminare al buio e poi camminare ancora alla luce. Quindi è una relazione terapeutica in cui sicuramente ci deve essere un transfert che fa capire al paziente che si può appoggiare all'operatore, soprattutto.

(M1.B, 62 anni)

Allora, una relazione un po' meno medicalizzata rispetto a quella che normalmente gli operatori del settore sanitario hanno, ok, con gli utenti. Quindi siamo in un luogo di cura, ma non necessariamente di cura solo sanitaria, ma anche di prendersi cura... ok. Questo non vuol dire che non sia una cura professionale, la professionalità è importante, la differenza di ruoli è importante, ma quello che è importante è che non è solo cura nel senso... di terapia, ma anche cura nel senso di *I care*. Quindi dicevo, secondo me questa cosa è importante perché l'utente quando arriva qua ha paura di essere valutato e trattato come un paziente psichiatrico. E quindi, secondo me, il compito delle figure psicosociali è un po' di de-medicalizzare l'intervento, mantenendolo però altamente professionale.

(M1.C, 51 anni)

Come si può notare già da questi primi esempi, il fulcro della relazione nei servizi italiani ruota sempre intorno all'idea di *professionalità*. D'altra parte, mostrarsi troppo vicini agli utenti sembra essere considerato un rischio per il proprio ruolo di operatore e quindi di figura cosiddetta *one-up* all'interno della relazione. Tuttavia non solo il proprio ruolo è considerato potenzialmente fraintendibile nell'evenienza in cui si costituisca un legame troppo stretto tra operatore e utente, ma pare anche che si ritenga che il rapporto terapeutico – e quindi la buona della presa in carico – possa essere compromessa da un legame troppo stretto con la persona che si rivolge al servizio.

Questo concetto risulta ancora più evidente quando viene domandato se, nel corso dei colloqui e delle interazioni con gli utenti, i professionisti siano soliti dare del *tu* o del *lei* ai loro interlocutori – questione che, ovviamente, in inglese così come in swahili non ci si può porre, nemmeno in prima persona come operatori, perché le due lingue non prevedono un apposito pronome da utilizzarsi nei rapporti formali – :

Era una relazione meno formale nel trattamento avanzato e strettamente formale nel servizio del SerT. Relazione formale intendo che mantenevo il lei per tutti i colloqui, il rapporto era distaccato anche se il coinvolgimento umano era molto forte. (...) Con la persona, nonostante questo coinvolgimento, con il paziente c'era un rapporto abbastanza formale e distaccato. Ad esempio il lei era mantenuto per tutta la durata dei colloqui di tutta la durata del percorso di aiuto.

(M2.A, 35 anni)

Sicuramente cerco di trovare una giusta via di mezzo tra il... l'essere comunque sufficientemente... uso un termine che magari è brutto però... *distaccat**, nel senso che è un po' una linea sottile tra il dover cercare un'alleanza, cioè instaurare una buona relazione terapeutica, ma dall'altra parte riuscire a mantenere comunque quel distacco necessario perché la relazione terapeutica poi funzioni. Perché spesso i nostri pazienti cercano di... un po' di superare quelli che sono i limiti, i vincoli di questo tipo di relazione. Spesso cercano di... di creare una relazione più amicale, più stretta. Invece secondo me è importante che ci sia, e che si senta - anche nel come ci si pone anche nei... nel dare del lei... io dò del lei ad esempio a tutti, tranne vabbè gli stranieri che non capiscono bene l'italiano, quindi se parlo... se gli dò del lei pensano che parlo di altre persone, ma capita all'ordine del giorno, quindi magari in quei casi dò del tu. Però in generale io dò del lei. Mi è capitato, (...) un paziente che ho ereditato da un'altra collega che ho sostituito che era andata via, che invece lei dava del tu a tutti. E lì ho avuto dei problemi, perché appena arrivat* tutte le persone che io ho preso che stava seguendo lei hanno notato la differenza, e con uno in particolare mi ricordo che mi disse... al secondo colloquio... che nel primo colloquio si era trovato male con me perché io gli davo del lei e questo lui lo aveva percepito come un voler mantenere le distanze, un non volermi interessare della sua situazione. A distanza poi di tempo... io quel giorno lì gli ho spiegato il perché... a distanza di tempo mi ha chiesto scusa di questa cosa qua, perché aveva in qualche modo capito il perché del mio... comunque... per-

ché io gliela avevo sottolineata questa cosa, che invece secondo me era importante e gliela avevo spiegata molto bene. Quindi poi secondo me... bisogna veramente trovare un equilibrio, non saprei come altro definirlo.

(M2.C, 31 anni)

- Cerco di, di fare in modo che sia il meno confidenziale possibile ma nel senso, non è che sono fredd*, assolutamente no. I rapporti sono... voglio molto bene a tutti loro, però... proprio perché ti dicevo che sono molto manipolatori, cerco di mettere loro dei paletti. Che servono, assolutamente. Fa parte della cura. Però... sentono e percepiscono l'affetto, in questo senso.

- Una curiosità: durante i colloqui dai del lei o del tu?

- Del lei, sempre. Anche se loro mi chiedono di darmi del tu, permetto che loro mi diano del tu se vogliono, ma io continuo a dare del lei anche se sono molto giovani.

(M2.E, 38 anni)

Nella quasi totalità dei casi, gli intervistati milanesi si rivolgono ai loro utenti dando loro del *lei*. Fanno eccezione due soli operatori, i quali però motivano la loro scelta evidenziando comunque la necessità di mantenere una certa distanza dal rapporto informale con i soggetti in carico. Anche in questo caso, dunque, la loro scelta – seppur in controtendenza rispetto a quella dei colleghi milanesi – risulta molto diversa rispetto al caso dei colleghi africani, i quali dichiarano di stringere rapporti amicali con i propri utenti:

- Io ho delle relazioni, cerco delle relazioni di fiducia, stabili, complianti, oneste, leali, sincere ed esclusive. Io ho delle ottime relazioni terapeutiche coi pazienti, nel senso che loro si fidano molto di me, io mi fido di loro. Sono relazioni basate molto sulla fiducia, sulla schiettezza. Loro sanno che nel momento del bisogno io ci sono sempre. (...).

- Una curiosità: usa il tu o il lei con gli utenti?

- All'inizio uso il lei, poi vado verso il tu. Sì, ultimamente devo dire che... all'inizio usavo sempre il lei, ora uso sempre il tu. Però loro mi danno del lei. Cioè io anche se do del tu, anche a utenti di una certa età, loro devo dire che mi danno sempre del lei. I ragazzini mi danno del tu, mi chiamano anche XXXXXX [*il suo nome*] e io do del tu ai ragazzini e loro mi danno del tu. Però anche se mi chiamano col nome sono estremamente sempre rispettosi del mio ruolo, ecco. Io non ho mai avuto, nonostante abbia delle relazioni molto complianti, quindi anche molto forti dal punto di vista terapeutico, però hanno sempre rispettato il mio ruolo. Cioè, comunque riesco, forse perché comunque non sono giovanissim*, è una vita che faccio questo lavoro, riesco a mantenere comunque il ruolo... anche se do del tu o do il cellulare io non perdo mai il mio ruolo. Cioè, io sono molto sever*, molto autorevole, ecco. Quindi io questa autorevolezza non l'ho mai persa.

(M2.B, 55 anni)

Davo del tu, perché in carcere nel momento... ci sono momenti molto informali. Momenti molto informali per cui fumi la sigaretta insieme al tuo utente in corridoio. Darsi del lei era veramente una

forzatura eccessiva nella relazione. Il tu in qualche maniera era il modo migliore per dire a loro "siete tutti uguali"... non era sicuramente il modo per dire "sei uguale a me", perché era chiaro che io ero lì perché ero pagat* lì e loro erano carcerati e non avevano nessuna intenzione di starci.

(M2.D, 54 anni)

Su questa grande divergenza di visioni tra i due contesti in merito al loro rapporto con gli utenti del servizio potrebbe influire, del resto, almeno in parte, la stessa organizzazione strutturale degli interventi. Infatti a Nairobi gli operatori lavorano in Centri Diurni e quindi si relazionano ogni giorno, per sei giorni a settimana, con gli stessi ragazzi, che generalmente non sono più di una trentina. Questo non accade invece nei servizi in tutti i servizi del Capoluogo lombardo (anche se tra gli intervistati ci sono operatori attivi nei SerT intramurari che, quindi, hanno a che fare pressoché ogni giorno con gli stessi soggetti), dove non si ha occasione di entrare in contatto per un lasso di tempo così continuativo e prolungato con le persone. Se parzialmente, dunque, l'interazione quotidiana potrebbe spiegare la maggiore vicinanza tra professionisti e utenti in Kenya, d'altra parte questa motivazione non sembra essere di per sé sufficiente. Infatti appaiono divergenti gli stessi quadri teorici di riferimento che orientano la relazione tra professionista e utente, dove a Nairobi essere *amici* dei soggetti in carico è un valore e a Milano lo è mantenere un certo – seppur empatico – distacco. Ciò significa che si ritiene che, anche potendo condividere quotidianamente molte ore, per gli operatori milanesi è importante mantenere una certa distanza dagli utenti, che sarebbe indicatore della professionalità e terapeuticità della relazione stessa.

D'altra parte, una differenza così netta tra i due contesti non si evidenzia, invece, per quanto riguarda il rapporto tra colleghi membri dell'équipe.

Relativamente a questo tema, a Nairobi – in un momento iniziale dell'osservazione, presso il Centro di Boma Rescue – destavano delle perplessità le modalità di interazione che i professionisti avevano tra loro, nonché le loro dinamiche relazionali, che sembravano essere confuse e basate su un contatto di tipo superficiale e, spesse volte, contraddittorio.

Nel corso della formazione che la Direzione dell'Associazione fornisce ai Coordinatori dei Centri – mi spiega [il Coordinatore del Centro di Boma Rescue] – gli viene esplicitamente chiesto di essere bossy con il resto del personale. Non mi importa che mi vogliate bene – ha infatti ribadito durante un meeting in cui anche io ero presente il Project Manager della NGO – l'importante per me è avere il vostro rispetto. XXXXXX, il Coordinatore di Boma, però, mi confessa che lui preferisce essere a good leader

piuttosto che un boss temuto dal resto del personale. La questione del rispetto, tuttavia, rimane comunque centrale e le faccende personali devono essere tenute lontane dall'ambito lavorativo.

È infatti chiarissimo il fatto che, sebbene i professionisti passino insieme circa 45 ore a settimana, quasi mai vengono scambiate informazioni sulla propria vita privata: nessuno sa di preciso l'età dei colleghi, il loro stato di famiglia, il numero di figli, e via dicendo. Le notizie sono vaghe e, non raramente, contraddittorie. Grazie ai rapporti che sto stringendo, sono spesso io – in qualità di studentessa bianca presente a tempo – a prendermi il diritto di fare questo genere di domande e a poter soddisfare questo tipo di curiosità. Le risposte sono spesse volte sorprendenti: non l'ho mai detto a nessuno prima, ma...; nessuno me l'aveva mai domandato; non sono abituato/a a parlare di questioni private... Tuttavia nessuno è restio a rispondere alle mie curiosità, se preso singolarmente, e anzi tutti mi danno risposte anche molto complete e, a volte, particolarmente intime. (NdR: saranno poi “vere” le informazioni raccolte?)

