

A cura di Massimo Rabboni

RESIDENZIALITÀ

Luoghi di vita, incontri di saperi



Pratica clinica

FrancoAngeli

A cura di Massimo Rabboni

RESIDENZIALITÀ

Luoghi di vita, incontri di saperi

FrancoAngeli

In copertina: Ida Magliocchetti, *L'angolo quieto* (particolare).

Copyright © 2003 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

A mio padre, che mi manca

Indice

| | | |
|--|------|----|
| Premessa , di <i>Massimo Rabboni</i> | pag. | 11 |
| Ritornare a casa nova , di <i>Massimo Rabboni</i> | » | 17 |

Parte I - Lo spazio

| | | |
|---|---|----|
| Lo spazio “parla”, o della prossemica | | |
| 1. Lo spazio parla, di <i>Tonino Bettanini</i> | » | 25 |
| 2. L’esperienza dello spazio nel contesto della riabilitazione, di <i>Eugenio Borgna</i> | » | 35 |
| Intermezzo 1 | » | 45 |
| Il corpo nello spazio, o il corpo sociale | | |
| 3. Residenzialità e corporeità tra psichiatria e pedagogia, di <i>Riccardo Massa</i> | » | 47 |
| 4. Il corpo e i suoi paradossi, di <i>Italo Carta</i> | » | 58 |
| Intermezzo 2 | » | 72 |

Parte II - Il tempo

| | | |
|--|---|-----|
| Il tempo: biografia e storia | | |
| 5. La cultura del ricordo, di <i>Duccio Demetrio e Antonella Bolzoni</i> | » | 77 |
| 6. Tempo: biografia, storia, clinica, di <i>Alberto Giannelli</i> | » | 97 |
| Intermezzo 3 | » | 110 |
| Il tempo: gesti quotidiani, ritmi e riti | | |
| 7. Tempi che trascorrono, eppur ritornano, di <i>Francesco Caggio</i> | » | 112 |

| | |
|---|----------|
| 8. La temporalità come principio organizzatore in psicopatologia, di <i>Arnaldo Ballerini</i> | pag. 129 |
| Intermezzo 4 | » 153 |

Parte III - Gli oggetti

Le cose, i sensi, le percezioni: il “feticistico” ed il transizionale

| | |
|---|-------|
| 9. Processi sociali, significati e valore delle cose, di <i>Luisa Leonini</i> | » 157 |
| 10. Oggetti e spazi di legame e di passaggio, di <i>Gabriella Ba</i> | » 171 |
| Intermezzo 5 | » 178 |

Il valore di scambio: dalla sensorialità alla socialità

| | |
|--|-------|
| 11. Oggetti, scambi, vita quotidiana, di <i>Francesco Caggio e Massimo Rabboni</i> | » 180 |
| 12. Ritornare a lavorare, di <i>Claudio Mencacci e Enrica Goldfluss</i> | » 191 |
| Intermezzo 6 | » 200 |

Parte IV - Il corpo

L'autonomia di sé e il governo del corpo

| | |
|--|-------|
| 13. La follia del proprio corpo, di <i>Pier Aldo Rovatti</i> | » 205 |
| 14. Movimenti del corpo e cambiamenti della persona, di <i>Leo Nahon</i> | » 212 |
| Intermezzo 7 | » 220 |

Riscoperta della cura di sé: strutture materiali e spazi di accoglienza

| | |
|---|-------|
| 15. L'accoglienza fra il curare e il lavoro di cura, di <i>Grazia Colombo</i> | » 222 |
| 16. Le strutture della residenzialità e gli spazi di accoglienza, di <i>Angelo Cocchi e Anna Moroni</i> | » 233 |
| Intermezzo 8 | » 243 |

| | |
|---|-------|
| Appendice. Per una cultura della qualità: psichiatria comunitaria e residenzialità , di <i>Bruno Commodari e Elena Commodari</i> | » 245 |
|---|-------|

Gli Autori

Gabriella Ba, Ordinario di Psichiatria; Coordinatore Corso di Laurea in Riabilitazione psichiatrica, Università di Milano; Presidente della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale.

