

Rapporto di ricerca  
20/2002

Rosita Fibbi  
Sandro Cattacin

## **L'auto e mutuo aiuto nella migrazione**

**Una valutazione d'iniziativa di *self  
help* tra genitori italiani in Svizzera**

**Mit einer deutschen Kurzfassung der  
Studie im Anhang**

Valutazione breve per conto del progetto "Migrazione e salute" dell'Ufficio federale della sanità pubblica



Rapporto di ricerca  
20/2002

Rosita Fibbi  
Sandro Cattacin

## **L'auto e mutuo aiuto nella migrazione**

**Una valutazione d'iniziativa di *self  
help* tra genitori italiani in Svizzera**

**Mit einer deutschen Kurzfassung der  
Studie im Anhang**

*Citazione suggerita :*

Fibbi, Rosita e Sandro Cattacin (2002). L'auto e mutuo aiuto nella migrazione. Una valutazione d'iniziativa di self help tra genitori italiani in Svizzera. Mit einer deutschen Kurzfassung der Studie im Anhang. Rapporto di ricerca 20 / 2002 del Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione. Neuchâtel : SFM / FSM.

FSM  
SFM

Institut auprès  
de l'Université  
de Neuchâtel

Institut an  
der Universität  
Neuenburg

Terreaux 1  
CH – 2000 Neuchâtel  
Tél. + 41 (0)32 718 39 20  
Fax + 41 (0)32 718 39 21  
secretariat.fsm@unine.ch  
www.unine.ch/fsm  
CCP 20-3686-9

# Indice

<b>Prefazione</b>	<b>6</b>
<b>Riassunto</b>	<b>7</b>
<b>Introduzione</b>	<b>9</b>
<b>Obiettivi e metodi della valutazione dei gruppi auto e mutuo aiuto</b>	<b>11</b>
<i>Mandato di valutazione</i>	11
<i>Questioni di valutazione</i>	11
<i>Metodologia scelta, procedimento adottato, documentazione raccolta</i>	12
<b>Uno spaccato della realtà della tossicodipendenza in immigrazione</b>	<b>15</b>
<i>Incidenza del fenomeno tossicodipendenza presso gli stranieri: aspetti quantitativi</i>	15
<i>Il fenomeno tossicodipendenza presso gli stranieri: aspetti qualitativi</i>	16
<i>Il tabù della droga presso la prima generazione d'immigrati</i>	16
<i>La specificità della famiglia italiana immigrata</i>	17
<i>La diffidenza nei confronti delle istituzioni svizzere e preferenza per relazioni empatiche</i>	18
<b>Gli interventi nelle diverse realtà locali</b>	<b>21</b>
<i>Origine del progetto</i>	21
<i>Caratteristiche dell'utenza</i>	24
<i>Evoluzione e situazione attuale</i>	25
<i>Organizzazione interna</i>	27
<i>Finanze e mezzi a disposizione</i>	29
<i>Contestualizzazione del progetto – lavoro di rete nei confronti di interlocutori locali</i>	30
<i>Valutazione interna dei risultati ottenuti</i>	32
<i>Valutazione interna delle prospettive e proposte</i>	34
<b>Discussione delle caratteristiche dei gruppi di auto-aiuto italiani</b>	<b>39</b>
<i>Il modello dei gruppi di auto-aiuto</i>	39

<i>La dinamica all'origine dei gruppi AMA</i>	42
<i>L'organizzazione interna</i>	43
<i>Le risorse i mezzi</i>	44
<i>L'estrazione sociale dei partecipanti ai gruppi di auto-aiuto</i>	44
<i>Gruppi guidati o autogestiti?</i>	44
<i>La tematizzazione dell'esperienza migratoria: questione di lingua o di cultura?</i>	45
<b>Vantaggi e limiti dei gruppi d'auto e mutuo aiuto</b>	<b>47</b>
<i>I vantaggi</i>	47
<i>I limiti</i>	50
<b>Conclusioni e raccomandazioni</b>	<b>55</b>
<i>Bilancio conclusivo</i>	55
<i>Raccomandazioni</i>	56
<b>Bibliografia</b>	<b>61</b>
<b>Allegato I</b>	<b>63</b>
<b>Allegato II: Kurzfassung der Studie</b>	<b>65</b>
<i>“Selbsthilfe und gegenseitige Unterstützung in der Migration” - Eine Bewertung der Selbsthilfe-Gruppen italienischer Eltern in der Schweiz</i>	65
<i>Einleitung</i>	66
<i>Ziele und Methoden zur Bewertung der Selbsthilfegruppen</i>	67
<i>Die Interventionen in den einzelnen lokalen Gruppen</i>	68
<i>Die Charakteristiken der italienischen Selbsthilfegruppen</i>	72
<i>Vorteile und Grenzen der Selbsthilfegruppen</i>	76
<i>Empfehlungen</i>	81



# Prefazione

Questa ricerca è stata fortemente voluta da Umberto Castra, coordinatore della comunità italiana all'interno del progetto "migrazione e salute" dell'Ufficio federale della sanità pubblica (Ufsp). La sua convinzione che dietro ai gruppi di auto e mutuo aiuto di genitori che hanno avuto delle esperienze traumatiche nel campo della droga si possono individuare modelli d'intervento efficaci ci ha coinvolti e accompagnati in questa breve valutazione.

L'inchiesta finanziata dal progetto "migrazione e salute" dell'Ufsp si è svolta in quattro mesi approfittando dell'aiuto di Janine Dahinden e di Antonella Ferrari (interviste). Ringraziamo in particolar modo Umberto Castra che ci ha messo a disposizione le sue conoscenze del terreno e la sua documentazione e soprattutto le persone che si sono rese disponibili per le interviste. Un ringraziamento anche ai colleghi del Forum per le loro critiche, in particolare a Milena Chimienti, e a Evelyn Wellding per la traduzione dall'italiano al tedesco del riassunto.

Novembre 2001

Rosita Fibbi, Sandro Cattacin

## Riassunto

Questa breve valutazione tenta di fare un bilancio delle attività e del potenziale di sviluppo dei gruppi d'auto e mutuo aiuto di famiglie italiane confrontate con il problema della dipendenza da sostanze tossiche delle loro figlie e dei loro figli.

L'origine delle diverse esperienze fa capo principalmente alla necessità di un intervento terapeutico orientato alla teoria sistemica d'azione sociale che prevede il coinvolgimento e la mobilitazione delle risorse che circondano la persona in terapia e la responsabilizzazione del suo ambiente. Inoltre ci troviamo in contesti terapeutici che mantengono un chiaro riferimento culturale italiano, elemento rassicurante le famiglie alla ricerca di aiuto e sostegno.

Nonostante l'evidente importanza per la società svizzera di questi gruppi – che prevencono derive e contribuiscono alla risoluzione di problemi e difficoltà – e il riconoscimento da parte delle istanze locali del lavoro svolto, resta limitato il sostegno in termini finanziari.

Le raccomandazioni sono:

- Mantenere e promuovere questi gruppi d'auto e mutuo aiuto nel campo della tossicodipendenza;
- Allargare eventualmente il loro campo d'intervento ad altre tematiche rilevanti ai fini dell'integrazione delle comunità immigrate;
- Mantenere l'idioma linguistico d'origine come elemento di base dell'intervento;
- Conservare una gestione professionale dei gruppi, pur mantenendo un legame stretto con le comunità, tramite un deciso sostegno al lavoro di rete;
- Rafforzare lo scambio di informazione tra i gruppi e organizzare, eventualmente, degli interventi formativi per le animatrici o gli animatori dei gruppi;
- Trovare un ancoraggio locale dei gruppi in una rete di servizi esistenti, integrati in strutture forti e stabili, che articoli la flessibilità dei primi alla durabilità delle seconde;
- Generalizzare l'esperienza ad altre comunità e sul territorio svizzero attraverso un'azione di promozione sostenuta dalla Confederazione.



# Introduzione

La condizione migratoria crea situazioni specifiche che non possono essere normalizzate nel paese d'accoglienza. L'approccio repubblicano – per quanto legittimo dal punto di vista egualitarista – non può risolvere situazioni che richiedono una sensibilità per la differenza (Brubaker 2001: 542). Questa osservazione è ancor più valida quando si tratta del corpo, dell'intimità, dei mondi di vita (Fehér e Heller 1994). La breve valutazione dei gruppi d'auto e mutuo aiuto nel campo della droga (che chiameremo AMA) che presentiamo in questo rapporto conferma la necessità di soluzioni specifiche quando identità cresciute nella migrazione sono sottoposte ad uno stress sociale. Qui le strutture generaliste trovano i loro limiti e il particolarismo soprattutto linguistico – che permette di parlare d'intimità e identità in modo autentico – prende il sopravvento.

Nelle pagine seguenti presenteremo prima il metodo che ci ha guidati, poi descriveremo le realtà analizzate in modo da capire i punti forti e le debolezze dell'azione. Infine tenteremo una riflessione prospettiva partendo dal materiale empirico. Nelle conclusioni tenteremo un bilancio dell'esperienza e saranno formulate delle raccomandazioni.



# **Obiettivi e metodi della valutazione dei gruppi auto e mutuo aiuto**

## **Mandato di valutazione**

I gruppi di auto e mutuo aiuto (AMA) di lingua italiana sono stati sostenuti e promossi dal coordinatore (d'origine italiana) all'interno del Progetto "Migrazione e Salute" (PMS) dell'Ufficio federale della sanità pubblica (per una presentazione del PMS, vedasi per esempio Efionayi-Mäder et al. 2001). I primi gruppi sono nati nel 1993, l'ultimo è di recente costituzione, essendo nato nel 1999. In tutto esistono attualmente 5 gruppi che funzionano regolarmente con una partecipazione che va da 10 a 20 persone, con un'animatrice o un animatore per gruppo e con un finanziamento minimale (logistica, sostegno) da parte di diverse istituzioni, il Progetto "Migrazione e Salute" in particolare. I partecipanti sono membri di famiglie che hanno vissuto un problema legato alla droga. In generale si tratta dunque di gruppi di familiari di persone che hanno – o che hanno avuto – dei problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti.

Diverse le domande che guidano l'analisi. Ci si interroga in particolare:

- Sull'adeguatezza degli AMA riguardo alle famiglie;
- Se gli AMA sono una forma di intervento da sostenere e sviluppare in futuro;
- Sulle condizioni organizzative che permettano il buon funzionamento dei gruppi;
- Sugli obiettivi che si sono dati questi gruppi AMA e se li hanno raggiunti;
- Su come stabilizzare e potenziare l'esperienza.

Questi interrogativi riguardano da un lato gli aspetti organizzativi, i risultati e la continuità dell'esperienza sostenuta e dall'altro l'adeguatezza dello strumento stesso. Richiedono dunque la combinazione di un'inchiesta valutativa con una riflessione sullo strumento dell'auto-aiuto.

## **Questioni di valutazione**

I principali obiettivi di questa valutazione sono:

- Riflettere sullo strumento dell'auto-aiuto nel campo della tossicomania e del sostegno alle famiglie che incontrano dei problemi in questo ambito;

- Rendere conto di un'iniziativa d'auto e mutuo aiuto nella comunità italoфона in Svizzera tedesca nel campo della tossicomania (breve bilancio);
- Rilevare i maggiori elementi di forza e di debolezza di tale iniziativa;
- Riflettere sulla possibilità di strutturare e stabilizzare a medio e lungo termine un intervento d'auto e mutuo aiuto nel campo della tossicomania all'interno della comunità italoфона (in particolare italiana) in diverse realtà della Svizzera tedesca.