Una riflessione, comunque, va fatta sul tipo di rapporti che intercorre tra lo Staff. Mi pare di capire, ad ogni modo, che in generale non sia “culturalmente” abitudine raccontare i propri fatti personali e specialmente familiari sul luogo di lavoro, o comunque a scambiare questo tipo di confidenze con altre persone, esterne alla stretta cerchia della famiglia e degli amici di lunga data.

(Report settimana 4 – 18 Marzo)

Parzialmente diverso è invece il caso del secondo Centro osservato, quello di Kisumu Ndogo, che per la sua strutturazione fisica lascia pochi spazi ai professionisti per entrare in contatto – in assenza degli utenti – nel corso della giornata lavorativa:

Gli spazi ridotti e concentrati vedono gli operatori in costante contatto con gli utenti; aspetto senz'altro positivo (la mia relazione e interazione con i ragazzi è molto maggiore rispetto a quella che avevo sperimentato a Boma) ma che lascia poco spazio – fisico e astratto – ai professionisti per condividere opinioni, pensieri, racconti di esperienze extra-lavorative, etc. Infatti, quando un operatore non sta tenendo una sessione coi ragazzi, non è fuori dal Centro per condurre attività di home visits, follow-up, altre varie ed eventuali, ognuno lavora dal suo piccolo ufficio e non esiste uno spazio comune ad uso esclusivo degli operatori, com'era invece nel primo Centro.

(Report settimane 9 e 10 – 30 Aprile)

Tuttavia queste impressioni relative a rapporti tra colleghi non particolarmente positive sono state parzialmente smentite dalle interviste, poiché tutti gli operatori di Nairobi – afferenti a entrambi i Centri – hanno dichiarato di essere pienamente soddisfatti della relazione con gli altri membri dello staff. Tuttavia è molto raro che li frequentino a livello amicale e informale fuori dal contesto lavorativo. Questa apparente contraddizione potrebbe essere spiegata se si guarda – più in generale – alla consuetudine che potremmo definire socio-culturale di non condividere informazioni di carattere intimo e strettamente personale con persone che non

siano membri della propria cerchia familiare o amicale ristretta. Da questo punto di vista, quindi, risulterebbe perfettamente normale non condividere certi aspetti della propria vita con i colleghi di lavoro, pur valutando l'interazione quotidiana come arricchente, stimolante e soddisfacente.

Le modalità interattive si confermano, infatti, efficaci e apprezzabile ai fini del programma dell'organizzazione e non si mostra la volontà di trasformarle in legami più stabili o profondi:

Con la maggior parte di loro [*i colleghi*] siamo grandi amici qui, dentro questo contesto fino al cancello... da lì non ci parliamo neanche! Ma questo non significa che non siamo amici...

(N1.B, 30 anni)

[*La relazione con i miei colleghi*] È... buona. È ottima. Noi ci relazioniamo molto bene e se ogni tanto ci sono delle divergenze [*let. we have some disagreements*] ci troviamo tutti insieme e ne parliamo il prima possibile. Perché di nuovo, se non ti rapporti bene con i tuoi colleghi al lavoro non puoi lavorarci insieme. Qui devi relazionarti con chiunque molto molto bene e anche se non lo fai devi far finta di star bene, perché bisogna lavorare come una squadra. Quindi come si può lavorare come una squadra se non ci si ama l'un l'altro? Se non ci si rapporta bene?

(N1.E, 25 anni)

Le stesse dinamiche sono riportate anche dai professionisti milanesi, che dichiarano per la maggior parte di non avere relazioni particolarmente profonde con i propri colleghi fuori dal contesto di lavoro. Tuttavia spesso – anche se a volte complesse, per via delle notevoli differenze che intercorrono tra i vari ruoli e compiti – le relazioni con i membri dell'équipe sono considerate positive e soddisfacenti. È da notare, comunque, ancora una volta, che a Nairobi i professionisti intervistati non devono interagire con altri operatori di stampo sanitario, come medici o infermieri, come invece avviene nei SerT e NOA di Milano.

D'altra parte si riscontra come di frequente i rapporti varino anche all'interno dello stesso team di lavoro e si stringano relazioni amicali sono con alcuni professionisti, pur valutando nel complesso l'interazione soddisfacente e positiva, così come buono il clima di lavoro:

Relazioni professionali con alcuni, (...). Per quanto riguarda invece altri colleghi, magari più giovani, avevo i rapporti normali tra colleghi di un servizio... c'erano momenti in cui si andava a bere un caffè o si stava insieme.

(M2.A, 35 anni)

Ottime. Ripeto ho la fortuna, ho davvero la fortuna di stare in due servizi dove abbiamo ottime relazioni terapeutiche, ottime relazioni di collaborazione. C'è una grossa stima, una grossa fiducia, ci vogliamo bene... per cui no, ed è fondamentale, perché il clima di lavoro è fondamentale.

(M2.B, 55 anni)

In ogni caso, il rapporto con l'équipe viene vissuto spesso come impegnativo, soprattutto in ragione della scarsa considerazione che – a volte – i professionisti psico-socio-educativi sentono gli sia attribuita dal resto del gruppo di lavoro:

Quello che non mi piace è più facile: è l'impegno che richiede il lavoro di équipe e il rapporto con i colleghi... è molto più impegnativo che il rapporto con gli utenti. Molto di più, ed è qualcosa su cui molti non hanno ricevuto una formazione ad hoc. Mentre io mi ritengo fortunat*, perché quando ho fatto la scuola educatori ci hanno spiegato che saremmo andati incontro a delle difficoltà nel lavoro di équipe e quindi mi hanno minimamente preparat*. Minimamente. Invece per molti questo non avviene. Per cui... questo.

(M1.C, 51 anni)

La cosa che mi piace di meno [*del lavoro*]... Non saprei! (*Ride*)... non saprei sinceramente. Forse a volte il.... il fatto che ci siano delle gerarchie non scritte nell'équipe, e siamo un po' considerati l'ultima ruota del carro quando in realtà non ce ne è motivo.

(M2.C, 31 anni)

Al di là delle differenze di contesto che riguardano il rapporto con gli utenti e che invece non si riscontrano in quello tra colleghi, è chiaro come la questione dei legami sul posto di lavoro influisca nel creare un ambiente positivo e piacevole per l'operatore. Per questa ragione è una variabile di importanza particolare ai fini della valutazione della motivazione al lavoro dei professionisti.

III.III. La sicurezza

Altro aspetto cruciale nella valutazione della motivazione professionale riguarda la percezione di adeguatezza dell'ambiente di lavoro. Al riguardo influisce molto il contesto fisico, geografico – ma anche socio-culturale ed economico – in cui i servizi si trovano (per questo motivo su questo tema si è cercato di spendere qualche parola al Capitolo II.III.a., cui si riman-

da). Grazie all'attività di osservazione sul campo è stato possibile notare che per gli operatori kenioti esiste una grande questione connessa con la sicurezza ambientale:

Molto spesso, invece, viene condiviso nei meeting e nelle riunioni il timore per la propria sicurezza: i Centri sono per scelta interni allo slum, ma ciò che preoccupa maggiormente è il recarsi nelle basi dove i ragazzi di strada vivono, al momento dello street work, specie nelle ore in cui il flusso di persone in giro è ridotto. Un uomo è stato pochi giorni fa accoltellato a morte a pochi passi dal cancello di ingresso di Boma Rescue; un'operatrice mi racconta che una mattina, mentre veniva a lavoro, ha visto tutti mettersi a correre e così, senza sapere perché, anche lei ha cominciato a correre, perché non voleva rimanere indietro da sola; un altro operatore mi racconta che ha delle scarpe che porta solo per i giorni in cui ha in programma il lavoro di strada, perché con quelle riesce a correre più velocemente in caso di pericolo; il Coordinatore mi mostra, poi, che quando esce per comprare qualcosa per il Centro nasconde i soldi nei calzini, cosicché se venisse fermato per una rapina ci sarebbero meno possibilità di trovare i soldi, una parte – però, mi spiega – va sempre tenuta in tasca, perché è peggio se ti trovano senza nulla da potergli dare.

Fortunatamente queste preoccupazioni sono esternate, in modo molto spesso scherzoso, con i responsabili dei Centri che quindi cercano di rassicurare lo Staff e trovare, se possibile, alcuni provvedimenti per evitare situazioni troppo rischiose: primo fra tutti rimozione della sottoscritta dalla pratica dello street work in aree che non sono sicure o conosciute. Bianco qui significa estremamente ricco, e portarne uno a spasso può essere rischioso non solo per lui, ma anche per i membri dello Staff che l'affiancano.

(Report settimane 1, 2 e 3 – 11 Marzo)

Se Boma Rescue affaccia direttamente sull'enorme discarica di Dandora, può vantare, però, un cancello di ingresso attraverso cui si accede a un grande campo da calcio, grandi spazi aperti ma protetti. Il Centro, dunque, risulta isolato rispetto alla vita dello slum che lo circonda.

Lo stesso non si può dire per Kisumu Ndogo che si trova, invece, nel bel mezzo della baraccopoli di Korogocho, una delle più conosciute (e temute) della zona. A me, per esempio, è stato esplicitamente vietato raggiungere il Centro a piedi non accompagnata, motivo per il quale, ogni mattina, raggiungo il "confine" tra lo slum di Dandora e quello di Korogocho e da lì prendo una moto per recarmi al lavoro, se nessuno può accompagnarmi. Pochi giorni fa la polizia ha sparato a tre ragazzi, uccidendoli (cosa che non capita così di rado), a poca distanza dal Centro.

A livello lavorativo, questo implica per il Centro, in primo luogo, una diversa organizzazione e gestione degli spazi. Il Centro non è molto grande per adattarsi all'ambiente circostante e non ha spazi aperti. Si sviluppa su due piani, ciascuno composto da numerose stanze. Ognuna viene costantemente chiusa a chiave e aperta appositamente per l'utilizzo; questo accade per evitare furti da parte degli utenti stessi che, in passato, hanno rubato non solo computer e dispositivi informatici presenti negli uffici, ma anche cibo ed effetti personali dei membri dello Staff.

(...) Il Coordinatore mi mostra una scatola dove "colleziona" i coltelli, l'alcol e sostanze sequestrate agli adolescenti.

(Report settimana 8 – 16 Aprile)

A fronte di queste considerazioni, si è deciso di inserire una domanda in sede di intervista che fosse relativa alla soddisfazione per il proprio ambiente lavorativo, con un particolare focus relativo alla sicurezza degli spazi.

Come previsto – ad accezione di una singola operatrice che, però, ha sempre vissuto nello slum – gli operatori di Nairobi si sono mostrati molto preoccupati per la loro incolumità:

Ehm... Non così tanto [*soddisfatt**] quando si tratta di sicurezza. Noi... nell'ultimo paio di mesi... abbiamo avuto degli incidenti anche, persone che sono state derubate appena fuori dal nostro Centro... e... questo ha davvero portato un po' di gelo su me e gli altri membri dello staff e... (*silenzio*)... e anche la posizione del Centro... si trova in un punto che non è così ben accessibile, ma lo capisco... ehm... per gli utenti che stiamo cercando di aiutare dobbiamo stare in una zona del genere, sì. Quindi magari è solo per quanto riguarda la posizione e la sicurezza... ehm... altrimenti mi trovo davvero... davvero bene con... il Centro... voglio dire la struttura, dentro il Centro. È, è, è un bell'ambiente.