Arnaldo Ballerini, Docente della Scuola di Psichiatria, Università di Firenze.

Tonino Bettanini, Docente di Sociologia, Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Genova.

Antonella Bolzoni, Collaboratrice della Cattedra di Educazione degli Adulti - Università di Milano Bicocca.

Eugenio Borgna, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze A.O. "Maggiore della Carità" di Novara.

Francesco Caggio, Pedagogista, Comune di Milano; Professore a contratto Università di Milano Bicocca.

Italo Carta, Professore di Psichiatria, Università di Milano Bicocca.

Alessandro Cavalli, Professore di Sociologia, Università di Pavia.

Angelo Cocchi, Direttore della Unità operativa di Psichiatria 47 A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano.

Grazia Colombo, sociologa, formatrice.

Bruno Commodari, già Segretario Nazionale della Società Italiana di Psichiatria e Presidente della Società Italiana di Psichiatria Residenziale.

Elena Commodari, Psicologa, Assegnista di Ricerca. Università di Catania, Facoltà di Scienze della Formazione.

Duccio Demetrio, Professore di Educazione degli adulti, Università di Milano Bicocca. Direttore della rivista "Adultità".

Alberto Giannelli, Primario Emerito A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano; Direttore della rivista "Psichiatria Oggi".

Enrica Goldfluss, Coordinatrice Servizio Sociale UOP 34 AO di Melegnano.

Luisa Leonini, Docente di Sociologia della famiglia, Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Milano. Docente di Antropologia culturale, Diploma universitario per Assistenti sociali.

Riccardo Massa, già Ordinario di Pedagogia e Preside della Facoltà di Scienze dell'Educazione dell'Università di Milano Bicocca.

Claudio Mencacci, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

Anna Moroni, Dirigente Medico Unità operativa di Psichiatria 47 A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano.

Leo Nahon, Direttore della Unità operativa di Psichiatria 50 A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano.

Pier Aldo Rovatti, Docente di Filosofia contemporanea Università di Trieste.

Massimo Rabboni è Direttore della II Unità Operativa di Psichiatria degli Ospedali Riuniti di Bergamo. Docente di Storia della riabilitazione psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano, è anche Coordinatore della sezione lombarda della Società italiana di riabilitazione psicosociale. Autore di numerosi lavori sul tema è tra gli estensori della Carta di Milano Codice etico-deontologico per la psichiatria.

Premessa

di *Massimo Rabboni*

La fine dell'istituzione manicomiale sancita giuridicamente e inaugurata operativamente venticinque anni or sono dalla legge 180 è stata portata avanti in questi anni dalla realizzazione di nuovi servizi e da una nuova cultura della cura a questi legata e da questi irrobustita attraverso innumerevoli esperienze di uscita ed abbattimento metaforico e concreto dalle/delle mura manicomiali per rifluire e ritornare – dopo la grande esclusione di cui ha detto M. Foucault – sul territorio, o meglio nelle case e nelle strade; ha prodotto – questa fine – in una rispondenza e intreccio, che andrebbero studiati in modo analitico e contingente, non solo modificazioni dell'approccio, ma anche del contesto e dell'operatività rispetto all'assistenza e cura agli ammalati psichici, e – nello stesso tempo – ha prodotto un radicale cambiamento di sguardo, di approccio e di operatività nei confronti della psicosi.

C'è stato un circuito virtuoso fra mutamenti di contesti e di pratiche di cura, invenzioni – si è trattato proprio di invenzioni – di articolati interventi su più livelli, adeguamenti della nosografia e concettualizzazione della malattia mentale.