### **Metodologia scelta, procedimento adottato, documentazione raccolta**

La valutazione breve si è imposta come strategia di ricerca dato il budget limitato a disposizione e una realtà circoscritta come campo d'inchiesta<sup>1</sup>. Poiché le realtà da osservare e valutare sono un numero limitato (5) e in larga misura si tratta di micro-realtà a carattere sperimentale sorte *ad hoc* per far fronte ad una situazione avvertita dagli attori sociali come un'emergenza, si è ritenuto che l'unica metodologia adeguata al compito fosse quella improntata al *metodo qualitativo*. L'assenza di standardizzazione, la variabilità delle risorse interne e esterne dei diversi gruppi, la diversità nelle modalità di gestione dei rapporti con il territorio sono tali da dissuadere l'applicazione di approcci quantitativi.

Il metodo qualitativo consente un'accurata descrizione dei processi che hanno portato alla creazione dei 'servizi' e dello sviluppo dell'offerta di sostegno in favore dei genitori di ragazzi italiani tossicodipendenti. Esso mira a cogliere le caratteristiche del contesto nel quale gli operatori si trovano ad intervenire per enucleare vincoli e risorse fornite agli operatori.

Nella nostra analisi, la metodologia seguita si articola in direzioni complementari. Proponiamo cinque ambiti complementari di ricerca:

- Studio della documentazione prodotta dal progetto. Questa documentazione, che è stata messa a disposizione dal mandante e in parte dalle animatrici e animatori delle diverse esperienze, ha permesso un'analisi in termini d'*output* (prodotti concreti) del progetto.
- Interviste ai coordinatori e a qualche membro dei gruppi. Queste interviste (circa una dozzina) sono basate su un questionario semi-strutturato e permettono l'individuazione dei principali problemi organizzativi, dei successi ed insuccessi delle singole esperienze e delle potenzialità di sviluppo. Le interviste sono riassunte e riproposte nel corso del testo.
- Interviste ad attori e referenti che operano nello stesso contesto delle esperienze osservate. Queste interviste sono anch'esse basate su un

<sup>1</sup> Vedasi sui contesti che giustificano una *short evaluation*: Widmer et al. 1996.

questionario semi-strutturato e contribuiscono soprattutto alla riflessione sull'eventuale istituzionalizzazione delle esperienze locali di AMA. E' stato possibile svolgere quattro interviste. Le interviste sono riassunte e riproposte nel corso del testo.

- Interpretazione e sintesi delle informazioni. I diversi dati combinati permettono una valutazione in prospettiva dell'esperienza. L'analisi si basa sull'utilizzo del sistema di categorie uguali o compatibili tra le diverse fonti rilevate.

La valutazione sfocia in questo breve rapporto sull'esperienza dei gruppi AMA. Il testo fa il bilancio delle iniziative, ne mette in evidenza le forze e le debolezze, riflette sul concetto utilizzato e sugli obiettivi perseguiti, suggerisce gli eventuali adattamenti e, infine, formula delle proposte per l'eventuale continuazione dell'esperienza.

*Campione:* Si è avvicinata ognuna delle realtà locali nelle quali esistono e sono esistiti gruppi di auto-aiuto per assicurare una copertura completa dell'insieme dei progetti. Ci consta che esistano 5 gruppi di auto-aiuto per famigliari di giovani tossicodipendenti di lingua italiana nelle seguenti località: Basilea, Soletta, Wohlen, Berna e Zurigo. Abbiamo peraltro avuto notizia di gruppi AMA a Bienne, Burgdorf e Lenzburg sui quali però non è stato possibile svolgere una indagine nell'ambito del presente studio, anche perché questi gruppi sembrano aver esaurito il loro compito iniziale. Avendo incontrato difficoltà a approfondire la situazione zurighese, ci siamo limitati ad analizzare la documentazione prodotta dal responsabile del progetto.

Per ogni località abbiamo proceduto in primo luogo all'analisi dei documenti redatti a margine del progetto AMA che abbiamo poi integrato con interviste ai principali animatori dei diversi gruppi, ad alcuni genitori partecipanti ai gruppi AMA e a dei referenti svizzeri, responsabili locali di presa in carico dei tossicodipendenti e delle loro famiglie, indicatici dagli animatori principali come loro interlocutori. Per cogliere meglio la specificità del lavoro con le famiglie immigrate abbiamo intervistato anche alcuni operatori svizzeri che avevano esperienze di intervento sia presso tossicodipendenti e loro famiglie autoctoni sia presso quelli immigrati (Allegato I: Lista delle persone intervistate)



# Uno spaccato della realtà della tossicodipendenza in immigrazione

Il rapporto di Domenig (2000), il primo testo scientifico che esamini in profondità la questione della tossicodipendenza degli stranieri in Svizzera, discute alcune questioni relative alla specificità della tossicodipendenza e della risposta culturale elaborata dai genitori italiani di fronte a questa sfida. Si tratta di una ricognizione del fenomeno rispetto al quale viene concepito l'intervento di presa in carico dei giovani e di sostegno alle loro famiglie.

Ce ne serviamo come supporto nel prendere in esame alcuni aspetti della tossicodipendenza sui quali è chiamato ad innestarsi lo strumento di intervento rappresentato dai gruppi AMA. Per discutere questi aspetti ci fondiamo sul materiale raccolto nel corso del presente studio.

## **Incidenza del fenomeno tossicodipendenza presso gli stranieri: aspetti quantitativi**

Nel suo ampio studio Domenig (2000: 36) segnala la difficoltà di cogliere correttamente, in assenza di dati epidemiologici, le dimensioni del fenomeno droga e le eventuali specificità relative alla popolazione immigrata; in ultima analisi si rimette all'apprezzamento di alcuni osservatori privilegiati.

I nostri interlocutori giungono alle sue medesime conclusioni: la tossicodipendenza interessa gli immigrati in misura proporzionale alla loro presenza presso le classi d'età più giovani della popolazione. Lo sostiene un terapeuta che non identifica alcuna specificità nella tossicodipendenza dei giovani stranieri rispetto a quella dei loro coetanei svizzeri. Lo afferma un responsabile della DAJ che reputa analoga la proporzione di tossicodipendenti tra gli svizzeri e tra gli stranieri, anche se magari possono essere diverse le ragioni che inducono al consumo di sostanze stupefacenti. L'unica persona di parere contrario non opera professionalmente nell'ambito della presa in carico della tossicodipendenza.

La tossicodipendenza interessa quindi gli stranieri in misura analoga agli svizzeri, gli stranieri sono invece sottorappresentati nei servizi di intervento sulla tossicomania: lo afferma un responsabile dei servizi pubblici per tossicodipendenti che rileva, sulla scorta di uno studio, come la relativamente buona frequentazione della loro *Anlaufstelle* (il 20% della clientela della loro è straniera, una proporzione analoga a quella degli stranieri sull'insieme della popolazione della regione) contrasti con una sottorappresentazione nei servizi di consultazione e di presa in carico. Dichiarando di avere circa un 10% di italiani e un 15% di stranieri tra la clientela dei servizi cantonali

per tossicodipendenti, un altro responsabile ribadisce questa constatazione della rappresentazione meno che proporzionale degli stranieri nei servizi.

## **Il fenomeno tossicodipendenza presso gli stranieri: aspetti qualitativi**

Il consumo di droga interessa in primo luogo i ragazzi maschi. Un osservatore rileva che i giovani italiani cominciano a consumare droga in età inferiore a quella degli svizzeri, e si rivolgono senza complessi ai centri di prima accoglienza, gratuiti e anonimi. Restano a lungo inseriti in *peer groups* caratterizzati da una forte coesione e pressione interna alla conformità e sottoposti a una gerarchia interna pronunciata. Sono invece in età più avanzata degli svizzeri quando sollecitano un servizio di consultazione.

Essi rimangono più a lungo degli svizzeri in famiglia, dove si fa di tutto per evitare che diventino passibili di condanne penali: la famiglia richiede aiuto solo in ultima istanza, quando si è ormai dissanguata pagando la droga per tener lontano i figli tossicodipendenti dalla prostituzione e dalla delinquenza e la capacità di sopportazione dei genitori è giunta allo stremo.

I nostri interlocutori segnalano che tra i giovani tossicodipendenti di seconda generazione non sono infrequenti i casi di ragazzi che hanno vissuto in prima persona la migrazione (per esempio come ricongiunti) senza riuscire a dare un significato a questa loro esperienza. Un altro interlocutore crede di poter individuare una ragione della diffusione del fenomeno nelle difficoltà che incontrano i ragazzi d'origine modesta nell'accedere a livelli di formazione adeguati alle loro capacità e che suscitano un profondo senso di frustrazione.

## **Il tabù della droga presso la prima generazione d'immigrati**

Il consumo di droga, tabuizzato in molte società, lo sarebbe in modo particolare presso gli immigrati in Svizzera. Il dibattito sull'importanza del tabù droga acquisterebbe probabilmente maggiore chiarezza se si distinguessero due aspetti generalmente compresenti nella utilizzazione della nozione di tabù: la visione eccessivamente negativa del consumo di qualsiasi tipo di droga e il fatto di evitare sistematicamente di rivelare la condizione di tossicodipendente di un familiare.

Uno dei nostri interlocutori parla del primo aspetto del tabù della droga:

“Molti italiani vivono tuttora il problema della droga come se fosse una dichiarazione di morte, un fantasma, un diavolo, una cosa estremamente pericolosa”.

Egli sembra imputare questa concezione a mancanza d'informazioni adeguate e all'universo culturale degli immigrati di prima generazione: l'assenza del fenomeno

droga all'epoca della loro vita in Italia può indurre alcuni genitori immigrati a sovraccaricare i toni.

Il fatto di circondare la tossicodipendenza del figlio di estremo riserbo può essere legato a questa visione del fenomeno droga ma va anche messo in relazione con condizione di immigrato e col contesto socio-culturale dell'inserimento in Svizzera. In questo contesto diventa plausibile che il consumo di droga sia considerato tabù perché stigmatizzante: chi ha adottato la strategia di rendersi invisibile per sfuggire alla stigmatizzazione associata talora con la condizione di immigrato pratica la stessa strategia per sfuggire alla nuova stigmatizzazione derivante dalla condizione di tossicodipendente. La contorta traiettoria delle famiglie di tossicodipendenti che, prima di rivolgersi alle strutture specializzate, hanno esperito tutte le altre possibili vie informali per ottenere un aiuto va compresa in questa logica. Diventa così intelligibile il caso del genitore che, per un consiglio relativo alla tossicodipendenza del figlio, si rivolge al sindacato, che evidentemente considera un interlocutore benevolo nei suoi confronti. Una terapeuta basilese rileva:

“Questa traiettoria è tipica dello straniero, non solo dell'italiano: un atteggiamento che è legato al sentimento di non avere tutti i diritti, di avere sempre una certa diffidenza e paura rispetto ai permessi etc. Per questo quindi: si sta più attenti, si parla meno, si tengono i problemi nascosti”.

Insomma, il tabù e la diffidenza non vanno considerate solo come reazioni “ataviche” ma anche come reazioni prodotte *hic et nunc* dalla condizione di immigrato: il conservare i conflitti all'interno della famiglia e ricercarne le soluzioni prioritariamente in quella sede appare alle famiglie una risposta alla sfida della tossicodipendenza tanto più necessaria che non mancano casi di persone, titolari di permessi C nati e cresciuti in Svizzera, sanzionate con il ritiro del permesso per aver fatto ricorso all'assistenza pubblica in modo giudicato eccessivo.