(N1.A, 27 anni)

Per niente. Non sono... così soddisfatt*. Una volta che sai che ci sono cose che non puoi evitare [*let. prevent*], per esempio ti trovi nella discarica... la più grande discarica del Kenya. E tu hai lavorato qui per qualche mese, per magari un mese e qualche giorno, hai visto che ci sono delle emissioni dalla... quando bruciano i rifiuti, bruciano la plastica, fanno di tutto qui... questo tipo di emissioni ci colpiscono [*let. are affecting us*]. Numero due: l'insicurezza è davvero alta, quindi a volte ho paura. Quando esci per fare *street work* non sai se tornerai indietro o no... e specialmente alla fine del mese, quando le persone sanno che hai soldi, possono attaccarti. Quindi la maggior parte delle volte continuo ad avere paura... quando arrivo a casa sono felice. Quando torno al lavoro sono semplicemente diffidente perché quando vedono che sei pulito e sembri in salute sei semplicemente un* candidat* per questi tizi. E specialmente quando stai passando... ogni singola settimana ci sono dei casi. Ho visto persone essere uccise. Quindi devo aver paura per me stess* perché... perché non sono un* poliziot* che ha una pistola o qualcosa. Quindi ho paura. Specialmente quando vedo che un caso sta succedendo, magari qualche minuto dopo che sono passat* o appena prima che passi, ho paura.

(N1.B, 30 anni)

Alla questione viene attribuita in generale una grande importanza e ci si affida anche a forze superiori all'organizzazione lavorativa per contrastare il problema:

Ehm... questa non è una questione da poco. Dovrebbe coinvolgere il Gabinetto. Quindi... perché è una cosa grossa. Sta coinvolgendo praticamente tutto, non solo noi, ma praticamente tutto. Quindi penso che la nostra organizzazione dovrebbe collaborare con le autorità locali, la polizia qui in giro... e cercare di mettere alcuni posti di polizia vicino... di fianco al nostro cancello. Può aiutare magari a... spaventare questi tizi. Come stavamo dicendo prima, questa settimana qualcuno è stato accoltellato là da qualche parte... una donna... con quest'ascia... Quindi penso che ci sia bisogno di collaborare col

Governo per assicurarci un po' di sicurezza, della polizia che si muova intorno a questo posto, per fare in modo che questo posto sia sicuro, per prima cosa.

(N1.E, 25 anni)

Non è sicuro; l'ambiente in sé non è sicuro, ma... come Cristiani, noi crediamo in Dio, diciamo che Dio è il protettore. Quindi ogni tanto vado in qualche zona di cui le persone hanno paura, ma io semplicemente credo che Dio mi proteggerà, perché ho camminato per queste strade per così tanto ma non mi è mai successo niente [*let. I've never been hurt*] da nessuna parte. Io vado nella discarica, ti ho perfino promesso che quando sarei tornat* ti ci avrei portata... Perché molte persone hanno paura di andare in questa discarica, anche tra quelli che stanno lavorando adesso. Abbiamo scoperto che per esempio – lasciami usare l'esempio degli operatori di Boma Rescue – loro lasciano indietro i ragazzi che si trovano nella loro zona. Li cercano in città. In questa area, la discarica in sé, ci sono tantissimi ragazzi di strada, ma loro hanno paura... temono per la loro incolumità... preferiscono andare per le strade, anche molto lontano, e lasciare indietro quelli che sono qui. Ma i ragazzi sono semplicemente qui nella discarica. Quindi io semplicemente penso che Dio ti darà abbastanza protezione.

(N2.C, 43 anni)

L'insicurezza e l'apprensione legate al contesto lavorativo a volte diventano anche il principale movente che spinge i professionisti a fare richieste di lavoro in altri contesti, rendendo manifesto quanto il timore impatti concretamente con il proprio benessere quotidiano:

[*Ho cercato*] così tanti altri lavori [*mentre lavoravo per questa organizzazione*]! Non posso mentire. Vedi, io sono arrivat* qui nel 2016, come ho detto prima, e, sì, volevo lavorare e vedere come fosse la vita negli slum... All'inizio nascondevo molta paura, persino stando intorno a questi ragazzi... Non mi piaceva per nulla. Non mi piaceva proprio per nulla. Ero solit* mettermi sempre vestiti ufficiali, sono una persona molto pulita e loro venivano a salutarmi e non mi piaceva... ma col tempo, magari un mese o qualcosa del genere, sono cambiat*. Ma volevo restare magari 6 mesi e poi andarmene... ma non è mai successo. Ho iniziato a guadagnare fiducia [*let. gain comfort*] e ancora una volta sto facendo casino perché l'età inizia ad aumentare... ci sono magari... c'è quello che la società si aspetta da te... continui ad avere così tante persone a carico... quindi devo fare richiesta per questi lavori che magari sembrano migliori, in un contesto migliore e in posti dove non ho paura. La mia sicurezza... la nostra sicurezza è davvero una preoccupazione, specialmente durante le elezioni... Ho visto persone morire, ho visto persone correre via dai machete o queste altre armi... magari decidono di accoltellarmi e questo genere di cose... Quindi ho fatto richiesta per molti lavori, e con successo. Alcune richieste sono andate a buon fine, ma le condizioni dove mi sarei dovut* trasferire non mi piacevano... ma sto ancora facendo domanda e continuerò a fare domanda.

(N1.B, 30 anni)

Non sono soddisfatt*. A dir la verità non puoi lavorare dove c'è insicurezza perché temi per la tua vita. Ma posso ringraziare Dio, perché camminiamo per le strade, dove ci sono pericoli, ma torniamo

qui sani e salvi, e torniamo a casa sani e salvi... è per sua grazia. Quindi penso che dovrebbero migliorare qualcosa sul versante della sicurezza, per rendere le nostre... strade qui... sicure. Così da... onestamente è una grande sfida in questo posto e questa è la ragione per la quale a volte pensiamo di andar via da qui, perché... non perché io non ami il mio lavoro, ma per via dell'insicurezza in giro... in questo posto.

(...) Perché, onestamente, se muoio oggi perché magari mi attaccano fuori dal cancello l'organizzazione non può fare nulla... semplicemente capita qualcosa e me ne sono andat* [*let. I'm gone*]. Abbiamo bisogno di vigilanza che qui non abbiamo, e penso che questo non vada bene. Quindi questo è il motivo per cui a volte ho paura e quindi semplicemente faccio domanda da qualche parte, è il mio campo, è sicuro, avrei una buona paga... mi dico va bene, andiamo!

(N1.E, 25 anni)

A Milano questo tipo di problematiche contesto-correlate non sono ovviamente così forti. Per questo motivo si è deciso di porre la domanda a tutti – sia in Kenya che in Italia – in modo generico: *Sei soddisfatto/a del tuo ambiente lavorativo, con riferimento principalmente al tema di sicurezza e posizione?*

Il fatto curioso è che se a Nairobi la sicurezza è stata da tutti immediatamente collegata con la posizione della struttura, a Milano lo stesso tema è stato invece legato alla tipologia di utenza in carico ai servizi:

Noi non abbiamo mai avuto problemi con i pazienti, di nessun tipo. Ehm... perché probabilmente l'utenza che arriva da noi è anche... anche se è molto varia... noi abbiamo come territorio sia dove siamo ora che dove eravamo prima, non ci siamo spostati moltissimo in linea d'aria, anche se la zona era molto più servita dai mezzi... ehm... abbiamo sempre avuto utenze che venivano da una zona ricca di Milano e da una zona molto povera e problematica. E abbiamo sempre unito insieme questi due tipi di pazienti, che si sono sempre trovati benissimo. Il problema è che noi come servizio abbiamo un orientamento, cioè, noi come tutti i servizi di Milano, perché sono nati tutti, come ho detto, da noi colleghi che li abbiamo messi in piedi con una stessa linea di indirizzo. Abbiamo sempre dato delle regole molto precise ai pazienti appena arrivano al servizio. Quindi non accettiamo che il paziente si dia le regole lui, glielie diamo prima noi. È lui che deve accettare le nostre regole. Quindi raramente arriva un paziente in stato di ebbrezza. Arriva una volta! La seconda volta gli si chiede di bere molte ore prima di venire qui, perché altrimenti non viene accettato al colloquio. Perché non ha senso fare un colloquio con una persona che non sta bene e che non è, che non è *compos sui*. Ecco. Quindi noi non abbiamo avuto mai nessun problema, di nessun tipo. non ci troviamo in situazioni particolarmente disagiate, cioè... l'unico disagio ce l'hanno i pazienti, perché per arrivare qui, non avendo una metropolitana vicino, devono prendere dei mezzi di superficie, se non la macchina e questo comporta un tempo lungo di, di, di arrivo.

(M1.B, 62 anni)

Sicurezza... Sì [*sono soddisfatt**]. Non, non abbiamo una guardia giurata all'esterno come nei SerT di Milano, ma non... diciamo, da quando lavoro qui ci saranno stati due o tre casi di situazioni in cui ho avuto paura che potesse succedere qualcosa. Ma nella maggioranza del tempo le persone con problemi di alcol in genere non sono aggressive nei nostri confronti.

(M1.C, 51 anni)

Sì. Noi qui siamo... allora, dentro il carcere è ovvio, sì. Io non mi sono mai sentit* in pericolo dentro al carcere. E nemmeno qui. Devo dire che noi qui siamo in un servizio che non distribuisce metadone... Quindi anche l'utenza qui è molto diversa. È un'utenza con problemi di cocaina, cocaina e alcol... e quindi una utenza anche diversa. Dove avviene la somministrazione del metadone, magari con utenti che vivono anche per strada, lì devo dire che i problemi di sicurezza sono un pochino più... difficili. Comunque da noi c'è, come vedi, un agente che è qui fino alle 4:30, tutto il mattino... Io non mi sono mai sentit* in pericolo. Anche se rimango qua da sol*, per esempio, per gestire il gruppo della sera non ho mai avuto sensazione di pericolo, anzi... gli utenti sono estremamente tutelanti, i nostri utenti! per cui no, non ho mai avuto questo problema, questo vissuto.

(M2.B, 55 anni)

Anche in questo caso, dunque, si nota come le differenze di contesto abbiano un impatto concreto e influente sul lavoro dei professionisti. Tuttavia – relativamente allo specifico argomento della sicurezza dell'ambiente – si nota come, da una parte, l'ambiente lavorativo sia fortemente demotivante, mentre dall'altra non influenzi granché l'attività degli operatori, lasciando ad altre variabili una più grande importanza in tema di (de-)motivazione.

Ciò che invece accomuna le due città è che la distanza del servizio dalla propria abitazione non sembra costituire un fattore che influisce sulla motivazione professionale, in quanto molti operatori dichiarano di vivere in luoghi anche particolarmente lontani dalla sede di lavoro, ma di non vivere questa circostanza come un peso o un ostacolo.

III.IV. Salari e contratti

Un aspetto che, invece, accomuna entrambi i contesti è relativo alla generale insoddisfazione per i salari che vengono percepiti. Emergono comunque delle differenze tra le due città che verranno più dettagliatamente illustrate in questo Capitolo.

Per prima cosa è bene fare quindi un punto sulla situazione di Nairobi prendendo spunto dai report di ricerca emersi in corso di osservazione:

Due sono, poi, le questioni emerse un po' per caso che non mi aspettavo di dover affrontare: la paga e la sicurezza sul posto di lavoro. Più di una persona, infatti, parlando in contesti del tutto informali del proprio lavoro, ha condiviso con me l'opinione che la paga sia assolutamente insufficiente e non proporzionale alle ore di lavoro, che nessuno si aspetta – dunque – di rimanere troppo a lungo all'interno dell'associazione e che accettano di lavorare momentaneamente all'interno dell'ente per fare curriculum, per poi trasferirsi altrove. Ovviamente, mi dicono, queste informazioni sono riservate e in nessun caso sono state condivise con i “piani alti” dell'organizzazione.