C'è stato un rovesciamento di paradigma scientifico: si è passati dalla malattia "intrattabile" (fosse essa pensata come fatto morale piuttosto che medico) a una malattia che è sì patologia, ma trattabile (curabile, anche se forse non ancora guaribile) e comunque parte di un sistema concettuale e operativo più ampio, comprensivo di quello della persona colpita dal malessere: questo passaggio – condotto quindi su più livelli – ha richiesto l'attivazione di plurimi approcci disciplinari, che hanno arricchito e diversificato lo statuto scientifico della psichiatria, i suoi rapporti con le altre discipline e la sua collocazione nella medicina e nel fare clinica.

Dicevo *approccio, contesto, operatività e sguardo* anche a evidenziare il cambiamento linguistico che rimanda, sulla scia della feconda riflessione fenomenologica, a una posizione e collocazione del terapeuta nei confronti del paziente fatta di possibilità di accedere a un senso o di restituire senso; è que-

sto senso restituito – accolto dal e nel politico – che ha poi costituito lo spazio in cui si è potuta andar costruendo la riabilitazione psichiatrica.

Tale processo di cambiamento globale (di sguardo clinico, di teorizzazione e organizzazione dei percorsi di cura che si sono differenziati e diversamente declinati) si è articolato, allargando l'ambito di significato della cura e del suo farsi, su variabili diverse in corrispondenza fra loro; variabili, alcune delle quali meritano di essere ricordate:

- la restituzione della/alla dimensione della temporalità e quindi della/alla storicità agli/degli ammalati e con ciò anche ai loro curanti, e in definitiva sia alla loro vita – ora passibile di autobiografia – sia alla terapia – divenuta ora parte del ciclo di vita – fuori dalla temporalità indeterminata ed annichilente del manicomio;
- la restituzione della differenza e quindi della individualizzazione degli esordi e delle evoluzioni dei percorsi e dei quadri clinici per cui oggi, prima ancora che la diagnosi, è recuperato, è nominato il soggetto non più coperto e negato dallo stigma della malattia: al di là dei limiti dei sistemi nosografici, al termine di un percorso manicomiale quelle patite dagli ammalati erano assai più le stigmate dell'istituzionalizzazione prolungata, che non le caratteristiche cliniche della loro malattia e soprattutto gli esiti della loro – individuale ed irripetibile – vicenda biografica;
- la restituzione di una possibilità di trattamento e di sospensione della sofferenza e – con questo – l'apertura/invenzione della riabilitazione psichiatrica, come forma di trattamento possibile e dotato di senso in vista della restituzione dell'ammalato ad una partecipazione, presenza, capacità di stare e ricoprire i ruoli, di rispondere alle richieste, alle incombenze e alle soddisfazioni della normalità, che per altro ha anche allargato i suoi confini (viene da chiedersi: prima, durante o dopo questi processi?);
- soprattutto, la restituzione dello spazio, come spazio in cui vivere ed anche curarsi, in una dimensione non istituzionale, ma domestica: fuori dal manierismo stereotipo del manicomio, in luoghi nuovamente connotati da una dimensione antropica in grado di dar loro significato e capacità di accoglienza.

Alcuni di questi passaggi concettuali, acquisizioni metodologiche e cambiamenti di intervento clinico e organizzazione di presidi sono andati connotando la residenzialità riabilitativa in psichiatria come un crocevia pluridisciplinare fondamentale di tutto il lavoro riabilitativo intorno alla psicosi cronica; tanto da doversi contare la nascita recente di almeno tre società scientifiche che la hanno per oggetto.

Lo scopo di questo volume è allora quello di portare rinnovate riflessioni sulla residenzialità: residenzialità come tematizzazione dell'abitare, dello stare in un luogo per stare al meglio con se stessi e gli altri, per bene-stare come pare alludere la definizione di salute dell'OMS, per intrecciarvi eventi ed esperienze.