Uno dei responsabili dei servizi pubblici per la tossicodipendenza segnala come nei piccoli centri urbani sia ancora sensibile il problema della ghettizzazione dei tossicodipendenti e delle loro famiglie, un fenomeno ormai in larga misura superato nelle città. Tale opinione è condivisa da un terapeuta, secondo cui, indipendentemente dalle dimensioni del centro urbano in cui abitano le famiglie immigrate con figli tossicodipendenti, sono determinanti le dimensioni dell'ambiente frequentato da queste famiglie: se si muovono in un ambiente ristretto, con un raggio d'azione limitato e maggiore controllo sociale, vi è un più acuto senso di vergogna associato a forme d'auto-esclusione.

## **La specificità della famiglia italiana immigrata**

Molti autori (Goddard 1994, Giordano 1992, Domenig 2000, Bolzman, Fibbi, Vial 1999) concordano nell'affermare che nella famiglia italiana i legami intergenerazionali conservano una pregnanza che non ha uguali nella famiglia svizzera e nord-europea. Per quanto riguarda la problematica della droga, questa pregnanza viene tematizzata in

termini di difficoltà dei giovani stranieri a distaccarsi dalla famiglia che, se offre sostegno, rende però difficile l'autonomizzazione dei giovani rispetto ai genitori. Questo carattere "intrinseco" della famiglia italiana va comunque situato nel contesto specifico dell'immigrazione, che cementa ulteriormente i rapporti tra genitori e figli: vivendo in un ambiente percepito – quanto meno in alcuni casi – come ostile, si vanno a concentrare nella famiglia tutti i rapporti che altrove interesserebbero parenti e amici perché "in emigrazione ci si sente più soli". I figli vengono coinvolti maggiormente in ruoli che non competono loro e, nella tossicodipendenza, è ulteriormente accentuata la dipendenza che essi hanno nei confronti in particolare della figura materna.

La questione del distacco del tossicodipendente dalla famiglia rientra comunque, in tutte le famiglie, a pieno titolo nella problematica della co-dipendenza; essa diventa tuttavia ancora più centrale per le famiglie immigrate rendendo assolutamente indispensabile in questo caso un intervento articolato nei due momenti di terapia al giovane e di sostegno ai genitori.

Nei servizi svizzeri l'esigenza di questo duplice intervento non è adeguatamente percepita, secondo uno dei nostri interlocutori. Le strutture svizzere di presa in carico della tossicodipendenza, infatti, operano diversamente a seconda dell'età del giovane: quando è un minorenne a consumare droga, intervengono contemporaneamente sui genitori e sui ragazzi, nell'ipotesi che i legami familiari siano ancora importanti per il giovane. Tralasciano invece il primo livello d'intervento nel caso di tossicomani maggiorenni, dando per scontato che questi legami non siano più di vitale importanza: i giovani non coabitano più con i genitori, vivono del loro lavoro e di sussidi pubblici.

Il fatto che il raggiungimento della maggiore età non comporti la rescissione di legami intergenerazionali forti nelle famiglie immigrate rende invece necessario mantenere un duplice binario d'azione nella concezione dell'intervento sulla tossicodipendenza dei giovani d'origine straniera, indipendentemente dall'età del tossicomani e dei suoi genitori (a Soletta, il gruppo AMA comprende anche dei pensionati).

### **La diffidenza nei confronti delle istituzioni svizzere e preferenza per relazioni empatiche**

Abbiamo visto come la diffidenza di cui dà prova una parte quantomeno della popolazione italiana immigrata nei confronti delle istituzioni svizzere non possa essere concepita solo come il condensato di una mentalità forgiatasi nella storia del gruppo (gli Italiani del Sud, ad esempio) ma vada compresa anche come il prodotto di esperienze dirette, ripetute di interazioni deludenti, contraddistinte da un insanabile divario di potere tra l'immigrato e le istituzioni della società di residenza. Appare emblematico il caso di una madre che lavora in nero da parecchi anni e che, piena di risentimento, rifiuta categoricamente di imparare il tedesco, indicando così ai figli come non percorribile la via dell'integrazione nella realtà svizzera.

Queste esperienze contribuiscono a sostanziare l'idea di un ambiente ostile, nel quale l'individuo e la famiglia immigrati tendono comunque ad essere potenzialmente perdenti, perché o privi di diritti tout court o dotati di diritti sottoposti ad arbitrio.

“Una delle ragioni che trattiene le famiglie dal rivolgersi a strutture svizzere è il timore che possano verificarsi rappresaglie di tipo amministrativo (questione di permessi, rimpatri forzati ecc.)”.

Un interlocutore svizzero osserva:

“Die Italiener haben immer noch ein Misstrauen den schweizerischen Institutionen gegenüber. Sie kamen als Menschen und wurden als Arbeitskräfte gekauft. Ihr Misstrauen gründet auf dieser Begebenheit, wohl zu recht”.

Di qui il ricorso preferenziale delle frange più emarginate ai servizi italiani, che comunque non sono dotati di poteri così soverchiamente superiori come le temute istituzioni svizzere; il frequentare questi servizi è quindi parte di una strategia di riduzione del divario di potere.

Partecipa alla stessa logica di riduzione della distanza sociale e del sentimento di inferiorità la preferenza che, a detta di molti terapeuti, gli immigrati che frequentano questi servizi accordano a rapporti di tipo empatico con il terapeuta piuttosto che a rapporti di tipo professionale:

“I genitori italiani sono afflitti da un pesante complesso di inferiorità; la relazione emotiva – affettiva è forse un modo per ridurre la distanza sociale tra il terapeuta e loro”,

osserva uno di essi. I semplici “regali”- un dolce, una bottiglia, un pranzo – che offrono al terapeuta costituiscono un modo per “sdebitarsi” dell'aiuto ricevuto (altrimenti sono sempre in situazione di inferiorità nei suoi confronti): sono dunque paradossalmente una forma di ricerca di rispetto, di autonomia.

“Il rapporto che cercano comunque ad instaurare non è solo professionale perché questo “con gli emigrati non funziona”,

rileva una delle terapeute basilesi, attirando l'attenzione sulla componente emotivo-affettiva che caratterizza la relazione terapeuta-genitori.

Il fatto interessante è che questo tipo di relazione, tendenzialmente inconcepibile per i professionisti svizzeri dell'aiuto sociale (Domenig 2000), è largamente accettato da coloro che intervengono nelle strutture “semiprofessionali” di assistenza ai tossicodipendenti e alle loro famiglie in immigrazione:

“Senza pensarci due volte posso andare a trovare qualcuno a casa [...] se voglio conoscere la dinamica della famiglia [...] allora vado incontro alle famiglie, se ho l'impressione che abbiano più fiducia, se si esprimono quando si trovano nel loro campo”.

FSM  
SFM

Questa familiarità è ricercata dai genitori in primo luogo ma anche dal terapeuta per “andare incontro” ai genitori – perché rappresenta una “scorciatoia” più efficace nel penetrare la dinamica familiare, in situazioni dove gli interlocutori hanno difficoltà a esprimere remore, scrupoli, timori e sentimenti.

Questo tipo di rapporto personalizzato presenta dunque vantaggi e inconvenienti: è più facile affrontare in questo modo questioni intime e cruciali – ad esempio i sensi di colpa – quando si è stabilita una relazione di fiducia; in fondo questa relazione di fiducia è necessaria perché accettino di essere aiutati. Certo, “non bisogna esagerare”, dice una terapeuta, sottolineando l’importanza della supervisione, per mantenere entro confini accettabili questi “straripamenti”.

## **Gli interventi nelle diverse realtà locali**

Una presentazione di ogni studio di caso restituirebbe tutta la ricchezza delle singole esperienze, tuttavia abbiamo optato per una presentazione più analitica tale da mettere maggiormente in rilievo l'ampia gamma di situazioni, risorse e vincoli che producono nel concreto il singolo profilo dell'intervento. Le due realtà estreme, Basilea e Wohlen, fungono da punti di riferimento per inquadrare la variabilità osservata sul terreno. Per favorire una lettura analitica delle diverse esperienze, si è preferito esporre le singole situazioni ricorrendo ad una griglia trasversale che raggruppi le esperienze osservate intorno alle principali tematiche. Le rubriche di questa parte descrittiva sono quindi: l'origine del progetto, caratteristiche dell'utenza, evoluzione e situazione attuale, organizzazione interna, finanze e mezzi a disposizione, contestualizzazione del progetto, risultati ottenuti, valutazione interna, prospettive e proposte.

### **Origine del progetto**

#### *Basilea*

Il gruppo AMA nasce all'inizio degli anni 80 per l'iniziativa di un padre molto attivo nelle organizzazioni dell'emigrazione italiana che si trova confrontato con la tossicodipendenza del figlio. Il suo uscire allo scoperto con un'intervista alla *Basler Zeitung* sulle difficoltà personali contrasta con l'estrema riservatezza che circonda il consumo di droga nella comunità italiana. La sua insistenza sulla possibilità di affrontare la questione confrontandosi sui modi di concepire il problema e condividendo esperienze, speranze e sofferenza con altre persone che pure attraversano crisi analoghe è all'origine della nascita del gruppo. Il Consultorio familiare è l'interlocutore naturale per questo genitore in cerca di aiuto, poiché capace di mobilitare risorse in risposta al suo bisogno.

#### *Soletta*

Il gruppo AMA esiste dal settembre 1997. Il progetto a Soletta è nato su istigazione di un operatore del CEIS di Modena inserito professionalmente anche a Berna e Basilea; ne è l'artefice il coordinatore per la comunità italiana delle attività del Programma Migrazione e Salute (PMS) che si avvale della collaborazione di una missionaria locale del Centro Familiare Emigrati di Berna e della psicologa responsabile del Consultorio familiare FOPRAS di Soletta.

“Si è trattato di una co-costruzione nella quale ha svolto un ruolo importante la missionaria che era a contatto con le famiglie, alcuni ragazzi di Soletta erano in terapia in Italia; il bisogno di un gruppo di genitori era palese, poiché le famiglie andavano a Berna o a Basilea per partecipare a questi gruppi di genitori”.

### *Berna*

Il gruppo di auto-aiuto di Berna nasce come parte integrante del percorso terapeutico residenziale in comunità secondo il modello messo a punto dal CEIS di Modena e ripreso dalla comunità del Rüdli di Thun. Il gruppo è organizzato dal Centro familiare Emigrati di Berna.

Vi è una grande richiesta di questo tipo di interventi in una comunità ricca di mezzi e risorse che arriva, nel momento di massima attività, a ospitare anche 150 ragazzi, tra i quali vi è un 30% di ragazzi italiani. All’inizio del 1990, si registra un picco della richiesta di servizi per tossicodipendenti e loro famiglie che coincide con la creazione di questo gruppo di auto-aiuto. Vengono costituiti dapprima dei gruppi misti, comprendenti genitori italiani e svizzeri; ben presto però, in seguito a problemi di lingua, si separano in un gruppo svizzero e un gruppo italiano. Il gruppo italiano arriva allora a riunire 60 persone, tra cui una maggioranza di madri, provenienti talvolta da zone anche lontane come Basilea e Soletta.