(Report settimane 1, 2 e 3 – 11 Marzo)

A seguito delle confidenze del personale relativamente ai salari, decido infatti di affrontare con XXXXX [il Direttore dell'organizzazione] (con estrema cautela, visti i rapporti molto formali) l'argomento. Scopro così che i due membri kenioti del direttivo ricevono un salario mensile di circa 70.000 k-shellins (circa 490 euro) – salario a dir poco buono, per gli standard locali. I Coordinatori dei Centri invece, guadagnano 40.000 kes (280 euro); 37.000 kes (260 euro) – corregge, poi, XXXXX, col quale mi confronto sull'argomento.

Secondo quanto mi dice XXXXX [il Direttore dell'organizzazione], inoltre, i salari dei counsellor (quindi dei social workers) invece si aggirano intorno ai 30.000 kes (210 euro), mentre quelli dei membri di supporto sotto i 25.000 kes (175 euro). Secondo XXXXX, che però non ha certezze relative all'ammontare dei salari dei suoi colleghi, tutti questi numeri sarebbero – in realtà – arrotondati per eccesso. È chiaro, quindi, che (quasi tutti) i salari siano effettivamente bassi, anche per gli standard dei laureati e dei lavoratori kenioti.

Ma non è ancora questo che mi innervosisce. XXXXX [il Direttore dell'organizzazione] mi dice scherzosamente, infatti, che se mi trovo così bene a Nairobi posso facilmente trovare lavoro in una ONG europea che lavora nello slum. È infatti molto diffusa la pratica di impiegare personale bianco all'interno di queste realtà (pratica che, personalmente, né io né lui condividiamo). Comunque – continua – verrei pagata mensilmente tanto quanto lui paga una intera équipe di un Centro.

Percepisco, quindi, una certa consapevolezza relativamente al fatto che i salari non siano così idonei per il personale (che, ricordo, lavora 6 giorni a settimana full-time). E mi sembra, anche, che ci sia il rischio di cadere nella tentazione di considerare l'impiego di questi professionisti come un'opera di beneficenza, per la quale dovrebbero a priori essere grati e soddisfatti.

Come dicevo, relativamente a questo discorso, decido quindi di confrontarmi più tardi con altre persone. XXXXX è d'accordo con me e con la mia interpretazione, e mi ribadisce la sua intenzione di trasferirsi alla prima occasione buona. XXXXX, invece, (un amico molto stretto, che conosco da 6 anni e che lavora sempre per i comboniani, quindi sotto l'egida di XXXXX, ma in un altro progetto) mi dice che è vero, la paga non è soddisfacente, ma lavorare per i comboniani ha dei vantaggi e che, comunque, per lui l'importante è, letteralmente, give back to the community. In sostanza, XXXXX è nato e cresciuto a Korogocho; grazie ai comboniani e ai loro progetti ha potuto avere una infanzia più serena dentro lo slum e, ancora adesso, mentre lavora, può progredire con gli studi. Ora, mi spiega, è il suo turno di fare lo stesso con le nuove generazioni, al di là del contributo mensile che riceve (che comunque, sottolinea, gli permette di mantenere la sua famiglia, composta da madre, fratello e sorella minore, sua figlia di tre anni e la neonata figlia della sorella).

(Report settimana 4 – 18 Marzo)

Relativamente a quest'ultimo spunto è bene precisare che, in seguito, rafforzato il rapporto con gli operatori locali ho avuto modo di chiedere ad alcuni – e quindi di vedere in prima persona – lo stipendio che ricevono. Di fatto i numeri datimi dal Direttore sono, per ogni livello di impiego, più alti rispetto al salario effettivo di qualche migliaio di scellini, rendendo il quadro ancora più difficoltoso.

Alla luce di queste considerazioni è stata, dunque, inserita una domanda sulla soddisfazione derivante dal proprio salario in sede di intervista. Nella Capitale keniana nella quasi totalità dei casi lasciano emergere una forte insoddisfazione, legata soprattutto al rapporto tra lo stipendio percepito e il costo della vita nella città che rende complessa la gestione della vita personale e familiare:

Allora... vedi, qui, nel mio Paese l'inflazione sta crescendo. Gli standard di vita continuano a crescere, mensilmente... ogni metà anno... continuano a crescere. E magari la cifra con cui hai iniziato a lavorare qui non cambia. Anche se c'è un aumento è insignificante perché... ogni volta che magari aumenti di poco la tassazione cresce. Quindi la maggior parte delle volte il salario netto è lo stesso per la stessa posizione e questo ti demotiva molto, perché se vuoi avere magari un miglioramento personale a casa, magari hai molte persone a carico – specialmente quelli che non hanno un lavoro e guardano a te perché hai completato gli studi, ti sei laureat* e dovresti stare bene – a volte è davvero una sfida, specialmente qui. Hai così tante persone di cui farti carico oltre a te.

(N1.B, 30 anni)

Quello che non mi piace del mio lavoro prima di tutto... è la questione del salario, non mi piace perché se non sei pagat* non riesci a lavorare liberamente... continui a lavorare parzialmente, pensando che, sì, vado a casa ma magari nel mio conto in banca, nel mio conto m-pesa [*tipo di conto locale*] non ho nulla... devo mangiare, devo provvedere per gli altri, pagare l'affitto... (...) In altre posizioni lavorative sono pagati meglio... e le persone questo lo fanno. Quindi se sei pagat*, e so che... perfino alcuni dei membri dello staff per come li vedo, ovviamente a volte... sai, ho studiato un po' di psicologia... quando devono affrontare qualche questione magari sul lavoro si comportano, loro sono... magari la maggior parte del tempo sono stressati. Magari ricevono telefonate e ci danno questo e quello e non riescono a... a gestire queste cose... sì.

(N1.B, 30 anni)

La questione diventa, poi, maggiormente rilevante una volta che si hanno presenti alcuni elementi di contesto con i quali la maggior parte dei professionisti devono avere a che fare. Solo 2 su 10, infatti, vivono soli e non devono provvedere ai propri conviventi anche se, nella

quasi totalità dei casi, gli operatori contribuiscono anche al sostentamento del nucleo familiare di origine. Qui si riporta quindi uno dei casi più rappresentativi, in questo senso:

- Ehm, lo stipendio non è buono comparandolo all'economia del Paese. Ogni cosa è costosa, io ho 4 figli che vanno a scuola. (...) E dipendono tutti dal mio salario, quindi sento che mi sto strizzando troppo. Sono dovut* ricorrere ai prestiti con la *sacco [compagnia privata che si occupa dei mezzi di trasporto locali]*. Dopo aver chiesto i miei prestiti sono riuscit* a mandarli a scuola, ma quello che guadagno non basta nemmeno per me. (...).

- Sei proprietari* del posto dove vivi o paghi un affitto?

- Pago un affitto di 6000 scellini al mese. [NdR: su uno stipendio di circa 17500 scellini lordi al mese]

- Ok. Con quante persone condividi casa?

- Io ho 4 figli... I miei figli sono 4, 3 maschi e una femmina. Poi c'è mio nipote, ho anche una nipote, e anche altri... Quindi, 4 più 3... quindi 8 più me e il/la mi* coniuge... 10.

- Wow, 10! Ok... E qualcuno di loro lavora?

- No. Ho cercato di trovare un lavoro per mio figlio, ma ci sono stati problemi... (...).

(N2.C, 43 anni)

Anche nel Capoluogo lombardo, tuttavia la quasi totalità dei professionisti dichiara di non essere soddisfatta del salario che percepisce. L'insoddisfazione però sembra essere dovuta non tanto al quantitativo di denaro percepito in sé, bensì alla disparità di trattamento nei confronti di altre figure professionali – in particolare di stampo medico-sanitario – che fanno parte dell'équipe di lavoro:

Io faccio parte del Comparto, non della Dirigenza, quindi ho comunque sulla carta un ruolo comunque meno... di meno responsabilità rispetto ai miei colleghi. Cioè psicologi, educatori e assistenti sociali fanno parte del Comparto. Ehm... poi in realtà all'interno del servizio, ehm, abbiamo tutti un ruolo abbastanza parificato. Quindi rispetto a prendere le decisioni, il lavoro coi pazienti, il lavoro di équipe... poi in realtà questa differenza è solo, più... formale, ecco. E riguarda un po' magari lo stipendio, ma poi nei fatti la responsabile tiene tanto al fatto che, che tutti abbiamo, insomma, le stesse responsabilità, lo stesso, ehm... possibilità insomma di esprimersi, eccetera. Anche nella gestione dei pazienti siamo assolutamente alla pari rispetto al ruolo.

(...)

Ehm... Sì, nel senso che io non lavoro neanche da tanto e non ho particolari... nel senso... quello che io critico sempre un po' è che secondo me c'è troppa differenza tra il mio e quello di alcuni colleghi rispetto proprio alla, alla, alla, alla qualità e alla mole di lavoro che c'è. Quindi secondo me c'è troppo divario. Detto questo, non so se sono io che prendo poco o loro che prendono troppo. (Ride)

(M1.A, 31 anni)

Al di là della disparità di trattamento economico, ciò che demotiva maggiormente i professionisti milanesi – in alcuni casi – a continuare a lavorare nell'ambito sembra più l'insicurezza dal punto di vista contrattuale che non lo stipendio percepito. Parte degli operatori intervistati, infatti, sostiene che è a causa del loro contratto lavorativo che hanno cercato nel corso della loro carriera occupazione in altri enti o servizi:

(Ride...) Non è mai adeguato il salario! *(Ride...)* È sempre più basso di quello che uno ambisce ad avere... la cosa terribile è la precarietà. (...). È più la precarietà che pesa, piuttosto che la paga oraria. Comunque sì, sono pagato meno di quanto vorrei.

(M2.D, 54 anni)

- Capiti in un momento brutto perché ci hanno diminuito lo stipendio passando dalla precedente azienda a questa, quindi... ni... nel senso che rispetto al passato sicuramente adesso guadagno decisamente di più... rispetto a quando lavoravo in cooperativa, a progetto, eccetera... però appunto nel passaggio dall'ASL alla ASST abbiamo avuto una diminuzione di stipendio e poi comunque secondo me il nostro stipendio non è adeguato per quello che è il nostro lavoro, le nostre responsabilità e altro. Soprattutto equiparato a quello che nella stessa azienda prendono i colleghi psicologi o i colleghi medici. Perché nel nostro lavoro specifico di SerT non c'è una... una diversità di responsabilità tale da comportare un... una disparità di salario così elevata. Cioè ma ti parlo di almeno 1000 se non di più euro di differenza tra lo psicologo e l'assistente sociale, e non parliamo del medico e dell'assistente sociale. (...).

- Durante il tempo che hai lavorato nei servizi per le dipendenze - quindi in generale - hai mai fatto richiesta per qualche altra posizione lavorativa da qualche altra parte?

- Mmm, da quando sono a XXXXXX, quindi che ho vinto il concorso a tempo indeterminato no; prima, quando lavoravo nelle dipendenze ma non ero assunt* sì, perché cercavo una stabilità di contratto.

(M2.C, 31 anni)

L'ultima [domanda di lavoro], guarda, l'ho fatta poco prima che tu arrivassi, sempre nell'ambito delle tossicodipendenze ma con l'ASST di Bergamo perché il posto è a tempo indeterminato. Stessa figura, stessa posizione, stesso ruolo, per un tempo indeterminato. Dipendente. Dire dipendente in questo caso sembra strano... *(Ride)*... Però con un contratto a tempo indeterminato...