Spazio che diventa luogo come punto di riorientamento tra altri luoghi, a questo punto avvisabili come tra loro diversi, perché ce n'è uno di riferimento; luogo come contenitore e sfondo di un clima affettivo condiviso con altri, come cornice unificante e significante frammenti di attività sociali, infine come restituita attenzione alla vita quotidiana; come complementare dimensione di un tempo fatto di andare e venire e dello stare in quiete, raccolti, separati e/o insieme.

Il tema degli spazi, in questo caso inscindibilmente concreti e mentali insieme, che possono essere accoglienza e deposito di patologia ma anche di vitalità, è così cruciale nella definizione di una nuova pratica psichiatrica, che dello stare in un luogo della riabilitazione anche solo per un'ora non si dice che è un passaggio o una presenza o una visita, ma che è "semiresidenzialità"; d'altra parte tutta la legislazione di questi anni ha ipotizzato luoghi diversi dal manicomio e dall'ospedale che fossero ambulatori ma soprattutto centri e finalmente residenze. Perché forse si dovevano aprire luoghi nuovi per pensare diversamente i pazienti, fuori da un'idea di spazi che, seppur non più manicomiali, rischiavano di rimanere vicini al ghetto o al lazzaretto.

Difficili da prefigurare, questi luoghi, perché quasi tutti da aprire ex novo; difficili, perché del tutto alieni dalle regole e dalle consuetudini della cura ospedaliera, con i suoi ritmi ed i suoi riti; difficili, perché chiamati a confrontarsi con un'idea di spazio da abitare inusuale in medicina; difficili da prefigurare perché diversi da quelli abitualmente abitati dai "normali" ma anche chiamati necessariamente ad essere loro simili, pena il riavvicinamento agli spazi forclusi del manicomio.

Così, la residenzialità – dispositivo curante relativamente nuovo – raccoglie e significa una relazione terapeutica, quindi trasformativa, all'insegna della quotidianità; quotidianità strutturante il soggetto (almeno sull'asse sociale) con le sue relazioni, con la percezione emotiva e cognitiva dello spazio, del tempo, degli oggetti e del proprio e altrui corpo; quotidianità che si incrocia ovviamente con la dimensione della domesticità come veicolo/dispositivo privilegiato per tentare una reintegrazione/integrazione con se stessi e con il mondo, con tutti i rischi che questo comporta; quindi il ritorno al mondo è scena e orizzonte di momentanea possibile dismissione della violenza del disagio; è infine – il mondo della quotidianità – luogo e orizzonte di catarsi e quindi risolutivo – nel senso di sciogliere come in una soluzione diluendo i grumi – di tensioni; capace di ri-abilitare nuovamente il paziente ad abitarlo perché già lo ri-abita.

Perché è ri-tornato, nel senso di tornato daccapo, *a casa nova*, come si dice in Toscana, riprendendo un significato molto profondo dell'abitare come forma di ritorno a quel canto del mondo che sempre agognamo e cerchiamo per riposarci dai tormenti, con intorno oggetti vivi, segni e testimonianza della nostra storia individuale. Oggetti che quindi pertengono a doni fatti da altri e da

se stessi; segni di premura e di attenzione di qualcuno per i nostri capricci, bisogni, necessità; c'è quindi la possibilità attraverso gli oggetti, in modo forse più immediato, di costruire l'idea che la riabilitazione sta nell'area della restituzione delle proprie cose e quindi di un dispositivo culturale che restituisce qualcosa che è proprio ma, solo temporaneamente, perso...

È intorno a questi quattro oggetti/dispositivi operazionali e quindi, in sintesi, intorno alla percezione/concezione della residenzialità come momento operativo e nodo teorico e infine colloquio fra saperi diversi, che nasce questo volume. Spazio, tempo, oggetti e corpo sono i quattro temi: raddoppiati nella lettura: una volta microsistemica, individuale, privata, una volta macrosistemica, collettiva, sociale; ulteriormente raddoppiati nella trattazione, fatta per ogni parte da un cultore di scienze umane e da uno psichiatra: senza che si possa ancora dire – ancora oggi – se la psichiatria è più scienza della natura o dell'uomo o se invece ne rappresenta un incontro ad alta densità teorica e clinica, tanto più da quando ha incontrato, a partire dalla necessaria sapienza medica, le discipline che le hanno permesso un approccio globale, sistemico e complesso alla questione del disagio e del malessere.