### *Zurigo*

I contatti tra il Centro Scuola e Famiglia, il DAJ e il Drop-in, iniziati già a metà 1997, sono sfociati nell’elaborazione del progetto di dar vita ad un gruppo AMA per genitori di giovani italiani tossicodipendenti. I responsabili del progetto pensano di iniziare con una serata informativa aperta a tutti, durante la quale raccogliere le adesioni al gruppo; benché preceduta da sforzi enormi a livello organizzativo e pubblicitario, la serata si rivela un fallimento. Il Centro si lancia allora in un ulteriore tentativo, adottando una strategia diversa: preferisce partire subito con una riunione solo per diretti interessati, garantendo dunque fin dall’inizio l’anonimato dei partecipanti e l’assenza di semplici “spettatori”.

### *Wohlen*

Il gruppo AMA di Wohlen nasce ad opera di un sacerdote, confrontato con il fatto che il problema droga interessa famiglie molto attive nella comunità cattolica italiana di Wohlen; per questo allo “scandalo” si sostituisce ben presto il desiderio di fornire aiuto efficace. I canali di informazione cui ricorre sono essenzialmente localizzati in Italia: ne scaturisce la pratica di inviare i giovani in diverse comunità terapeutiche in Italia, più esattamente nella sua regione di provenienza, appartenenti tutte alla stessa struttura, il CEIS. Nell’accordare la preferenza a questa “soluzione italiana”, il sacerdote si premura di non creare concorrenza con le strutture terapeutiche svizzere della zona.

Il gruppo disagio nasce nel 1994 in relazione al fatto che 12 ragazzi sono ricoverati in comunità terapeutiche in Italia; si articola in un gruppo giovani, che comprende una ventina di ragazzi non necessariamente tossicodipendenti, che spalleggia il sacerdote nella ricerca di informazioni in loco e nel sostegno alle famiglie, e in un gruppo AMA per i genitori che comprende sia coloro i cui figli sono in comunità terapeutiche sia coloro i cui figli stanno reintegrando in nucleo familiare.

La comunità terapeutica nella quale sono inseriti i giovani tossicodipendenti postula come necessario un intervento parallelo a livello delle famiglie; poiché ciò comporterebbe difficile e costosi viaggi regolari in Italia, il sacerdote organizza la possibilità di svolgere sul posto questa funzione di accompagnamento. Se lo stimolo iniziale di creare una forma di accompagnamento delle famiglie trova la sua origine nella comunità terapeutica, il sacerdote interpreta e arricchisce la proposta con attività parallele che mirano allo stesso obiettivo – rispettare il ruolo dei genitori – ma che assumono forme originali.

### *Considerazioni intermedie*

Le origini dei diversi progetti sono dunque da vedere, in primo luogo nelle necessità di intervento terapeutico orientato alla teoria sistemica d'azione sociale che ha come obiettivo di coinvolgere il contesto nel quale è inserita la persona in terapia. L'integrazione della famiglia nel processo terapeutico è dunque di grande rilevanza per il suo successo (come sottolinea per esempio anche Donati 1990).

In secondo luogo – a parte il caso di Basilea e all'inizio anche di Zurigo –, abbiamo a che fare con contesti terapeutici di riferimento cattolico. Questo non significa che i gruppi AMA siano settari, ma che il contesto religioso, che non è tema di discussione all'interno dei gruppi stessi, procura fiducia e rassicurazione alle famiglie. Il mondo cattolico che propone terapie standard (per ciò che riguarda il CEIS, si può persino parlare di un modello innovativo nel contesto italiano, vedasi: il capitolo su Modena in Cattacin 1996) sembra dunque creare un contesto di riferimento rassicurante all'interno della comunità italiana. Aggiungiamo che, oltre al contesto, le persone che gli appartengono, come il sacerdote di Wohlen, rafforzano – grazie anche al loro ruolo specifico di “responsabili del loro gregge” – questo effetto di rassicurazione.

Zurigo e Basilea non sono a nostro avviso eccezioni alla regola ma riflettono soprattutto il clima urbano di queste città dove il riferimento religioso ha perso il suo ruolo rassicurante. La chiave di lettura da noi proposta per spiegare le diverse origini dei progetti riprende dunque la distinzione tra centro e periferia, dove la periferia deve costruirsi e dove i centri possono rispondere con strutture specifiche preesistenti. Quando però queste strutture scompaiono si ricostruisce, anche nei centri, il retroterra rassicurante – come mostra il caso di Zurigo dove ci si è rivolti alla missione cattolica, dopo il ritiro della struttura svizzera dall'esperienza.

Questa dicotomia emerge anche nell'analisi del ruolo di sostegno del programma “migrazione e salute”, molto più rilevante in quello che possiamo chiamare periferie urbane.

## Caratteristiche dell'utenza

### *Basilea*

I partecipanti al gruppo erano i genitori seguiti dapprima individualmente a livello di terapia nel Consultorio familiare; in seguito, il sostegno, “se lo davano tra di loro”, all'interno del gruppo AMA. La signora partecipante al gruppo AMA da noi intervistata ritorna a diverse riprese sul legame tra *follow up* terapeutico della figlia e sostegno ricevuto dal gruppo AMA e dalla sua animatrice; il fatto che la stessa persona svolgesse i due ruoli contribuisce a spiegare il grande risalto dato alla figura della terapeuta.

### *Soletta*

Nel 1998 comprende 15 genitori italiani e una coppia di portoghesi i cui figli maschi, ormai adulti, sono tossicodipendenti. Si tratta di genitori provenienti dal Sud Italia in gran parte, sopra i 50 anni salvo una coppia, tutti operai, due in pensione. La lingua di comunicazione è l'italiano.

Tre famiglie avevano una lunga storia di tossicodipendenza e si erano rivolte a molte istituzioni svizzere tra cui il DOC (il drop-in di Soletta) e continuavano a frequentare queste strutture. Lo stesso DOC ha indirizzato verso il gruppo AMA italiano una coppia che partecipava ad un gruppo svizzero. Altre due famiglie erano solo in contatto con la missionaria, importantissima come mezzo per far entrare queste persone in una rete sociale; si trattava di famiglie i cui figli erano ancora giovani e non avevano tentato niente. Erano chiuse in casa, si vergognavano e non parlavano né con gli italiani (non ricorrevano neanche alla famiglia allargata) né con gli svizzeri: non cercavano aiuto nelle strutture poiché era per loro impensabile.

### *Berna*

La richiesta di avere servizi italiani proviene dai genitori di prima generazione, spesso meridionali, di basso livello di scolarizzazione; questa polarizzazione non è dovuta solo alla composizione sociale della popolazione italiana residente a Berna ma è il risultato del fatto che i genitori italiani con un bagaglio formativo più consistente si rivolgono a strutture svizzere più differenziate.

Oggi il gruppo di Berna comprende dalle 5 alle 10 famiglie, cioè una ventina di persone ma vi è grande rotazione nel gruppo per cui si può dire che vi siano 50 famiglie che sono state accolte in questa struttura da quando è stata creata.

### *Wohlen*

Il gruppo riunisce una ventina di persone: si tratta di “immigrati tipici” italiani del sud, con figli tossicodipendenti ma vi fa parte anche una famiglia ticinese. Il

denominatore comune quindi è la condizione di tossicodipendenza del figlio e la comunanza linguistica.

### *Considerazioni intermedie*

L'utenza è dunque in gran parte di origine meridionale appartenente a classi sociali svantaggiate che si esprimono meglio in italiano che in tedesco. Questi elementi rivelano la doppia specificità dei gruppi AMA osservati. Mentre nel contesto svizzero, questi gruppi sono misti per quanto riguarda la loro composizione sociale, gli AMA italiani evidenziano una omogeneità che rende lo scambio di esperienze estremamente intenso. L'uso della lingua italiana all'interno dei gruppi si manifesta come una necessità quando si parla di intimità, usando il vocabolario proprio della socializzazione primaria, elemento questo confermato dal fatto che genitori italiani sono indirizzati agli AMA da consultori svizzeri. Il carattere artificiale della seconda lingua appresa in migrazione – quando esce dal contesto funzionale per entrare nell'intimità – diventa un limite alla comunicazione autentica (vedasi per esempio Franceschini et al. 1990 per la migrazione interna). E' dunque difficile sostituire gli AMA con strutture che utilizzino altri codici linguistici nel loro ruolo di evidenziatore ed elaboratore di difficoltà individuali legate a esperienze traumatiche.

## **Evoluzione e situazione attuale**

### *Basilea*

Attualmente partecipano al gruppo AMA in media una dozzina di genitori. Non c'è più nessuno di quelli che avevano iniziato nel 1982 perché parecchi sono rientrati e altri hanno risolto, bene o male, il problema tossicodipendenza. Quando una famiglia esce dal gruppo, ne subentra subito un'altra. C'è sempre stata una continuità e uno scambio. La gestione dell'avvicendamento di persone che si trovano a diversi livelli di elaborazione della propria situazione fa parte del normale lavoro di gruppo svolto da un professionista. Dopo 7/8 anni di frequenza, i genitori spesso prendono in considerazione l'idea di uscire dal gruppo.

### *Soletta*

La domanda che i genitori rivolgono al gruppo subisce col tempo una netta evoluzione:

“All'inizio le persone venivano con l'idea che avremmo potuto aiutarli ad aiutare i figli, che potevamo dare una soluzione da applicare senza dover cambiare se stessi: le tematiche erano centrate sui figli. Poi, pian piano sono cambiate, in funzione non solo delle loro esigenze ma anche perché eravamo convinti della necessità che lavorassero su loro stessi”.

Il lavoro su se stessi come genitori implica il chiarimento di conflitti interni alla famiglia, alla coppia. Attualmente il gruppo è meno attivo che in passato, per due ragioni: sono uscite di scena le due persone che assicuravano inizialmente l'animazione del gruppo e che ne costituivano i due pilastri locali e non vi è più ricambio di genitori.

### *Berna*

Attualmente il gruppo è meno numeroso che in passato per ragioni di natura transitoria e strutturale:

- quando è subentrato l'attuale terapeuta, alcune persone hanno abbandonato il gruppo poiché avevano un rapporto privilegiato di fiducia con il precedente. Ora il nuovo coordinatore sta ricostruendo il gruppo con alcuni genitori di ragazzi che segue lui;
- si ricorre in misura minore al modello della comunità terapeutica residenziale preferendo tipi ambulatoriali di presa in carico, i quali non esigono un lavoro sui genitori in parallelo a quello sui giovani;
- la costituzione di gruppi in zone decentrate: Soletta, Bienne, Lenzburg, Burgdorf (da notare che questi gruppi ancora esistono, anche se ridotti a poche persone);
- il rientro in Italia di molte famiglie con o senza i loro figli;
- da ultimo, la maggiore disponibilità delle strutture svizzere che, in seguito alla forte tematizzazione della questione migrazione e droga, mostrano maggiore sensibilità a questi problemi.

### *Zurigo*

Il gruppo si è riunito regolarmente il secondo venerdì del mese, dapprima nei locali del Drop-In, poi della Missione Cattolica Italiana e del Centro Scuola e Famiglia. In tutto sono stati fatti 29 incontri: 7 incontri nel 1998, 11 incontri nel 1999 e 11 incontri nel 2000. Alla fine del 1998, il Centro ha preso atto del ritiro della collaborazione al progetto da parte del Drop-In Zurigo (per cessazione del rapporto di lavoro della collaboratrice di lingua italiana presso tale istituzione) e del DAJ. Il Centro ha cercato così di stringere maggiormente il contatto con la Missione Cattolica e, a partire dal gennaio 1999, le due istituzioni hanno organizzato insieme gli incontri che hanno avuto luogo nei locali della Missione Cattolica di Zurigo.