(M2.E, 38 anni)

Da questo punto di vista, confrontando queste risposte con quelle raccolte in tema di sicurezza (Capitolo III.III.) risulta evidente come i motivi principali che spingono gli operatori dei servizi per la alcol/tossico dipendenza a cercare nuova occupazione possano essere fatti risalire principalmente a questioni legate a insicurezza dell'ambiente e salario, per quel che ri-

guarda Nairobi. Diversamente a Milano pesano su questa scelta in misura maggiore le proprie condizioni contrattuali.

È necessario puntualizzare, comunque, che una considerevole parte dei professionisti sia in Kenya che in Italia – in questo secondo caso coloro che non hanno contratti a tempo indeterminato full-time – affiancano altre piccole attività a questa per arrotondare i profitti e aumentare i propri introiti mensili.

III.V. L'organizzazione

Alcune considerazioni finali emerse dallo studio dei risultati di ricerca sono legate al tema dell'organizzazione e della sua gestione e strutturazione logistica. Sono infatti connesse a questa categoria numerose variabili che entrano direttamente in contatto con la motivazione dei professionisti.

Al fine di affrontare in modo esauriente questa questione si dà una breve descrizione delle scelte organizzative dell'ente *Napenda Kuishi Trust* di Nairobi, che dal 2006 (anno della sua fondazione) fino a oggi – e in particolare a partire dall'anno 2015 – ha subito grandi trasformazioni nella sua strutturazione:

Padre XXXXX, l'Executive Director, mi racconta che al suo arrivo a Nairobi ha voluto rivoluzionare totalmente il funzionamento e l'organizzazione dei Centri. In particolare, mi dice, al suo arrivo ha licenziato 27 operatori in totale: l'unica che si è salvata a Boma Rescue dopo il suo arrivo è stata Mama Boma. Io sono abbastanza allibito per il fatto che questo mi venga raccontato come una specie di vanto personale (o almeno così lo percepisco). La scelta, tuttavia, è chiara e per alcuni aspetti condivisibile: impiegare personale locale (altamente-)qualificato.

*D'altra parte, è la conversazione con XXXXXX lo spunto maggiormente interessante di questa settimana. Innanzitutto perché la sua scelta, insieme a quella di rivoluzionare il personale dei Centri, è stata quella di modificare il target degli utenti: se prima, infatti, i tre Centri afferenti alla NGO *Napenda Kuishi Rehabilitation Program Trust* erano rivolti a minori anche molto piccoli (a bambini, insomma), ora invece l'età degli utenti è compresa tra i 13 e i 19 anni (circa). È stata una scelta importante, mi spiega. I Centri sono finanziati attraverso donazioni e bandi, ed è – a suo parere – molto più facile raccogliere consensi (e quindi soldi) se si lavora con i bambini. Gli adolescenti, però, sono quelli che hanno più bisogno di supporto all'interno dello slum; sia per i rischi specificamente legati alla loro età evolutiva sia perché non sono tante le associazioni che se ne prendono cura.*

(Report settimana 4 – 18 Marzo)

Un altro punto di forza dell'organizzazione, oltre alla scelta di voler impiegare personale locale altamente qualificato, è stata quella di modificare il target di utenza dei servizi di riabilitazione e trattamento proposti, come si evince dal report. Questa questione sembra, per altro, dare motivazione anche ai professionisti che lavorano nell'ONG, in quanto sentono di realizzare qualcosa di utile e fornire un servizio esclusivo e di buona qualità per i loro utenti:

Per prima cosa il nostro progetto è un programma di riabilitazione e ci rivolgiamo a... ai giovani che nella nostra società... ehm... come nel, nel, nell'ambiente in cui ci troviamo sono stati trascurati [*let. neglected*] dalla maggior parte di queste organizzazioni caritative. Questi sono i nostri utenti, che sono teenager, dai 13 ai 19 anni, e fanno uso di droghe e sostanze. Per cui la maggior parte delle organizzazioni non vogliono guardare a questi individui, li considerano irrecuperabili [*let. write them off*]. E... noi siamo qui per entrare in contatto con questa trascurata parte della nostra popolazione. (N1.A, 27 anni)

Tuttavia una particolarità abbastanza caratteristica dell'organizzazione – e in particolar modo del suo programma – riguarda il fatto che l'ente sia nato e gestito dai Padri Comboniani, un ordine internazionale, e quindi abbia una matrice di stampo cristiano-cattolico, che influenza in modo pervasivo anche il programma terapeutico:

Il primo aspetto che mi ha colpita in modo rilevante riguarda il fatto che ogni mattina lo Staff del Centro si riunisce presso la propria stanza (cd. Staff room) per cantare un salmo, leggere un passo della Bibbia e recitare qualche breve preghiera. Al termine ci si scambia un segno di pace e la giornata lavorativa ha inizio. Inizialmente mi sono trovata molto in difficoltà in questi momenti (personalmente non sono credente e non ho mai ricevuto il battesimo e il canonico percorso di catechismo che i miei coetanei hanno frequentato, per cui non sapevo nemmeno come prendere parte a questa attività); ma col passare del tempo questi momenti sono diventati un rituale a cui partecipo in silenzio senza troppe preoccupazioni, – anche se ho notato che lo Staff ha preso l'accortezza di spiegare e commentare in inglese il salmo biblico letto in kiswahili di modo che anche io possa capire di cosa si tratti. Questa prassi mi aveva molto sorpreso, specie in relazione all'importanza che i membri dello Staff le attribuiscono. Tuttavia, nel corso del tempo ho avuto modo di interagire con i diversi professionisti singolarmente e con alcuni di loro anche di stringere buoni rapporti interpersonali informali. Grazie ad alcune conversazioni, ho quindi scoperto che non tutti i membri sono in realtà cattolici, ma due professionisti si riconoscono nel culto protestante. In particolare, il Coordinatore del Centro mi ha confessato di aver dovuto imparare a memoria alcune preghiere prima di iniziare a lavorare, perché in precedenza non le conosceva.

D'altra parte, questo non è il solo momento di preghiera della giornata: agli utenti viene chiesto di recitare un breve ringraziamento prima del pranzo e anche al termine della giornata prima di lasciare il Centro. Inoltre, tra le attività in calendario settimanalmente ci sono delle spiritual sessions, tenute a turno da ciascun operatore, durante le quali vengono lette e commentate alcune parabole bibliche.

Alla luce di tutto ciò, ho iniziato a interessarmi in modo sempre maggiore alla motivazione religiosa-spirituale che spinge i professionisti a lavorare in questo tipo di servizio. Ho così scoperto che in Kenya non esiste un sistema di welfare pubblico che garantisca dei servizi, se non alcune prestazioni riservate esclusivamente agli anziani. Per questo motivo i Centri e le NGOs sono quasi esclusivamente afferenti a quello che mi è stato definito [da un operatore del Centro] come il business della Chiesa. In effetti la quantità di chiese presenti nello slum è incredibile: un collega mi ha portata poco distante dal Centro per mostrarmi come in un piccolo tratto di strada (approssimativamente 200 metri) siano presenti 13 diverse Chiese (tutte di lamiera e tutte cristiane – alcune cattoliche, altre protestanti).

Il senso di appartenenza religiosa è, quindi, molto forte, dentro e fuori dal lavoro e fa parte della comunità. Il resto varia per ogni soggetto: solo con una persona mi sono sentita libera di raccontare la mia (in-)esperienza in ambito di culto (cosa che non ho mai avuto il coraggio di fare nemmeno con un amico keniota che conosco da 6 anni), mentre per gli altri risulta complesso perfino concepire che io non vada a messa la domenica (e sì, le prime due domeniche sono anche andata alla messa della domenica mattina, per cercare di integrarmi al meglio).

In sintesi penso sia ancora da chiarire quanto questa dimensione impatti sul tipo di lavoro che gli operatori sono chiamati a fare e quanto, invece, sia comunque una parte della quotidianità che non ha molto a che fare con il loro modo di gestire il lavoro e il servizio.

(Report settimane 1, 2 e 3 – 11 Marzo)

Alla luce di questi fatti e della grande devozione religiosa mostrata da quasi tutti i membri dell'équipe dei due Centri osservati, mi aspettavo che i professionisti di Nairobi adducessero tra le motivazioni che li spingono a lavorare nel sociale e, in particolar modo, nei servizi per la dipendenza da sostanze qualche ragione legata alla loro appartenenza religiosa.

Contrariamente a questa aspettativa, nonostante in molti abbiano citato il loro rapporto con Dio – specie per quel che riguarda il tema della sicurezza (Capitolo III.III.) nessuno ha addotto questa ragione come fattore motivante.

Nel corso di un'intervista – poiché si sono lasciati liberi i professionisti di porre domande sulla stessa e sul lavoro di ricerca in generale – si è però avuto modo di discutere di questo punto con un* degli operatori:

- (...). Mi aspettavo che venisse fuori l'aspetto religioso durante le interviste... Perché per noi è davvero pazzesco che voi preghiate al mattino... (*L'intervistat* ride*)... ed è stranissimo che facciate terapia religiosa con gli utenti! Voi lavorate in un ambiente cattolico, ma anche il programma è connesso e legato con religione e moralità... quindi mi aspettavo che condivideste come motivazione, cioè...

- Avresti... avresti magari potuto... No, questo non mi motiva! (*Entramb* ridiamo*)... Se ti serviva una risposta a questa domanda avresti dovuto chiedermelo!

- Non volevo domandarlo direttamente, perché sai, se chiedo qualcosa forzo qualcuno... sì. Quindi, mi aspettavo che comunque qualche aspetto religioso uscisse fuori (...).

- (...). Non so se devo parlare della questione religiosa, perché l'hai menzionata...

- No, non devi! Mi hai detto che non è una cosa che ti motiva, quindi...
 - Non lo fa perché infatti l'ho trovata qui... Per quello che concerne la religione... vado in chiesa. Per quello che concerne il lavoro... Ma dicono Paese che vai, usanza che trovi [*let. when you go to Rome you do like Romans do*]...
 - Ma è l'amministrazione che vi chiede di pregare la mattina o è qualcosa che decidete voi?
 - La ragione è... la maggiore questione è... Cosa succede se non preghi e non canti e poi ti chiedono perché stai cambiando il programma?
 - Quindi è parte del programma ufficiale?
 - È parte del programma cui io sono contro. Sono contrari* ma non ho mai... anche quando cantiamo la maggior parte delle volte io non lo faccio. Insomma, lavoriamo e basta [*let. let us just work*]! La ragione è che la ONG o magari l'organizzazione è molto orientata alla religione e non è nemmeno, magari, il fatto di essere parte di un'organizzazione cattolica, sono le persone che hanno iniziato... gli operatori che lavoravano qui, non erano concentrati su... prima che arrivassimo... loro non erano concentrati sulla professionalità. Andavano solo in chiesa, queste chiese locali... poi hanno scelto dei ragazzi che sembravano magari attivi – che andassero a scuola o meno – e magari una persona era attiva nel coro della chiesa, un'altra nel gestire la messa, quell'altra attiva in qualcosa d'altro... quindi quando sono arrivati qui cosa potevano fare? Cantano e pregano tutto il giorno! (*Entramb* ridiamo*)... E magari giocano a calcio! Perché pensano che quando parli di religione con gli utenti li cambi, ma non funziona così. E a volte non mi è piaciuta questa cosa, specialmente quando dobbiamo lavorare con operatori severi che costringono anche i musulmani. Un utente viene e dice "Io non voglio dire nel nome del padre"... ovviamente hai presente, o il segno della croce... un utente non vuole farlo ma qualche operatore lo costringe, ma lui [*l'utente*] non può. L'utente non sa nemmeno cosa significhi. Questa prospettiva religiosa nel nostro programma, io non penso sia una buona cosa...
 - Ok... grazie...
 - Ma non devi farmi rapporto! (*Entramb* ridiamo*)
- (N1.B, 30 anni)

Questa tematica ovviamente non si ripropone nei servizi del milanese, che sono di tipo pubblico legati alle aziende sanitarie e dunque non risentono di nessun indirizzo di stampo religioso o confessionale.