Poniamo, con questo, certamente l'assunto che i luoghi sono l'esito e l'incontro delle conoscenze e dei sistemi teorici che, in psichiatria, fondano il lavoro con il malato cronico. Poniamo, inoltre, un'ipoteca sulla definizione stessa della psichiatria e della cura; definizione che quanto meno impone la definitiva ed irrevocabile rinuncia ad ogni forma di riduzionismo, ma che segna anche l'introduzione di un clivo più ampio dell'usuale tra il tempo della cura in senso classico e diremmo di matrice ospedaliera/ambulatoriale – la diagnosi, la comprensione, l'accoglimento dell'acuzie, il contenimento dell'incendio – ed il tempo della riabilitazione che diventa un polo dinamico rispetto al momento di una cosiffatta cura. Come se la riabilitazione stesse con la cura in un rapporto di esplicitazione delle funzioni genitoriali che restano implicite nella seconda; la riabilitazione, fatta di lenta e graduale ricostruzione di una normalità possibile, attraverso percorsi di condivisione di ambiti, eventi ed azioni che costituiscono nel loro insieme l'ordinario della vita quotidiana incrocia la possibilità, la fiducia e quindi si accosta ad un'operazione di integrazione di matrice genitoriale; clivo, quello del riabilitare, che la rende palese e la esplicita in una prassi dell'accettazione, della tolleranza e della comprensione; prassi, che hanno tutte bisogno di tempo.

Aver ridato tempo al paziente ha ridato tempo ai curanti e ha permesso ad ambedue di avere tempi più lunghi e distesi, non più occupati da noia e paranoia, ma da occupazioni certo a volte insensate ma sempre con qualche eco almeno nel corpo, che memoria recondita di un senso anche apparentemente perduto conserva sempre; tempo disteso e tempo del legame diversi dal tempo più puntiforme e forse sempre crucialmente rischioso dell'ospedale o del pronto soccorso.

Tutto questo ci riporta evidentemente e fortemente alla relazione fra terapeuta, operatori della riabilitazione, équipe e malato; diversità anche qui fra cura e riabilitazione nella quale diverso si fa il ruolo dello psichiatra che nella cura diviene stretto protagonista di un rapporto individuale, spesso travagliato, emotivamente denso, esteso nell'ordine del simbolico, mentre nella riabilitazione diviene il titolare dell'ordinamento di un contesto, chiamato a presidiare e ad informare spazi, relazioni, intersezioni, scelte, conflittualità e progetti che accadono in luoghi condivisi fra persone e discipline.

Allora questi pensieri stanno intorno e cercano di circoscrivere ed approfondire la questione di come far star tra noi il diverso per eccellenza attraverso l'unica, complessa e difficile operazione della condivisione di un'immaginaria équipe che è di operatori e di studiosi e di discipline e di sguardi e di osservazioni da vertici anche eterogenei; forse in questa, a volte accidentata, dinamica, si può riuscire a comprendere, contenere e può darsi anche lasciare andare chi soffre.

Ritornare a casa nova

di *Massimo Rabboni*

Un luogo da abbandonare e da ritrovare

Nell'area pratese e fin verso le terre dove nacque Boccaccio, in quel parlato toscano, che è spessore e radice del nostro italiano si dice "ritornare a casa nova" per intendere l'andare ad abitare in una casa mai prima abitata. Ossimoro apparente dato dall'incrocio fra la memoria dell'esperienza passata che non può essere del tutto cancellata e del presente che si deve realizzare in un'esperienza nuova; ossimoro apparente – quello del "ritornare a casa nova" – in cui si tendono insieme doppi movimenti – che si scioglie appunto se lasciamo fluttuare gli aloni semantici di "ritornare", "casa" e "nova".