### *Wohlen*

Il gruppo, che "discute degli stili educativi", conta sul sostegno di professionisti provenienti dalla comunità terapeutica italiana CEIS che intervengono regolarmente alle riunioni del gruppo, in ragione di una volta ogni due mesi. Da due o tre anni però

non vi è più sostegno professionale al gruppo. Le persone continuano tuttavia a riunirsi poiché si è sviluppata una forte amicizia tra loro. Il sacerdote assume, suo malgrado, il ruolo di moderatore: i partecipanti non si considerano in grado di gestire la dinamica e le micro-tensioni interne al gruppo e ritengono di aver sempre bisogno di una figura indiscussa di moderatore per superare queste micro-crisi. Il gruppo non si è rinnovato poiché, sebbene permanga il bisogno di questo intervento, le famiglie interessate abitano troppo lontano.

### *Considerazioni intermedie*

I gruppi sembrano aver bisogno di una struttura-quadro e possibilmente di una supervisione e moderazione professionale o almeno della presenza di una persona carismatica. Questo differenzia gli AMA analizzati dai classici gruppi d'auto-aiuto, che riproducono la loro esistenza nella logica di reclutamento di persone che hanno lo stesso bisogno (il caso classico sono gli Alcolisti Anonimi, vedasi per la Svizzera lo studio di Spinatsch 1987). Evidentemente, l'accompagnamento è la chiave della continuità – come vedremo anche nel paragrafo seguente. E' difficile giudicare se però questa constatazione sia legata al tema o alle persone. Essendo anche i gruppi corrispondenti svizzeri (i DAJ) seguiti, in generale, da professionisti, si può dedurre che si tratti di una esigenza legata al tema. Aggiungiamo che, probabilmente, le origini sociali dei migranti riuniti nei gruppi AMA non facilitano un'autonomizzazione di questi ultimi.

## **Organizzazione interna**

### *Basilea*

I genitori si incontrano una volta da soli e una volta con un terapeuta. A Basilea il terapeuta svolge contemporaneamente lavoro di rete grazie all'integrazione spaziale e professionale dei servizi per i giovani e dell'offerta di sostegno per i genitori presso il Consultorio.

### *Soletta*

Il gruppo AMA organizza incontri bimensili guidati da 2 persone remunerate dal progetto: la missionaria, l'assistente sociale che assicura la coesione e la continuità del gruppo anche al di fuori dei momenti di incontro, e la psicologa che, oltre a guidare le riunioni, offre, qualora necessario, consulenze individuali.

L'obiettivo iniziale delle animatrici era che il gruppo cominciasse con un animatore esterno per poi passare il timone ad una persona all'interno del gruppo: ciò si è rivelato impossibile: "forse li abbiamo resi dipendenti", dichiara l'animatrice del gruppo AMA. In realtà poi la nostra interlocutrice rimette in discussione l'obiettivo iniziale dell'autonomizzazione del gruppo quando constata che la presenza

FSM  
SFM

dell'animatore – terapeuta è giustificata dal fatto che queste persone hanno bisogno di sostegno, di una figura stabile analogamente a quanto avviene nella terapia familiare.

### *Berna*

Le riunioni sono dirette dal terapeuta familiare, responsabile del Centro e dalla segretaria del centro stesso, che svolge un importantissimo lavoro di rete.

### *Zurigo*

Il testo della descrizione del progetto di cui si dispone segnala la presenza costante di due animatori del Centro Scuola e Famiglia alle riunioni del gruppo AMA senza distinguere i ruoli rispettivi.

“La maggior parte dei partecipanti al gruppo di auto-aiuto ha scelto una forma di sostegno reciproco piuttosto del classico ricorso allo specialista.”

### *Wohlen*

A Wohlen la figura focale non è il terapeuta ma il sacerdote, che fa lavoro di rete (“Non ho mai mandato lettere, sempre comunicazioni personali e dirette”). La ragione di questa preminenza risiede senza dubbio nella personalità del sacerdote ma anche nel fatto che egli gestisce i rapporti non solo con i membri della comunità italiana ma anche quelli con le istituzioni locali e con i terapeuti, esterni alla realtà locale, di cui coordina l'intervento.

### *Considerazioni intermedie*

Come abbiamo già notato, i gruppi AMA sono animati da persone che posseggono una professionalità e/o una credibilità rilevanti. Emergono chiaramente due figure centrali: il o la terapeuta che si occupa dell'animazione del gruppo e la persona che crea il legame tra il gruppo e la comunità. Le dinamiche interne si assomigliano dato che tutti i gruppi sono guidati dall'idea di esprimere e di condividere le esperienze. Al di là del fine terapeutico, l'interesse particolare di partecipare ai gruppi è anche la ricerca di sé e della propria identità. Questi gruppi hanno dunque probabilmente un obiettivo – latente – nettamente più ampio di quello dichiarato. Si tratta, in effetti, non solo di vivere con dei figli dipendenti o ex-dipendenti dalla droga, ma anche di stabilizzare e rafforzare delle identità precarie. Si può azzardare l'ipotesi che dietro al modello degli AMA ci sia anche una risposta ad una situazione di migrazione che rende difficile la crescita identitaria. Come mostra il caso di Basilea, gli AMA possono diventare anche i luoghi di partenza per un inserimento nelle strutture svizzere e quindi il primo passo verso un'autonomia di movimento nel sistema sanitario locale. D'altronde, esperienze realizzate a New York, dove esistono gruppi d'auto e mutuo aiuto sostenuti dal comune (i MAA, *mutual assistance associations*), mostrano il

potenziale che questi gruppi possono avere come primi attori – di facile accesso – dell’inserimento nella società d’accoglienza.

## **Finanze e mezzi a disposizione**

### *Basilea*

Il progetto è iniziato con il Consultorio familiare, cioè grazie ad un finanziamento dello Stato italiano alla FOPRAS. Gli animatori del gruppo di terapia per giovani e di sostegno per i genitori si rammaricano del fatto che l’apprezzamento unanime per l’operato del Consultorio da parte dei partner svizzeri non sia seguito da un finanziamento corrispondente ed adeguato: i fondi ricevuti hanno sostenuto progetti specifici di prevenzione sulla droga, ma non il Consultorio come struttura terapeutica nel suo insieme. Il gruppo di auto-aiuto è ora gestito congiuntamente dal Consultorio e dal Musup – interamente finanziato da istituzioni svizzere. Ciò rappresenta un vantaggio per il Musup perché i genitori lo frequentano grazie alla reputazione che il Consultorio si è costruito con il suo efficace e pluriennale intervento su queste tematiche.

### *Soletta*

Nel 1998, il bilancio è finanziato per i 2/5 dall’UFSP, per altri 2/5 dalla Missione Cattolica e infine per 1/5 dal Cantone; per l’attività futura si spera che un finanziamento cantonale renda superflui i fondi dell’UFSP.

### *Berna*

In ambienti svizzeri, qualora vi siano state occasioni di conoscere il gruppo AMA, vi è unanime apprezzamento per il lavoro svolto. Ciò non si traduce tuttavia nel concreto: non vi sono persone inviate da strutture svizzere verso questi gruppi, né vi è sostegno economico diretto.

“Il Consultorio di Berna funziona bene, però è una struttura semiprofessionale: ci lavorano dei professionisti ma gran parte del lavoro del Centro familiare viene svolto da volontari. Se ci fossero mezzi finanziari più sicuri si potrebbe assumere altro personale e il servizio sarebbe più professionale”.

### *Wohlen*

L’impresa è in primo luogo l’opera poco istituzionalizzata di una persona che ha saputo mettere in relazione diverse risorse impiegate intorno alla Missione cattolica, che mette a disposizione la sede e parte dei finanziamenti cui si aggiungono alcune risorse fornite della chiesa cantonale. Inoltre il progetto ha ricevuto un finanziamento

FSM  
SFM

una tantum di 8'000 franchi “da parte di Castra”, cioè, tramite lui, da parte dell'UFSP. A fronte di costi pari a circa 10'000 franchi all'anno, i finanziamenti risultano scarsi e insicuri a medio termine.

### *Considerazioni intermedie*

Nonostante l'evidente importanza per la società svizzera di questi gruppi – che prevengono derive e contribuiscono alla risoluzione di problemi e difficoltà vari – e il riconoscimento da parte delle istanze locali dell'importanza del lavoro svolto, resta limitato il sostegno in termini finanziari. Il progetto “migrazione e salute” ha certamente giocato un ruolo fondamentale per la sopravvivenza di questi gruppi. Resta però un interrogativo e cioè il fatto se non siano gli enti locali - e non la Confederazione - a dover sostenere questi gruppi che risolvono problematiche locali. Su questo punto ritorneremo in seguito.

## **Contestualizzazione del progetto – lavoro di rete nei confronti di interlocutori locali**

### *Basilea*

Il gruppo d'auto-aiuto per i famigliari dei tossicodipendenti affianca il Consultorio familiare che svolge azione terapeutica nei confronti dei giovani stessi. Questa duplice dimensione dell'intervento garantisce una presa diretta sulle problematiche del disagio psicosociale capace di aderire perfettamente ai molteplici aspetti che assumono i bisogni. La completezza dell'offerta di servizi, la competenza degli operatori e la loro visibilità, la ormai lunga presenza di strutture di aiuto della comunità italiana, nonché i solidi legami intessuti con le istituzioni cantonali in generale e terapeutiche in particolare fanno della struttura basilese un modello ideale di intervento.

L'intervento del Consultorio e dei gruppi AMA gode di ampio riconoscimento presso le strutture svizzere che si occupano di tossicodipendenze, cosa che ha riscontro nella gestione concreta di casi, poiché questi servizi inviano al Consultorio utenti che non conoscono a sufficienza la lingua locale.

### *Soletta*

La FOPRAS è in contatto con il Cantone che, assicurando un finanziamento, fornisce al gruppo AMA una sorta di riconoscimento ufficiale: “il gruppo è noto e rispettato”. Tuttavia l'orizzonte operativo nel quale si svolge concretamente l'attività rimane essenzialmente quello della comunità italiana, tramite la Missione Cattolica e il Centro familiare Emigrati.

## *Berna*

Il gruppo di auto-aiuto rappresenta una parte dell'intervento sul disagio psicosociale svolto dal Centro Familiare Emigrati.

## *Zurigo*

Fino al 1997 al Centro Scuola e Famiglia non avevano avuto esperienze nel campo dell'auto-aiuto né nel lavoro con famiglie con ragazzi tossicodipendenti. Per questo ha cercato la collaborazione di due istituzioni da anni attive in questi due campi: il Drop-in e il DAJ di Zurigo. Il Drop-in è stato scelto per il contatto che l'istituzione ha con ragazzi tossicodipendenti (e spesso anche con le loro famiglie). Dal DAJ, che organizza gruppi di auto-aiuto su diversi temi nella Svizzera tedesca, si è sperato di attingere know-how sull'organizzazione e conduzione dei gruppi di auto-aiuto.

## *Wohlen*

Contrariamente ad altre esperienze, il gruppo AMA di Wohlen non è inserito in una struttura appositamente concepita per intervenire sul piano psicosociale: si tratta della situazione (tra quelle descritte in questo rapporto) in cui l'intervento poggia più marcatamente sul volontariato.