Tuttavia un fattore che sembra influire sulla motivazione dei professionisti italiani riguarda la libertà e lo spazio creativo che dall'amministrazione o dall'organizzazione dell'ente viene loro lasciato nel gestire il rapporto terapeutico con gli utenti.

In molti infatti sostengono che una caratteristica particolarmente gradita sia che essere impiegati nel settore dipendenze non sia un lavoro monotono, sebbene emergano altri tipi di criticità, più o meno specifiche di questo settore:

Allora gli aspetti che vorrei migliorare del mio lavoro riguardano il funzionamento dei servizi. Su questo non c'è dubbio. Quindi io trovo che i servizi debbano funzionare meglio, essere più aggiornati,

migliorare anche come orari di intervento e avere anche una maggiore formazione all'interno dei servizi... proprio perché all'interno dei servizi per le tossicodipendenze afferiscono molti pazienti che sono tossicodipendenti e autori di reato... quindi avere una maggiore competenza su questa fascia, ma non solo su questa fascia! In realtà secondo me c'è una scarsa competenza proprio nella cura del paziente che non ha problemi da uso di eroina. Quindi anche il trattamento farmacologico dei pazienti che non fanno uso di eroina, ma hanno altri tipi di dipendenze.

(...)

I servizi spesso hanno il problema della carenza di organico, questo è dovuto ai tagli della spesa, i soldi che non ci sono... A volte ci sono... molti servizi hanno anche operatori molto motivati, che hanno voglia di fare e così via e devo dire che sono fortunat*, da questo punto di vista perché sono in équipe veramente da, dal responsabile alla direzione, persone veramente motivate e ti lasciano anche pensare a cose nuove, mettere in piedi e che ti lasciano anche lo spazio. E questo è molto bello. Però poi ci si scontra con la mancanza di risorse, mancanza di personale... Quello dipende poi da cose molto più grandi di noi, ecco. (...) E quindi io mi reputo fortunat* di stare in luoghi di lavoro estremamente, veramente piacevoli. Tanto è vero che io abito non vicino al lavoro, però ci tengo lo stesso a venire qui, nonostante la lontananza, perché sono in un luogo di lavoro dove mi è permesso fare quello che mi piace, come mi piace, e c'è un buon clima.

(M2.B, 55 anni)

Conclusioni

Il proposito di questo lavoro di ricerca era quello di indagare in che misura il contesto socio-economico e culturale impattasse sulla motivazione degli operatori psico-socio-educativi che lavorano in servizi rivolti a persone con problemi di alcol/tossico dipendenza. A tal proposito, dopo aver trascorso un periodo di osservazione partecipante in due Centri diurni di riabilitazione nelle aree urbane informali della Capitale keniota, sono state condotte interviste semi-strutturate in profondità con gli operatori di Nairobi riproposte a colleghi attivi nei servizi della città metropolitana di Milano.

In merito a questo, si è dunque potuto constatare come la motivazione professionale sia indice di ciò che può essere definito come il *livello di intenzionalità* con cui ogni operatore svolge il proprio lavoro (Franco et al, 2002). Questa condizione si rifà, di conseguenza, ai temi della consapevolezza e della volontarietà, ma non necessariamente a quello della soddisfazione. Difatti la letteratura suggerisce che possa esistere la condizione di un operatore fortemente insoddisfatto ma al contempo altamente motivato a portare avanti le sue mansioni per via di valori, credenze, ideali personali che non dipendono dalle condizioni lavorative effettive in cui si trova a esercitare la propria attività (Franco et al, 2002).

Variabile dipendente da diversi fattori di natura estrinseca e intrinseca, la motivazione professionale ha quindi un impatto concreto su *cosa* gli operatori fanno e su *come* lo fanno.

Anche alla luce dell'osservazione etnografica condotta nei due Centri della Capitale keniota e delle interviste tenute con operatori provenienti dalle due città in analisi, si può affermare che la concezione del proprio ruolo cambi parzialmente nei due contesti. Infatti, in Kenya emerge un particolare tipo di rapporto informale e molto stretto che i professionisti intessono con i loro utenti, tanto che nel descriverlo utilizzano tutti termini afferenti alla sfera amicale e familiare. Questo fa sì che il fulcro del percorso riabilitativo sia, nel concreto, la *relazione fiduciaria di aiuto* tra le figure professionali e i minorenni con problemi di dipendenza. Si ritiene che questa modalità operativa sia legata anche all'assenza di una rete di servizi formali sul territorio che – in questo senso – limitano le possibilità da offrire agli utenti nel corso della presa in carico. Per questo motivo sono i professionisti dell'équipe – psicologi, assistenti sociali e operatori – a organizzare e gestire il programma di riabilitazione, che si

sostanza in diverse attività individuali, ma soprattutto di gruppo finalizzate al potenziamento delle capacità relazionali, sociali e di cambiamento dei ragazzi frequentanti le strutture.

Diversamente, l'équipe con cui i professionisti milanesi devono collaborare vede una presenza forte e – talvolta – predominante di personale medico-sanitario. Anche per questo motivo il lavoro si struttura in maniera molto diversa, realizzando un programma poliedrico, complesso, multidirezionale e sfaccettato, che vede gli operatori come facilitatori e stimolatori di un *percorso terapeutico*, piuttosto che come figure di riferimento emotivo-affettivo della relazione di aiuto, come invece accade a Nairobi.

Queste osservazioni rivelano un aspetto inedito nel dibattito sul tema della motivazione professionale, che considera, sì, il rapporto con gli utenti, ma in termini di positività o negatività della relazione. In questo caso, invece, sia per gli operatori di Milano sia per quelli di Nairobi i legami sono percepiti come soddisfacenti e positivi; ciò che cambia sono nel concreto i parametri di valutazione di questo aspetto. Questo implica che gli stakeholder coinvolti a vario titolo nei servizi condividono un'idea di modalità relazionale professionista-utente molto distante nei due contesti. Tale caratteristica risulta particolarmente significativa se si tiene conto del fatto che, sempre più spesso, gli operatori italiani si trovano a intraprendere percorsi di presa in carico di persone proveniente da background socio-culturali, ma anche nazionali, molti diversi. L'interrogativo da porsi è, quindi, quello della possibile mediazione tra i due modi di concepire la cura, in termini di giusta distanza alla sofferenza dell'altro, cosicché chiunque si senta accolto e ascoltato, usufruendo di un servizio professionale.

Purtuttavia, è vero anche che i fattori di tipo intrinseco legati alla motivazione variano di soggetto in soggetto anche all'interno del medesimo ambiente di lavoro (Mbindyo et al., 2009b). Età, livello di istruzione, background socio-economico, ceto sociale e storie di vita influenzano inevitabilmente le ragioni che giustificano la decisione di lavorare nell'ambito sociale. Infatti, ciò che emerge dai risultati di ricerca è che sia più spesso la decisione di intraprendere la carriera di educatore, psicologo, assistente o operatore sociale a rispondere a idee, ideali e ideologie di stampo morale o politico degli operatori, piuttosto che la scelta di lavorare in servizi per le dipendenze.

Questo dato si conferma in linea con precedenti ricerche sull'argomento (Russo, 2011) in cui i dati mostravano come per gli psicologi italiani la decisione di lavorare nei SerT fosse legata alla casualità e all'esigenza di sicurezza derivante da opportunità di lavoro a tempo indeter-

minato nel settore pubblico. Anche da quel che risulta in questa ricerca, solo in pochi casi alcuni professionisti di Milano hanno condiviso la loro personale esperienza legata alla volontà precisa di trovare lavoro nell'area dipendenze una volta conclusi gli studi. Diversamente – per la maggioranza degli intervistati – la scelta di ambito del settore sociale in cui lavorare sembra essere più collegata alle migliori offerte e tutele lavorative che non alla tipologia di utenza trattata. Nel concreto, ciò significa che la motivazione riguarda prevalentemente – e in entrambi i contesti di analisi – il percorso di studi piuttosto che il servizio specifico. Esistono alcune eccezioni tra gli intervistati, ma in linea maggioritaria si prende il lavoro che si trova, con particolare attenzione alle migliori offerte dal punto di vista di protezione, stabilità, contributo mensile, tutele lavorative e tipologia di contratto. Tuttavia, nonostante si siano trovati più o meno fortuitamente a lavorare in ambito di dipendenza da sostanze, i professionisti dichiarano di aver sviluppato nel tempo una predilezione particolare per questa area, che li spinge a rimanerci.

Il fatto di non aver inizialmente avuto la preferenza per il settore delle dipendenze, d'altra parte, non significa che non subentrino delle ragioni di carattere etico-morale nel lavoro quotidiano nei progetti di riabilitazione. Questa ricerca mostra come per i professionisti di Nairobi – che portano a sostegno della loro scelta di lavorare nel sociale racconti di loro storie di vita o di passione per i lavori di cura e relazione –, è importante intraprendere percorsi riabilitativi per alcol e tossicodipendenti al fine di *servire la comunità*. Ciò significa contribuire materialmente a un cambiamento comune e collettivo verso una società migliore e più sana, sotto ogni punto di vista. Questa visione di tipo collettivistico non trova riscontro con quella dei colleghi milanesi i quali, invece, sono orientati al *benessere bio-psico-sociale dell'utente*, portando quindi una concezione pur sempre altruistica ma di stampo personalistico e individualistico. Del resto, gli studi disponibili in letteratura mostrano spesso come sia la natura altruistica del lavoro a motivare gli operatori (Franco et al., 2002). Purtroppo in questi contesti non vengono analizzati più approfonditamente quali fattori di stampo altruistico siano determinanti per i professionisti.

La differenza rilevata tra orientamento collettivistico e individualistico rispecchia allora modelli culturali diversi che impattano non solo sulla motivazione dei singoli professionisti, ma anche sull'outcome dei servizi. In questo senso, le aspettative della comunità nei confronti dei percorsi riabilitativi sono, nei due contesti, differenti. Da una parte, infatti, la struttura

che ospita programmi per la alcol/tossicodipendenza è un luogo pioneristico di crescita e di sviluppo per l'intera comunità, che lo percepisce come bene comune e spazio aperto e accessibile. Dall'altra, il percorso di cambiamento dell'utente è un'esperienza intima, della persona e della sua rete familiare, che poche volte si intreccia con la storia evolutiva del territorio e della sua popolazione allargata.