Ritornare a casa nova rimanda da una parte al gesto necessario di rivoltare le spalle alla vecchia casa per andare verso la nuova; ma potremmo dire che questo è un rivoltare solo di senso, rimanendo sullo stesso vettore di significato; vale a dire quello di andare verso un luogo pensato accogliente e accoglitivo; "venire di nuovo nel luogo, nello stato, nella condizione in cui si era venuti prima o da cui si è partiti" dice il Novellino, nel XII secolo. Allora pur nella presenza concreta di una casa nuova nella trascendenza del significato non viene mutato né luogo, né stato, né condizione.

Allora ritornare è voltare le spalle al vecchio ostello – polarità di riferimento ineludibile per andare appunto verso il nuovo ostello che è la continuazione, nella discontinuità del movimento e del cambiamento di punto di riferimento, dell'esperienza garantita del primo abitare; voltare in questo senso richiama ad un lasciare il conosciuto per un ignoto relativo e sopportabile e soprattutto evocativo del vecchio. Ri-tornare è tornare a fare il percorso che da un esterno, da un luogo estraneo conduce alla dimora sempre pensata comoda o accomodante.

In realtà comunque nuova sia la casa verso la quale si va sempre una casa è, e pur nella sua estraneità permette di rinnovare il gesto dell'occupare e del misurarsi con uno spazio. Una casa cambia anche spostando i mobili, tinteggiando le pareti; resta sempre quella ma è diversa, rinnova lo sguardo di chi la abita, lo mette oggettivamente in altre posture per guardare e guardarsi, mutando anche le percezioni del proprio corpo, di quello degli altri e degli oggetti.

È un gioco dell'innovazione e della persistenza che ci fa, anche quando si è sani, terapeuticamente ancora capaci di attenzione e di tensione a quello che ci sta intorno, ricordandoci che la realtà muta secondo i punti di vista pur rimanendo se stessa se sedimentiamo – e la sedimentiamo comunque – memoria del mondo.

E ancora “casa”: ogni luogo ci fa da casa se ci pensiamo; forse, dalle borsette delle donne, ai portafogli degli uomini, agli zainetti degli adolescenti ognuno si porta dietro la casa; nelle valigie ci si porta la casa dietro.

La casa allora è ogni luogo dove si portano e si aprono le valigie, per ricrearla in un altrove; è il luogo dove si distendono a segnare lo spazio gli oggetti portati nelle valigie. Si dice anche di un albergo confortevole, “a casa”; luogo comunque in cui, pur nella lontananza delle modalità, si dipanano i riti e le funzioni che si ritrovano sotto ogni tetto domestico. “Sentirsi a casa propria”, “fai come se fossi a casa tua” si dice quando, abbandonate le convenzioni e le maschere sociali, le formalità e le ritualità, ci si può ritrovare in uno stato di benessere dato dalla confidenza con il proprio corpo, gli oggetti, i percorsi; il muoversi a proprio agio del corpo in una fenomenologia recuperabile nella scioltezza, nella sicurezza e nella fluidità dei gesti e delle operazioni sta in relazione a quanto il soggetto è in grado di “sentirsi a casa propria”; stare nei propri panni, avere confidenza, è fidarsi che le cose siano al loro posto, che le si ritrovi lì, che ci siano abitudini che permettono l'abbandono di ogni pensiero difensivo, perché sicuri di non averne bisogno, con il felice ritrovamento di un vagare e di un divagare senza pericoli, tranquillo e acconsenziente.

Anche i barboni, quelli senza tetto, si fanno una casa, una tana, si creano un cantuccio, un alone di calore fatto del proprio odore, un territorio prossimo e sicuro al proprio corpo.