Il sacerdote si avvale dell'opera di un medico che lo asseconda nello svolgimento delle pratiche presso le autorità locali. Considera che il suo intervento è pienamente accettato da parte delle autorità comunali, che mostrano tale accettazione finanziando il ricovero dei giovani nelle comunità terapeutiche italiane e fornendo un'interpretazione non rigida ai vincoli posti dalla regolamentazione sui permessi di soggiorno per i giovani che si allontanano dalla Svizzera per più di due anni. Il medico dà conto della imprecisione e insicurezza delle condizioni che caratterizzavano questi rapporti:

“Irgendwie war das ganze mit diesen Bewilligung nie ganz legal, ich kam da nie richtig draus, die Konsequenzen waren nie klar. Der Ernstfall ist aber nie eingetreten, die zwei, die es betroffen hätte, die blieben in Italien. Sie remigrierten”.

Negli anni 90 il consumo di droga a Wohlen sembrava fosse in primo luogo un problema dei giovani italiani di seconda generazione. La constatazione che il fenomeno interessa anche le famiglie pilastro della collettività provoca uno shock culturale che induce il sacerdote (e in parte la comunità) ad occuparsi del problema droga e lo spinge a trovare soluzioni: la ricerca di informazioni sulla tossicodipendenza, sugli approcci e modalità di intervento possibili si orienta in particolare verso l'Italia, riflettendo le competenze linguistiche, sociali e la polarizzazione della rete di contatti di cui dispone il sacerdote.

Una simile polarizzazione rivela le carenze dei contatti con la realtà locale che appare come una spettatrice benevola dell'opera infaticabile del sacerdote; le autorità comunali, educative e sanitarie sono assenti non solo a livello della presa in carico

della tossicodipendenza ma anche a livello della concezione dell'intervento verso le famiglie. Di qui l'impronta decisamente interpersonale ai rapporti con le persone di cui il sacerdote ha bisogno per condurre in porto il suo intervento: il dottore in particolare che deve rilasciare il certificato medico o le autorità comunali che interpretano la regolamentazione relativa ai permessi di soggiorno in modo sufficientemente estensivo da rendere possibile un rientro in Svizzera al termine della terapia, le assicurazioni che acconsentono ad assumere gli oneri finanziari della terapia in Italia. L'accentuazione della dimensione interpersonale delle relazioni (in questo esempio, da parte di un leader comunitario, ma probabilmente anche in altre situazioni) appare decisamente come un modo per superare le barriere strutturali, in assenza di diritti chiaramente definiti e percepiti come tali.

### *Considerazioni intermedie*

Il contesto spiega in gran parte le dinamiche di sviluppo dei gruppi AMA. Il caso di Basilea indica che la cooperazione tra autorità locali e gruppi italiani forti è ovviamente la migliore situazione possibile per sviluppare iniziative in questo campo. Resta dunque la constatazione che la fragilità dei gruppi è sì legata alle difficoltà intrinseche alla tematica, ma soprattutto alla debolezza del quadro istituzionale nel quale l'intervento è svolto. Questo legame tra cooperazione, messa in rete e stabilità dell'attività è relativamente ovvio quando si tratta di servizi per minoranze (come mostra tutta la storia di sviluppo di servizi nel campo della droga). Il caso di Wohlen in particolare mostra che un servizio di questo tipo necessita non solo sostegno (risorse), ma legittimazione (integrazione in reti) per poter evolvere in modo efficace.

## **Valutazione interna dei risultati ottenuti**

### *Basilea*

Il gruppo di auto-aiuto è il fiore all'occhiello dell'equipe terapeutica del Consultorio; intervenenti e terapeuti si mostrano molto soddisfatti dei risultati ottenuti presso i genitori, malgrado qualche inevitabile insuccesso.

Il gruppo ha efficacemente accompagnato l'azione della terapeuta che mirava a far cambiare l'atteggiamento dei genitori nei confronti dei figli. Se l'intervista della signora di Basilea riviene diverse volte sul ruolo della terapeuta, non va sottovalutata l'importanza del gruppo nel fornire conferme di efficacia di questo nuovo atteggiamento in termini non solo di risultati ottenuti – l'uscita dalla tossicodipendenza della figlia – ma anche conferme di validità di questo nuovo modo di relazionarsi ai figli, garantendo la continuità della propria appartenenza culturale pur nel cambiamento.

### *Soletta*

A partire dal secondo anno, il gruppo ha avuto successo nell'accompagnamento familiare all'uscita dalla droga della maggior parte dei ragazzi. Le animatrici e il responsabile degli interventi del progetto "migrazione e salute" presso la comunità italiana tirano un bilancio positivo del gruppo AMA:

“Il gruppo per l'appunto è uno strumento valido proprio perché dà la possibilità di vedere accettata e accettare una parte di sé che fa vergogna e che si ha tendenza a nascondere, così permette di imparare a convivere con un problema e affrontarlo”.

### *Berna*

Il bilancio del gruppo AMA è buono poiché con questo tipo di intervento si riesce a sbloccare le famiglie,

“a tirarle fuori dal loro isolamento, a superare le solite, trite e triviali discussioni sulla ‘roba’ – casa, macchina, cibo – e a parlare di sentimenti”,

qualcosa che non ha mai avuto spazio nella vita di emigrati tutta intessuta di lavoro e obblighi.

Permane tuttavia una certa insoddisfazione negli animatori, nella misura in cui vi è tuttora una fetta di genitori che non ha accesso alle strutture svizzere, poiché non parlano la lingua del posto o perché hanno fatto magari delle esperienze negative ma non ricorrono neppure alle strutture italiane, poiché considerano vergognosa la tossicodipendenza e temono, recandosi al Centro, di subire la riprovazione della comunità italiana.

### *Zurigo*

Il gruppo si sta avviando verso la fase conclusiva: i due ultimi incontri, svoltisi senza la partecipazione del Centro, hanno segnato lo scioglimento del gruppo, dopo 2 anni e mezzo di riunioni.

### *Wohlen*

Il gruppo AMA ha raggiunto l'obiettivo previsto, cioè l'acquisizione di strumenti da parte della famiglia per accompagnare la figlia o il figlio nella strada per uscire dalla tossicodipendenza e per assumere la situazione; peraltro il 60% dei giovani è uscito dalla droga.

Uno dei genitori dice che attraverso il gruppo si è reso conto che il loro problema non era tanto personale, come credeva, ma che la droga è un problema che può toccare chiunque, qualsiasi famiglia. All'inizio dei gruppi era riservato e non parlava tanto, ma

dopo 2 o 3 gruppi grazie alla comunanza con gli altri, non c'erano più scrupoli e paure proprio perché si era reso conto che quello che è successo a lui succede a tanti.

Il sacerdote si è sentito utile alla comunità italiana e pensa di aver esaurito il suo compito, che vedeva essenzialmente legato al superamento della questione droga presso i suoi parrocchiani e ora desidera dedicarsi ad altri problemi delle anime che gli sono state affidate.

### *Considerazioni intermedie*

Dalla valutazione interna si può leggere una certa soddisfazione del lavoro svolto. Risulta chiaramente dalle interviste e dai documenti messi a disposizione che, oltre ad affrontare il problema droga, i partecipanti agli AMA imparano anche a vivere e a sopravvivere. Il successo è dunque duplice: elaborazione di una problematica e rinforzo dell'identità.

## **Valutazione interna delle prospettive e proposte**

Con i nostri interlocutori, abbiamo anche svolto una riflessione prospettiva. Le loro interrogazioni sulle prospettive a medio termine del lavoro di animazione e terapia che svolgono riguarda sia il contenuto dell'attività che più in generale il contesto dell'azione. Sicuramente, anche se ci sono dei cambiamenti a livello del consumo della droga, resta importante il lavoro con i genitori, come sottolinea anche un animatore di un gruppo AMA:

“I gruppi AMA erano stati creati per fornire un sostegno ai genitori di prima generazione con problemi di tossicodipendenza; non è lecito tuttavia trarre la conclusione che essi abbiano esaurito il loro compito: oggi ci si trova di fronte a un cambiamento notevole del profilo dei tossicodipendenti, analogamente a quanto si osserva presso i tossicodipendenti svizzeri: sono molto più giovani, sui 14 – 15 anni di età, rispetto a quelli che finora frequentavano le comunità terapeutiche”.

E il nostro interlocutore conclude che anche in questi casi vi è bisogno di un lavoro parallelo sui giovani e sui genitori.

Per alcuni l'accompagnamento di gruppi di auto-aiuto specifici per la comunità italiana – e più in generale per le singole comunità immigrate – è legato essenzialmente alla insufficienza della padronanza della lingua locale: ne concludono che questo tipo di lavoro ha senso solo finché i genitori dei ragazzi tossicodipendenti sono dei primo-migranti. Per altri invece sono il luogo di tematizzazione dell'esperienza migratoria che necessita di una elaborazione non solo individuale ma collettiva, come indicano queste due analisi

“E' una questione di cultura, di capirsi e anche rinforzare usare delle competenze che sono legate alla loro origine e che si perdono venendo in un paese diverso. I genitori vivono continuamente come tra due mondi e due valori, devono cercare una via di mezzo oppure mettere da parte certi valori e inventare soluzioni. Di fronte a persone che hanno le stesse

origini che considerano simili a se stesse ritrovano dei valori e delle competenze, dei modi di pensare, che vengono confermati e che li sostengono nel loro modo di essere. I genitori sono un po' persi un po' perché la migrazione comporta questo e in più per quel che stanno vivendo: parlare la stessa lingua con dei riferimenti di appartenenza simile, restituisce solidità”.

“I gruppi AMA per immigrati non sono importanti solo per la prima generazione ma anche per quelli di seconda generazione con figli tossicodipendenti: certo, essi sapranno parlare in svizzero-tedesco. La questione della specificità dell'intervento non sarà più legata alla lingua, ma la problematica della migrazione e della biculturalità, dell'appartenenza, della doppia appartenenza resta; è la questione di lealtà verso i propri genitori e la loro cultura, come combinarla con il bisogno e la necessità di adattarsi e di appropriarsi della cultura locale. La questione se l'integrazione sia un tradimento o un complemento alla eredità culturale trasmessa dai genitori rimane molto importante per la seconda generazione”.

Proprio perché questi gruppi non sembrano aver esaurito il loro significato i nostri interlocutori, animatori e responsabili locali di servizi per tossicomani, avanzano una serie di proposte che puntano a riqualificare questo tipo di intervento nel medio termine. Queste proposte investono diversi livelli: organizzativo, istituzionale, operativo, finanziario.

#### *A livello organizzativo:*

Partendo dalla constatazione che i gruppi non hanno una assise stabile, viene avanzata la proposta di fondare una associazione di genitori (riprendendo il modello della DAJ). In questo modo si perseguirebbero due obiettivi: sul piano interno, i genitori si responsabilizzerebbero di più, affronterebbero più direttamente i loro problemi e si porrebbero in modo più autonomo la questione dei modi adeguati per risolverli. Sul piano esterno, questa forma organizzativa sarebbe meglio accettata dall'assistenza sociale svizzera, meglio riconosciuta dalle strutture svizzere, dando così una risposta alle difficoltà di relazione con i partner istituzionali locali.