Si rende dunque evidente una prima importante diversità che può essere ricollegata alle differenze del panorama culturale all'interno del quale i servizi si trovano, che fanno ora dell'appartenenza comunitaria ora del benessere personale il valore cardine per gli individui. Ciò nondimeno sono presenti nel vasto panorama della motivazione professionale anche altri elementi connessi con la sfera emotiva, personale o addirittura intima degli operatori legati a ciò che questi *pensano* e *provano* nello svolgimento delle loro attività (Gagné, Deci, 2005). Le proprie aspettative di risultato, il livello di autostima, l'autoefficacia percepita da se stessi e dagli altri sono fattori da tenere in considerazione quando si parla di motivazione professionale (Franco et al., 2002). In questo senso, la ricerca mostra come per tutti e per tutte l'aspetto centrale che motiva al lavoro nelle dipendenze è legato soprattutto alla possibilità di vedere un cambiamento concreto nella vita dell'utente e dei suoi familiari al termine del percorso di riabilitazione e reintegrazione. Ciò si coniuga con le differenze di prospettiva precedentemente illustrate nel senso che a Nairobi il cambiamento di un nucleo è un esempio per la comunità e rispecchia un cambiamento generazionale futuro. In particolare, si ritiene che il miglioramento delle condizioni di vita di un individuo interesseranno anche la sua famiglia lungo un asse verticale virtuoso che gioverà ai discendenti e ai nuovi cittadini a venire. Diversamente, a Milano prevale la soddisfazione di aver contribuito a restituire a una persona e alla sua cerchia familiare le proprie capacità, ovvero la possibilità di funzionare in modo autonomo e auto-efficace, in un'ottica di benessere *a tutto tondo*.

Avere la possibilità di osservare un cambiamento concreto nello stile e nella qualità della vita delle persone con cui si condividono tempo di lavoro e di cura e percorsi – spesso difficoltosi – di trasformazione è senz'altro fonte di grande soddisfazione e motivazione per i professionisti intervistati, come si evince in modo trasversale da tutte le risposte raccolte.

Questo ha, però, anche un risvolto opposto che si lega ai vissuti di frustrazione e sconfitta quando gli utenti non portano a termine i percorsi di astinenza e ricadono nel consumo delle sostanze o nelle condotte devianti per le quali si erano recati al servizio. Ciò emerge soprat-

tutto nel contesto di Nairobi, per via di una condizione di contesto del tutto allarmante e particolare. Infatti, nelle baraccopoli della Capitale keniota non è per nulla raro che gli agenti di polizia sparino contro gli autori di furti, reati, risse o altri piccoli crimini di cui anche molti dei minori in carico ai Centri si rendono colpevoli per procacciarsi il denaro con la finalità di acquistare le sostanze di abuso. Ricadute e recidive non portano dunque solo la consapevolezza di non aver avuto successo nell'accompagnare un cambiamento di vita per il minore, ma anche la scoraggiante possibilità che questo potrebbe arrivare a far rischiare la vita all'utente come – racconta qualcuno degli operatori – è in passato già capitato.

L'impressione che si ricava dalle osservazioni e dai racconti degli intervistati è, tuttavia, quella che prevalga la sensazione motivante di contribuire a salvare – letteralmente – delle vite che non quella scoraggiante di rendersi partecipi del fallimento di questi progetti.

Esistono, d'altra parte, differenti cause di demotivazione condivise dagli operatori intervistati. In primis è da considerare che spesso, per tutti i professionisti di entrambi i contesti, un elemento centrale riguarda le condizioni contrattuali di lavoro. Se, però, in Kenya il problema principale sembra essere legato all'ammontare del salario mensile percepito – con cui i professionisti devono mantenere spesso reti familiari anche molto allargate – in Italia sono più spesso le condizioni contrattuali svantaggiose (contratti con partita IVA, collaborazioni coordinate continuative, contratti a tempo determinato e via dicendo) a spingere gli operatori e le operatrici a fare richieste per diverse posizioni lavorative in altri servizi.

Un ulteriore elemento di differenza tra le due città in esame riguarda anche un altro aspetto che spinge i professionisti a cercare nuova e diversa occupazione. Si tratta del tema della sicurezza: a Nairobi i Centri sono collocati all'interno delle baraccopoli, come scelta organizzativa di offrire servizi laddove le condizioni di disagio siano estreme. Seppure la *mission* sia condivisa dagli operatori, condizioni reali di grave pericolo – furti, accoltellamenti, omicidi – che spesso si riscontrano nei paraggi delle strutture di lavoro sono la causa principale per cui gran parte degli operatori kenioti intervistati non pensa di continuare a lungo la propria carriera all'interno dell'ente, in un ottica di prospettiva anche di lungo periodo.

Un aspetto, però, interessante di confronto riguarda il fatto che – interrogati sulla loro soddisfazione in tema di sicurezza – i professionisti milanesi non associno la pericolosità dell'ambiente, bensì il rischio potenziale di essere aggrediti dagli utenti in carico (evento che nessuno di loro ha però fortunatamente mai sperimentato).

A questi fattori fortemente demotivanti – tanto da spingere gli operatori a cercare occupazione in altri luoghi – si affiancano tuttavia elementi connessi all'organizzazione che sono invece percepiti come positivi. Primo fra tutti, lo spazio di libertà e creatività che è loro concesso nella gestione delle proprie mansioni. Questo tema, emergente in modo trasversale nei due contesti, viene più spesso menzionato dai professionisti di Milano, che si mostrano quindi particolarmente motivati dallo stile di leadership interno al servizio poiché lascia a ciascuno ampio margine di inventiva e autonomia. La differenza potrebbe essere spiegata con le differenze nell'organizzazione strutturale contingente nei due contesti. Infatti a Nairobi si è potuto osservare un alto livello di controllo da parte del direttivo centrale rispetto alle attività quotidiane portate avanti nei Centri. Tuttavia questo non sembra essere un fattore percepito come ostacolante dai professionisti kenioti, che si sentono soddisfatti di ciò che possono fare nelle strutture. D'altra parte un'ulteriore ipotesi interpretativa riguarda la quantità di possibilità che nel concreto i contesti offrono a utenti e professionisti. A Nairobi, la scarsità di occasioni e la poca varietà di servizi non consentono grandissimi spazi di originalità per i percorsi terapeutici individuali. Diversamente, nel Capoluogo lombardo, ogni progetto di riabilitazione viene cucito sulla particolare situazione dell'utente, scandagliando tra la gamma di offerte del territorio quella che più si adatta al singolo soggetto.

Per concludere questa rapida panoramica dei risultati emersi, è importante sottolineare nuovamente che ciò che in generale si mostra come aspetto maggiormente motivante è la natura altruistica del lavoro psico-socio-educativo. Questa caratteristica della professione che gli operatori svolgono è l'elemento che più li motiva a superare le difficoltà e le avversità lavoro e contesto-correlate, seppur differenziandosi nella visione collettivista da un lato e individualista dall'altro. Di conseguenza, tale aspetto mostra come più che il servizio in cui ciascuno degli intervistati è contingentemente collocato e più che le caratteristiche sociali peculiari dell'utenza in carico, è l'inclinazione a lavorare *con* e *per* le persone, aiutarle nel superamento di momenti o situazioni di difficoltà e avversità ciò che motiva gli operatori a svolgere i loro incarichi.

La ricerca qui esposta e i dati a essa connessi presentano chiaramente dei limiti. In primo luogo non sono stati utilizzati strumenti di selezione campionaria degli intervistati, poiché è stata scelta una modalità di indagine di natura qualitativa in profondità: elementi che non rendono questo lavoro statisticamente rilevante e generalizzabile a contesti di osservazione

più ampi. È inevitabile, dunque, che il profilo specifico dei servizi studiati e degli intervistati influenzi i risultati raccolti. Ciò significa che – seguendo il modello teorico della *valutazione realistica* (Pawson, Tilley, 1997) – si è potuto studiare cosa funziona per questi operatori, in queste circostanze, sotto determinati aspetti e con quali modalità. Nel concreto, dunque, non è detto che altri professionisti, in differenti contesti – magari anche di realtà presenti nelle stesse città in esame – si possano ritrovare nelle medesime motivazioni degli intervistati. Infatti, la strutturazione specifica dei servizi, la loro collocazione geografica, i modelli di leadership utilizzati, ma anche le storie di vita dei professionisti e i loro ideali inevitabilmente giocano un ruolo cruciale nel determinare la loro motivazione.

D'altra parte, nonostante i limiti evidenti, si è sempre cercato di gestire l'attività di osservazione partecipante sul campo – così come quella di intervista e restituzione dei dati – con la massima eticità possibile. Si è quindi lavorato in un'ottica di relazione umana e professionale di tipo fiduciario, ma soprattutto in una prospettiva di rispetto per le opinioni e la diversità, cercando di lasciar emergere il più possibile *le molteplici verità* di ciascun operatore e ciascuna operatrice, tenendo un punto di vista aperto e mai giudicante.

Su questo ultimo punto ha influito anche la diversa posizione ricoperta nei due contesti. Ciò significa che aver avuto la possibilità di spendere un lungo periodo di collaborazione quotidiana con gli operatori di Nairobi ha senz'altro consentito di instaurare con alcuni di loro legami profondi, anche di tipo affettivo. Si è cercato di trarre il massimo vantaggio da questa condivisione, proponendo agli operatori momenti di scambio informale sui temi di interesse di questa indagine, cercando però di non dare eccessivo spazio all'emotività e al legame nella lettura dei dati di ricerca. Diversamente, a Milano i contatti con gli operatori sono avvenuti personalmente solo nel momento delle interviste; fatto che rende evidente la diversa dinamica relazionale intercorrente tra intervistatrice e intervistato.

In questo senso – soprattutto in sede di osservazione – si è sempre preferito il confronto con i diretti interessati per avvalorare le ipotesi di analisi dei dati raccolti e sondarne la veridicità. Tuttavia anche durante le interviste si sono lasciati aperti ai professionisti spazi di confronto per chiedere e scambiare informazioni oltre le domande proposte. In questo modo si voleva favorire una maggiore fiducia e disponibilità anche nei confronti di chi non aveva avuto occasione di entrare in una relazione umana e lavorativa profonda prima delle interviste.

Sebbene infatti il coinvolgimento personale a Nairobi fosse forte e l'adesione con la mission e la gestione pratica dei servizi pressoché totale, si è cercato di mantenere una prospettiva di pensiero critico edificante in tutte le attività che hanno riguardato questo lavoro di ricerca. D'altro canto il tentativo nell'esposizione di quanto studiato è stato quello di lasciare il giusto spazio all'emotività e all'interpretazione intellettuale problematica dei fatti osservati per entrambi i contesti.

Le difficoltà principali hanno riguardato, infatti, l'impossibilità di prevedere tempi di condivisione – anche successiva all'analisi dei dati – con i professionisti milanesi da una parte e il coinvolgimento psico-emotivo di chi scrive, dall'altra. Infatti essere una ricercatrice e tirocinante europea e bianca all'interno di un contesto totalmente gestito da locali e dal forte impatto sia ambientale sia lavorativo, per la delicata tipologia di utenza in carico, ha significato gestire un costante esercizio di mediazione e razionalizzazione che consentisse di passare dal *sentire* al *comprendere* la realtà circostante. Inoltre, l'essere in prima persona una (futura) operatrice ha significato paragonare le mie motivazioni con quelle degli intervistati. È allora stato necessario un lavoro etico di non prevaricazione dei miei ideali su quelli degli operatori coinvolti nella ricerca, adottando uno spirito conoscitivo curioso, critico e rispettoso.