La casa è la fondazione, anche in assenza di una titolarità giuridica, della possibilità di delimitare ciò che è mio, di una proprietà a volte solo simbolica, ma fortemente agita.

È questo tornare a casa nova che la riabilitazione psichiatrica deve permettere: quando il paziente non può più stare nella propria casa perché minacciata e da attaccare; quando non vuole, non può o non sa più stare in un luogo per un tempo sufficiente per dire che “questo posto è mio”; quando è fissativamente incapace di pensarsi in transito da una casa all'altra perché deprivato di ricordi e di abbandoni, di speranze e di incontri; quando non c'è più il desiderio di farsi una tana perché si è dei naufraghi alla deriva; quando non si ritrova negli oggetti la propria mano che li identifica e li fa diversi da quelli nelle vetrine o di casa d'altri; quando non si vuole più abitare in se stessi e quindi in alcun altro luogo.

È in queste dis-locazioni disarmoniche, celibi e orfane che si instaura la riabilitazione psichiatrica, che fa di ogni centro, di ogni stanza a sua disposizione una possibilità di riprendere a “ritornare a casa nova”.

Le comunità e i centri nati in questi trent'anni hanno offerto questa esperienza di "ritornare a casa nova": ogni casa è però abitata, anche se da fantasmi, da una famiglia; è essa stessa segnale della presenza, anche solamente possibile, di una famiglia.

Impegni quotidiani

Famiglia ha significato – in modo metaforico ma anche molto concreto in termini storici – l'insieme eterogeneo di persone che pur intorno a una coppia genitoriale – ma non sempre – condividevano un tetto e cooperavano a darsi e garantirsi reciprocamente cibo, protezione e socialità.

Allora le comunità istituite in questi anni alludono costantemente alla famiglia sia psicoanaliticamente pensata, per quella persistenza e pervasività fondante del romanzo familiare che mai ci abbandona, sia sociologicamente pensabile per quella tessitura di compiti, ruoli, collocazioni e vissuti che prevede e permette nell'ottusa quotidianità di andare avanti. È l'ottusa quotidianità che la famiglia tramanda e in questa essa si sostiene; tramanda conservandola e conservandosi, tramanda utilizzando azioni ripetitive e ripetute, a volte standardizzate, ma mai davvero uguali – oh, infinite tonalità per apparecchiare un tavolo!!

Tutto questo è fare cultura; è in nome di questa pelle – la cultura appunto – a volte avvertita come copertura percepibile altre come aderente mantello impercettibile che la famiglia dipana i suoi giorni; tutto questo è permettere, nella condivisione del conforto, lo sviluppo della socialità dei suoi soggetti neonati e la loro socializzazione ai codici culturali.

Tutto questo stare insieme e in comune, questa comunità richiede, come l'etimo dice, il portare pesi insieme e l'averne insieme il compenso: allora stare in comunità vuol dire dovere comunicare, intendersi e convenire – triade di base della stessa possibilità della coppia – per costituirsi, per istituire un contesto che contiene e tiene e avviluppa senza soffocare.

La famiglia è il luogo, in questo condividere i giorni fatti di regole, dove si instaura e si sviluppa la capacità e la competenza comunicativa, ma anche il luogo dove essa può naufragare; comunità e comunicazione sono l'uno la forma e l'altro la struttura interna e di sostegno di questa operazione di tramandare e tradurre ai neonati i codici acquisiti, così come di tramarne di relativamente nuovi ed originali.

Sono la capacità, fatta di persistenza e fiducia, e il modo con il quale si declina questa capacità di parlare di, su e per cose ovvie e banali che permettono di sedimentare storie e biografie con una loro specificità. "Chi fa i piatti?" "Chi porta i bambini a scuola?" "Chi fa i letti?" "Chi la spesa?" e poi ancora "Quanto tempo ci metti a prepararti!!" "A che ora usciamo?" "Quanto tempo stai al gabinetto!!!": evidenze, queste domande che costellano lo stare con