#### *A livello di immagine:*

Il riconoscimento tanto desiderato non dovrebbe limitarsi all'ambito delle strutture specializzate nella presa in carico della tossicodipendenza: una informazione rivolta all'opinione pubblica sia svizzera sia immigrata promuoverebbe l'immagine di questi interventi comunitari facendoli uscire dall'attuale confidenzialità, con ricadute positive presso i potenziali utenti dell'intervento.

#### *A livello del lavoro di rete:*

Si deplora infatti che nonostante che l'immagine di questi gruppi sia buona, poi nessuno si faccia avanti per sostenere professionalmente e finanziariamente le iniziative: “ciascuno per suo conto”. Se si presenta l'esigenza di collaborare, lo si fa volentieri, ma non vi è un automatismo. La collaborazione (tra servizi svizzeri per la tossicodipendenza e consultori e gruppi italiani) rimane tuttavia puntuale:

“Quando c'era Internetz ci vedevamo regolarmente una volta al mese in gruppi interdisciplinari, ma ora non si fa più. Ho l'impressione che non sia più tempo di incontri di

questo tipo: ho molte persone da seguire e poco tempo. Al DropIn mancano le risorse in termini di tempo e al Musup mancano i soldi”.

*A livello dei finanziamenti:*

Sono numerosi i nostri interlocutori, svizzeri e immigrati, a sostenere la necessità di un finanziamento su basi più sicure del lavoro comunitario svolto attraverso i gruppi di auto-aiuto:

“Eine finanzielle Unterstützung wäre gut: Was hier alles ehrenamtlich gearbeitet wird, ist unglaublich, irrsinnig viel wird geleistet. Sie arbeiten zu schlechten Löhnen in “Buden” und machen nebenbei noch ganz ganz viel ehrenamtliche Arbeit in Vereinen und Clubs. Das wäre auch ein Anteil von Anerkennung von anderen Kulturen, Lebensformen, Identitäten. Und auch ein Teil Integration.”

Un animatore di origine immigrata fa eco a questo generoso appello, rivelando la precarietà delle sue condizioni di lavoro:

“Se ci fossero mezzi finanziari si potrebbe professionalizzare il Centro! Si potrebbe cominciare da porte che consentono di non sentire quello che si dice nel mio ufficio. Si potrebbe far conoscere le offerte del Centro: allora sarà forse possibile raggiungere quelle persone, che immagino numerose, che non hanno ancora trovato risposte ai loro bisogni”.

Vi è tuttavia una voce discordante, uno dei referenti locali, che pure reputa necessario e positivo un intervento presso i genitori dei tossicodipendenti, indipendentemente dalla struttura terapeutica presso la quale sono inviati i giovani, sostiene che simili interventi non debbano essere sostenuti finanziariamente poiché hanno dimostrato di funzionare bene su una base di volontariato e un sostegno finanziario risveglierebbe i bisogni oggi latenti.

Coloro che sostengono la necessità di un sostegno finanziario a questi interventi, individuano all’unanimità negli enti locali gli erogatori di fondi che dovrebbero pervenire ad una struttura di coordinamento:

“Eine Stelle zu machen, die das alles koordiniert. Die ein bisschen schaut, wo das Geld hingeht, damit es auch diejenigen bekommen, die den grössten Nutzen erbringen”.

Non è chiaro ai nostri interlocutori se i gruppi di auto-aiuto debbano essere integrati o no nelle strutture svizzere specializzate nella tossicodipendenza.

*A livello del metodo di lavoro all’interno dei gruppi:*

Va nello stesso senso di un rafforzamento della collaborazione tra interventi analoghi il desiderio di

“moltiplicare le occasioni di scambio e la possibilità di sostegno teorico e tecnico tra i conduttori dei gruppi AMA, magari con il ricorso ad esperti, ad una formazione continua che consenta di confrontarsi e verificare le proprie linee di intervento”,

per rafforzarne l’efficacia.

Questo allargamento della prospettiva di lavoro potrebbe andare a vantaggio di altre comunità immigrate, presso le quali converrebbe prepararsi a gestire iniziative del tipo dei gruppi AMA: i nostri interlocutori, soprattutto gli svizzeri, segnalano che la tossicodipendenza è un problema emergente presso gli immigrati originari dei Balcani e della Turchia.

La maggiore professionalità così acquisita potrebbe essere messa a profitto estendendo questo approccio ad altri problemi. Ciò avviene già in parte ma potrebbe essere potenziato per promuovere l'integrazione di diversi segmenti della popolazione immigrata, come mostrano queste due citazioni:

“I gruppi AMA potrebbero servire anche per affrontare anche altri problemi, come dimostra l'esperienza del gruppo femminile italiano di Soletta, composto da donne di età compresa tra i 30 e i 60 anni, dalla semplice operaia all'insegnante. Questo gruppo, forte della propria esperienza di comunicazione e sostegno reciproco, si è rivolto al Consultorio perché organizzasse un corso sulla stima di sé: questo input esterno ha dato loro la possibilità di mettersi in questione senza crollare”.

“A fine 2000 il nostro Centro ha cercato di mettere in piedi un gruppo di auto-aiuto per familiari di persone con dipendenza da gioco. L'iniziativa è stata presa per il contatto con un cliente del Centro che, dopo un anno di terapia, era riuscito ad superare il suo problema di dipendenza. Sperava di poter convincere i familiari di alcuni suoi ex-compagni di gioco a partecipare al gruppo di auto-aiuto, ma purtroppo l'iniziativa non ha avuto il successo sperato”.

#### *A livello di altre forme di intervento:*

La parte del bisogno inevaso è notevole, valutata di dimensioni analoghe a quelle già coperte, forse anche più grande:

“E' quello che mi dicono i genitori con cui sono in contatto: vedono in ragazzi in strada, ma i loro genitori non vengono in strutture di presa in carico della tossicodipendenza”.

A monte quindi dei gruppi di auto-aiuto, si potrebbe intervenire promuovendo corsi per genitori con figli di tenera età, a livello di scuola elementare, che discutano lo sviluppo psicologico dei ragazzi e come fare per favorire una buona crescita dei figli. Esistono già interventi di questo tipo organizzati presso le Missioni cattoliche e nelle scuole svizzere. I corsi delle Missioni raggiungono purtroppo solo quelle famiglie che frequentano la Missione. I corsi nelle scuole dal canto loro hanno un più vasto campo di azione ma si rivolgono solo ai ragazzi; bisognerebbe affiancarli con un'informazione mirata per i genitori, magari nei corsi di lingua e cultura. In questo modo si lavorerebbe preventivamente sul tabù della droga presso le comunità immigrate e si promuoverebbe il dialogo tra figli e genitori su questi problemi (cfr. Tavola 1).

Tavola 1: sinopsi

	origine	utenza	situazione attuale	organizzazione interna	finanze	contesto
<b>Basilea</b>	'bottom up': iniziativa di un genitore e azione del Consultorio	10-15 persone seguite dapprima individualmente e poi in gruppo	12 persone; avvicendamento dopo 7-8 anni di partecipazione. grande vitalità di questa esperienza	la terapeuta svolge anche lavoro di rete	finanziamenti italiani iniziali sostituiti ora con fondi svizzeri via il Musup	struttura consolidata in grado di gestire interventi articolati ; gode di ampio riconoscimento presso strutture svizzere
<b>Soletta</b>	'top down' ma con decisa collaborazione di una missionaria e richiesta di intervento da parte degli utenti	15 persone italiane e una coppia portoghese	evoluzione delle tematiche affrontate con i partecipanti al gruppo; scarso avvicendamento	doppio inquadramento da parte della psicologa come terapeuta e della missionaria che svolge lavoro di rete	cofinanziamento da parte del Cantone, della Confederazione e della Missione Cattolica	apprezzamento da parte di strutture svizzere ma cantonamento dell'intervento nella comunità italiana
<b>Berna</b>	'top down' con numerose richieste di intervento da parte degli utenti	5-10 famiglie italiane (50 famiglie coinvolte nell'intervento in 10 anni)	diminuzione dei partecipantia causa di rientri, cambiamento del terapeuta, decentralizzazione dell'intervento in altre località	doppio inquadramento del terapeuta e della segretaria del Centro Familiare Emigrati	assenza di finanziamenti svizzeri	incastonamento del gruppo AMA nelle attività del Centro Familiare Emigrati (con conseguente minore visibilità del medesimo)
<b>Zurigo</b>	'top down' : iniziativa del Centro scuola e famiglia, del Drop-in di Zurigo e della DAJ	-	la Missione Cattolica italiana sostituisce il Drop in come struttura portante dell'intervento	copresenza alle riunioni del gruppo di due animatori del Centro scuola e famiglia	-	Drop-in e DAJ sono le strutture portanti del gruppo AMA ; la Missione subentra al momento del ritiro del Drop-in
<b>Wohlen</b>	'bottom up' ; impegno decisivo del sacerdote della Missione Cattolica italiana	20 persone tra cui una famiglia ticinese	avvicendamento scarso, permanenza di moderatore	ruolo preminente del sacerdote	cofinanziaamento di Missione Cattolica italiana, Chiesa cantonale e UFSP	il gruppo AMA opera in assenza di strutture consolidate e poggia sulle relazioni interpersonali intessute dal sacerdote nella comunità locale

# Discussione delle caratteristiche dei gruppi di auto-aiuto italiani

## Il modello dei gruppi di auto-aiuto

Il modello dei gruppi di auto-aiuto si è sviluppato come complemento ai servizi professionali, per promuovere o recuperare la salute di una determinata comunità; i gruppi sono una risorsa non professionale mobilitata in una comunità per affrontare problemi socio-sanitari. Formati da pari, uniti per una mutua assistenza al fine di soddisfare un bisogno comune vincendo un comune handicap o problemi inabilitanti e portando ad un cambiamento personale e sociale desiderato, essi offrono “social support”. Questo sostegno si articola in supporto emotivo, informazioni e *feedback* riguardo a comportamenti e atteggiamenti che plasmano il senso di identità personale e servizi e aiuti materiali (Caplan 1974). Sebbene di frequente essi sorgano per istigazione di professionisti, i gruppi puntano a superare l’impasse della relazione tra operatore professionale e utente (verticalità della relazione, incapacità della medicina a far fronte a problemi cronici)

Quantunque questo strumento di lavoro sociale abbia ormai alle spalle una tradizione pluridecennale di messa a punto sul piano teorico e di implementazione concreta sia a livello internazionale che locale, è la prima volta che vi si fa ricorso in modo esplicito nel lavoro con gli immigrati, parallelamente al primo intervento socio-sanitario sulla tossicodipendenza esplicitamente destinato alle comunità immigrate in Svizzera e, segnatamente, alle famiglie italiane.

Folgheraiter (1990: 88) propone la definizione di gruppo di auto-aiuto che meglio calza all’esperienza dei gruppi che stiamo osservando: “reti sociali che si creano ad hoc per produrre aiuto e sostegno”. In effetti, la ripresa di questo approccio nel contesto di immigrazione qui esaminato ha comportato una ponderazione originale degli elementi costitutivi del modello, che si è sostanziata nell’accentuazione degli aspetti di informazione e sostegno emotivo e nell’esplicitazione della tematica dell’appartenenza e nel ricorso continuato, e per certi controverso, alla figura del terapeuta o conduttore del gruppo (una questione discussa più in basso).