Si ritiene dunque, che nonostante i limiti e le difficoltà che questo lavoro di ricerca comporta e ha comportato, l'indagine qui presentata sia rilevante per coloro che lavorino nel campo del sociale, dagli operatori ai progettatori fino agli utenti dei servizi di qualsiasi area e contesto – anche nazionale. Poiché avere la possibilità di guardare il proprio lavoro da una diversa e inedita prospettiva lascia la straordinaria possibilità di *pensarsi diversi*, di ascoltare attivamente, di comprendere e cambiare idea, ma anche – per dirla con Amartya Sen (ANNO) – consente di esercitare la nostra *capacità di aspirare*. Aspirare a servizi migliori, ben strutturati, solidi, efficaci, professionali e umani.

In conclusione si ritiene che questa ricerca sia utile per *dare voce* ai professionisti, che poi è il primo passo per *dare corpo* a servizi a misura delle persone, utenti o operatori che siano.

Bibliografia

Agenzia di Tutela Della Salute (ATS) della Città Metropolitana Di Milano (2018), *Piano Integrato Locale di promozione della salute anno 2018*, ATS Milano

Austin A. et al. (2010), *Journal of Substance Abuse Treatment*, "Motivation for reducing substance abuse among minority adolescents: Target for intervention", Vol. 39, pp. 399-407

Boniburini I. (2015), *Territoire en mouvement. Revue de géographie et aménagement*, "Production of Hegemony and Production of Space in Nairobi", N° 27-28

Borgna P. (a cura di) (2012), *Il modello sociale europeo sotto attacco*, Rosenberg & Sellier, Torino

Franco L. M., Bennett S., Kanfer R. (2002), *Social Science & Medicine*, "Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework", N° 54, pp. 1255-1266

Freidson E. (1990), *Jurimetrics*, "The centrality of professionalism to health care", Vol. 30, N° 4, pp. 431-445

Freidson E. (1999), *International Review of Sociology*, "Theory of professionalism: Method and Substance", Vol. 9:11, pp. 117-129

Freidson E. (2002), *Professionalismo. La terza logica*, Edizioni Dedalo srl, Bari

Freidson E., Rhea B. (1965), *Administrative Science Quarterly*, "Knowledge and Judgment in Professional Evaluations", Vol. 10, N° 1, pp. 107-124

Gagné M., Deci E. L. (2005), *Journal of Organizational Behavior*, "Self-determination theory and work motivation", N° 26, pp. 331-362

Globerman J., Bogo N. (2003), *Social Work*, "Understanding Social Workers' Motivation to Be Field Instructors", Vol. 48, N° 1, pp. 65-73

Governo Italiano, Dipartimento delle Politiche Antidroga (2017), *Report annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2017*, Roma

Hanna F.B. (2017), *Eastern Mediterranean Health Journal*, "Alcohol and substance use in humanitarian and post-conflict situations", Vol. 23, N° 3, pp. 231-235

ISTAT (2017), *Statistiche Report – Il consumo di alcol in Italia. Anno 2016*

Kabiru C.W., Elung'ata P., Mojola S.A., Beguy D. (2014), *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, "Adverse life events and delinquent behavior among Kenyan adolescents: a cross-sectional study on the protective role of parental monitoring, religiosity, and self-esteem", Vol. 8:24

Mathauer I., Imhoff I. (2006), *Human Resources for Health*, "Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools", Vol. 4:24

Mbindyo P., Gilson L., Blaauw D., English M. (2009a), *Human Resources for Health*, "Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya", Vol. 7:40

Mbindyo P., Gilson L., Blaauw D., English M. (2009b), *Implementation Science*, "Contextual influences on health worker motivation in district hospitals in Kenya", Vol. 4, N°43

Miller W., Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento

Mugisha F. et al.(2003), *Cities*, Alcohol, substance and drug use among urban slum adolescents in Nairobi, Kenya, Vol. 20, N. 4, pp. 231-240

NACADA (2006), *Frequently asked questions on drug and substance abuse*, National Authority for the Campaign Against Drug Abuse, Nairobi

NACADA (2013), *National Standards for Treatment and Rehabilitation of Persons with Substance Use Disorders*, National Authority for the Campaign Against Drug Abuse, Nairobi

Niaz K. (2017), *Eastern Mediterranean Health Journal*, "International drug control system and the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the world drug problem: an overview", Vol. 23, N° 3, pp. 143-149

Pawson R., Tilley N. (1997), *Realist Evaluation*, SAGE Publications Ltd

Perocco F. (2012), *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, FrancoAngeli

Renstrom M., Ferri M., Mandil A. (2017), *Eastern Mediterranean Health Journal*, "Substance use prevention: evidence-based intervention", Vol. 23, N° 3, pp. 198-205

Rossi P. (2014), *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci editore S.p.A., Roma

Rugo M., Pozzetti R. (2010), *Tossicodipendenza e alcolismo oggi. Quale cura per il soggetto?*, Trapani, Edizioni Di Girolamo

Russo V. (a cura di) (2011), *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*, Roma, Carocci Editore S.p.A.

Scamuzzi S. (2012), *Crisi e criticità del modello sociale europeo*, in Borgna, 2012

Scarpignato V. (a cura di) (2017), *ÉupolisLombardia – Istituto Superiore per la ricerca, la statistica e la formazione*, “Lombardia Statistiche Report. Il consumo di alcool in Italia e in Lombardia nel 2016”, N° 4

Serpelloni G., Simeoni E. (2002), *Quality management*, Cap. 6 “Quality management e principi per la valutazione applicati al sistema di erogazione dei servizi per le tossicodipendenze”, Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze, Regione Veneto

The Republic of Kenya, Laws of Kenya (1994), *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (Control) Act*, Published by the National Council for Law Reporting with the Authority of the Attorney-General, Revised Edition 2012

The Republic of Kenya, Laws of Kenya (2010), *Alcoholic Drinks Control Act*, Published by the National Council for Law Reporting with the Authority of the Attorney-General, Revised Edition 2012

The Republic of Kenya, Laws of Kenya (2010), *Children Act*, Published by the National Council for Law Reporting with the Authority of the Attorney-General, Revised Edition 2012

UNODC (2016), *Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*, New York, UN Publications

Zanotelli A. (2003), *Korogocho. Alla scuola dei poveri*, Milano, Feltrinelli

Sitografia

Agenzie di Tutela della Salute, Regione Lombardia (ultima consultazione Giugno 2018): <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio-/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/agenzie-di-tutela-della-salute/ser-aziende-sanitarie-locali-sal/agenzie-tutela-salute>

Aziende Socio Sanitarie Territoriali, Regione Lombardia (ultima consultazione Giugno 2018): <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio-/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/strutture-sanitarie-e-sociosanitarie-/ser-aziende-ospedaliere-sal/aziende-socio-sanitarie-territoriali>

Blight G. (2014), *The Guardian online*, "The world's biggest and most dangerous dump sites", (ultima consultazione Giugno 2018): <https://www.theguardian.com/global-development/ng-interactive/2014/oct/06/world-biggest-most-dangerous-dump-sites-interactive>

Environmental Justice Atlas, *Dandora Landfill in Nairobi, Kenya* (ultima consultazione Giugno 2018): <https://ejatlas.org/conflict/dandora-landfill-in-nairobi-kenya>

Floris F. (2017), *Il manifesto online*, "Ritorno a Korogocho, il Kenya «senza»", (ultima consultazione Giugno 2018): <https://ilmanifesto.it/ritorno-a-korogocho-il-kenya-senza/>

Giovani e missione, *Korogocho: The land and the people* (ultima consultazione Giugno 2018): <http://www.giovaniemissione.it/mondo/campagnatextcampaigncom4.htm>

NACADA, National Campaign Against Drug Abuse website (ultima consultazione Giugno 2018): <http://nacada.go.ke/>

Napenda Kuishi Rehabilitation Program Trust website (ultima consultazione Giugno 2018): <http://napendakuishitrust.org/>

Nucleo Operativo Alcologia, Milano, (ultima consultazione Giugno 2018): <https://www.ats-milano.it/CanaliTematici3/scheda.aspx?ID=c780f405-534f-4bbb-b680d6aae9556f-04>

Onyari J. (2017), *International Solid Waste Association*, "Kenya's Dandora Dumpsite - a Health and Environmental Tragedy", (ultima consultazione Giugno 2018): <https://www.is-wa.org/home/news/news-detail/article/special-report-for-closedumpsites-kenyas-dandora-dumpsite-a-health-and-environmental-tragedy/109/>

Popolazione città metropolitana di Milano 2001-2016, (ultima consultazione Giugno 2018): <https://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-milano/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>

Servizio per le Tossicodipendenze, Milano, (ultima consultazione Giugno 2018): <https://www.ats-milano.it/CanaliTematici3/scheda.aspx?ID=9d04f47e-9b14-4554-bba6-8d-8e-2a20b874>

Ufficio Servizi statistici della Città metropolitana di Milano, *Dati statistico demografici dell'area metropolitana di Milano*, (ultima consultazione Giugno 2018): https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0ahUKEwjH1fzHwrzbAhVklcAKHbqnAzoQFghRMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.cittametropolitana.milano.it%2Fexport%2Fsites%2Fdefault%2Fstatistica%2Fdoc%2FStatistiche_demografiche_al_1_gennaio_2017.pdf&usg=AOvVaw1SagArsIUObd5YX0TzfOvg

United Nations University Archives, Nairobi County map, (ultima consultazione Giugno 2018): <http://archive.unu.edu/unupress/unupbooks/uu26ue/uu26ue0o.htm>

World Population Review, Nairobi, Kenya, (ultima consultazione Giugno 2018): <http://worldpopulationreview.com/worldcities/nairobi-population/>

Ringraziamenti

Ci sarebbero troppe persone da ringraziare per questi due anni straordinari e una pagina non basterebbe. Mi prendo solo un poco di spazio allora, ma vi tengo tutte e tutti nel cuore.

Grazie ai conducenti dei treni, ai guidatori dei Flixbus e ai piloti d'aereo, perché sono stati i vettori inconsapevoli di tutti i nostri sogni, delle serate passate a parlare, dei colpi di testa, delle decisioni avventate, di tanto amore e troppa felicità. Grazie a chi offre passaggi in BlaBlaCar e ai marinai sui vaporetto. Grazie ai conducenti della metro e pure agli atiemmini nei mezzanini delle stazioni. Grazie ai gondolieri che cantano e ai guidatori dei pullman diretti verso la terraferma che sporgono il braccio fuori dai finestrini.

Grazie a chi ci rende più vicini e trasporta la nostra voglia di essere insieme.

Grazie a chi in questi due anni mi ha regalato un treno da prendere o uno da perdere. Grazie a chi è arrivato, a chi si è fatto venire a prendere, a chi mi ha sempre aspettata a casa. Grazie a tutti quelli che "ti citofono e scendi", grazie a chi ha saputo aspettare sotto la porta e chi mi ha guardata scendere le scale. A chi mi ha fatta ridere e a chi mi ha fatta piangere.

Grazie a Venezia e a Nairobi.

Grazie a chi rende piccole le distanze e grandi i sogni.

A chi condivide un ideale, a chi la voglia di cambiare, a chi la tavola. A chi tutt'e tre insieme.

Per concludere, una menzione è dovuta ad alcune persone senza le quali la mia vita sarebbe un po' meno bella di quella che è. Il motivo non ve lo dico però, ma tanto sono sicura che lo sapete già da voi.

Grazie ad Anouck.

A Marta, Giovanni e Sara.

Grazie ad Anna e a laia.

A Niki.

A Rench, a Nicholas, a Joseph.

A Kevin e Lemayian e a tutti i grandi cuori d'Africa.

Grazie a Carlo.

A Riccardo.

Grazie ai miei genitori.