Accentuazione dell’aspetto informazione: per colmare le lacune di conoscenze di base sugli stupefacenti presso una frangia di utenza incapace nella maggior parte dei casi di procurarsi altrimenti informazioni in materia. L’assenza di vera alternativa per la prima generazione, l’impossibilità per ragioni linguistiche, culturali e sociali di accedere ad altri tipi di sostegno rende assolutamente indispensabile il ricorso a questo tipo di appoggio in situazione di stress. Tenuto conto dei livelli di formazione particolarmente bassi della prima generazione di immigrati italiani, delle difficoltà di

crescita culturale in un ambiente di cui non si capisce la lingua e in cui ci si sente estranei o addirittura non accettati, dell'immagine sminuente e sminuita di sé interiorizzata da alcuni immigrati, gli adulti immigrati di prima generazione non sono nemmeno in grado di immaginare l'esistenza di offerte di informazione e sostegno predisposte dai servizi pubblici standard e qualora le conoscano non si autorizzano a frequentarli perché temono di non essere all'altezza del compito.

Esplicitazione della tematica dell'appartenenza: per elaborare il vissuto in migrazione. Non si tratta tuttavia solo di una scelta obbligata in assenza di vere alternative. Vi è anche una dimensione positiva che ha a che fare con la problematica migratoria, quella legata all'elaborazione in comune con i propri "simili" di codici e norme nuove che tengano debitamente conto del nuovo contesto nel quale gli immigrati vivono.

Diversi terapeuti mettono in avanti questa dimensione:

“Vi è l'esigenza per gruppi specifici per la comunità italiana, almeno finché ci sono italiani di prima generazione, è una questione di cultura, di capirsi e anche rinforzare usare delle competenze che sono legate alla loro origine e che si perdono venendo in un paese diverso. I genitori vivono continuamente come tra due mondi e due valori, devono cercare una via di mezzo oppure mettere da parte certi valori e inventare soluzioni.”

“Di fronte a persone che hanno le stesse origini che considerano simili a sé stesse ritrovano dei valori e delle competenze, dei modi di pensare, che vengono confermati e che li sostengono nel loro modo di essere. I genitori sono un po' persi un po' perché la migrazione comporta questo e in più per quel che stanno vivendo: parlare la stessa lingua con dei riferimenti di appartenenza simile, restituisce solidità”.

“Se il loro bagaglio culturale viene riconosciuto e trova un riscontro hanno molta più facilità e libertà di accettare le difficoltà in cui sono immersi”.

Accentuazione dell'aspetto sostegno emotivo: per reinserire nella rete sociale famiglie ripiegate su sé stesse, in seguito ad uno schiacciante vissuto migratorio su cui s'innesta la tossicodipendenza di un familiare.

Un osservatore attento confronta i gruppi AMA italiani a analoghi gruppi svizzeri: i primi sono un "social club" con tanto di biscotti e di caffè mentre i secondi gruppi terapeutici strutturati dalle aspettative precise in materia da parte degli utenti.

“Untereinander haben die in dieser Gruppe sehr viel Kohärenz. Sie treffen sich auch oft ausserhalb und kennen sich sehr gut. Es geht aber nicht eigentlich um einen therapeutischen Prozess, sondern es ist mehr ein, ich nenn das mal, ‚social club‘. Bei den Schweizern ist das anders, die haben konkrete Erwartungen an eine Therapie, wissen was eine Therapie.”

Il pregio dei gruppi AMA per gli immigrati risiede quindi nell'aver vestito i panni conosciuti, per certi versi tradizionali – una offerta non formalizzata presso una istituzione ben conosciuta e rassicurante – una proposta di aiuto inedita per affrontare situazioni completamente nuove e stressanti. Si tratta di aiuto abbastanza

individualizzato da consentire a persone sotto stress di esternare i propri sentimenti e pensieri ma sufficientemente collettivo da validare le risposte alla situazione stressante elaborate all'interno del gruppo in primo luogo (ma non solo) agli occhi dei partecipanti al gruppo stesso e in seguito alla collettività italiana locale, che esercita un controllo sociale rilevante agli occhi delle persone interessate.

Tra gli osservatori svizzeri che operano essenzialmente con una popolazione locale interessata dalla tossicodipendenza sembra prevalere l'opinione che sia un po' superato il modello dei gruppi di auto-aiuto per i genitori di tossicodipendenti in quanto gruppo di persone accomunato da un medesimo destino. Uno di essi avanza come ragione il fatto che la stigmatizzazione associata alla tossicodipendenza sta progressivamente scemando; dal contesto dell'intervista si evince che parla in particolare della realtà urbana e dei ceti medi svizzeri. Non si esprime invece esplicitamente sulla situazione presso le popolazioni immigrate.

“Früher war das sehr gefragt, Elterngruppen hatten den Effekt einer Schicksalsgemeinschaft. Dies ist heute nicht mehr notwendig, weil ein Generationenwechsel stattgefunden hat. Die Drogenabhängigen stehen zu ihrer Sucht und nehmen die Institutionen in Anspruch und die Eltern haben weniger Mühe sich als Eltern von Drogenabhängigen zu verstehen. Die Stigmatisierung hat stark abgenommen”.

Scettica sulla attualità di un approccio del tipo auto-aiuto per l'utenza classica autoctona, una delle nostre interlocutrici sottolinea le crescenti difficoltà di trovare persone disposte a fare volontariato:

“In den letzten Jahren war es aber immer schwieriger, solche Gruppen zu finden; die Zeit von solchen Gruppen ist irgendwie vorbei, es ist eine neue Generation da. Heute will man für eine Beratung bezahlen, dann will man für sein Geld etwas bekommen, es ist viel individualistischer”.

Questo tipo di scetticismo non sembra invece interessare i gruppi AMA italiani. Eppure, nonostante alcune esperienze osservate stiano manifestamente “perdendo quota”, questi gruppi conservano la loro attualità a causa della soglia di accesso troppo elevata dei servizi standard per una frangia della popolazione immigrata e in ragione della possibilità che offrono di tematizzare la questione migratoria.

Un osservatore reputa che

“fra 10 anni non vi sarà più bisogno di questi gruppi per gli italiani, così come si sono resi superflui per gli svizzeri”.

Ma aggiunge che essi:

“saranno necessari per altre comunità immigrate, che si vedranno confrontate per la prima volta con il problema della droga”.

Altri segnalano che il problema investe già altre comunità, ad esempio, quelle balcaniche, tra i quali si diffonde il consumo di droga mentre in precedenza vi era essenzialmente lo spaccio di stupefacenti:

“Die erste Generation, die hat ihr Heimweh durch psychosomatische Probleme bekämpft. Die hat sich so akkultursiert. Die zweite Generation wächst in einem anderen Kontext auf und zeigt andere Symptome: Drogenabhängigkeit oder Suchtmittel. Bei den Türken beginnt dieser Prozess jetzt auch und bei den Kosovaren auch. Die waren ja bisher vor allem Deal beschäftigt, jetzt beginnt es, dass sie auch langsam zu konsumieren beginnen. Das ist Teil des Akkulturationsprozesses”.

## **La dinamica all’origine dei gruppi AMA**

La letteratura sui gruppi di auto-aiuto individua il tratto specifico di questi gruppi nella mobilitazione delle risorse da parte delle persone direttamente coinvolte da un problema: questa auto-attivazione è fondamentale nel modello ideal-tipico dei gruppi AMA. Tuttavia “in realtà, sono sempre stati in qualche misura sostenuti dagli operatori sociali” e “parecchi studiosi del lavoro sociale sostengono ormai la necessità di questa svolta all’interno dei “servizi sociali personali” (Folgheraiter 1990: 84).

Tra le esperienze che abbiamo osservato, si riscontra quasi tutta la gamma delle situazioni contemplate dalla letteratura. Il movimento all’origine dell’associazione svizzera del DAJ è nato nel 1976 in seguito all’iniziativa di un padre il cui figlio era diventato tossicodipendente; si è ora costituito in associazione. Analogamente la maggior parte delle esperienze da noi avvicinate nasce da una dinamica “bottom up”: è sicuramente la situazione di *Basilea*, dove il gruppo nasce in seguito alla capacità di un genitore di tradurre in termini collettivi la problematica personale della tossicodipendenza del figlio. Ma è così anche a *Soletta*, dove, l’accentuazione del ruolo dell’assistente sociale che svolge un intenso lavoro di rete corregge l’impressione iniziale di una dinamica gestita inizialmente dal Consultorio FOPRAS. La dinamica di *Berna* è simile: la domanda di gruppi di mutuo sostegno è indotta dal funzionamento della comunità terapeutica per i giovani tossicodipendenti ma trova un’eco profonda presso i genitori che si appropriano dello strumento.

*Wohlen* costituisce un esempio di emergenza del bisogno dal basso che viene elaborato, formulato e trova una risposta grazie all’opera di filtro e di intermediazione di un leader comunitario mentre il caso di *Zurigo* si situa all’opposto. Esso costituisce l’esempio in cui prevale più nettamente la logica “top-down”, tanto che nella elaborazione del progetto non vengono discusse forme e dimensioni della tossicodipendenza dei giovani italiani in quella zona né si parla esplicitamente dei bisogni dei genitori; qui la dinamica del gruppo sembra legata in primo luogo ai rapporti tra le diverse istituzioni che collaborano al progetto stesso. Non è forse un caso che, tra tutte le esperienze osservate, quella zurighese sia quella che si avvia ad un prossimo esaurimento dopo un periodo relativamente breve di attività.

## L'organizzazione interna

Tutti i gruppi AMA composti di genitori italiani di tossicodipendenti hanno conservato una dinamica sostenuta da un conduttore, un fatto ripetutamente segnalato dai nostri interlocutori.

In realtà il lavoro del gruppo poggia su due dimensioni di lavoro sociale: da un lato, il lavoro di rete, assolutamente costitutivo dell'esperienza dei gruppi, comprendenti spesso persone che rasentano l'esclusione o l'auto-esclusione e, dall'altro, l'elaborazione di comportamenti e atteggiamenti, che costituisce il vero e proprio obiettivo del gruppo. Nelle esperienze di cui c'è stato possibile approfondire la dinamica interna questi due aspetti del lavoro sociale sono assunti talvolta da due figure distinte, un operatore di rete (spesso un'operatrice) mentre talaltra è il terapeuta a farsi carico in misura importante di quest'aspetto.

Ci preme sottolineare l'importanza del lavoro di rete perché troppo sottaciuto, mentre rappresenta una delle condizioni necessarie all'esistenza del gruppo. Esso riaffiora quando i terapeuti parlano della informalità e della empaticità delle relazioni con i partecipanti al gruppo, indicando così che ne assumono direttamente una parte, come mostrano queste citazioni:

“Il lavoro è meno professionalizzato ma più determinato dall'impegno personale”.

“Un modo di lavoro che è forse più caldo, più personale non portato se una consultazione rende o non, ma solo perché c'è il bisogno”.

“Senza pensarci due volte posso andare a trovare qualcuno a casa perché fa più parte del mondo italiano, dell'approccio come mi avvicino alle famiglie”.

“Quando va a casa di qualcuno, quale è la molla che lo fa decidere così, la motivazione?”  
"se voglio conoscere la dinamica della famiglia (...) allora vado incontro alle famiglie, se ho l'impressione che abbiano più fiducia se si esprimono quando si trovano nel loro campo”.

L'importanza del lavoro di rete traspare anche dalla presenza di una figura, che radicata nella comunità immigrata locale, viene a conoscenza dei bisogni delle famiglie e opera il raccordo tra bisogno e offerta d'aiuto. Il ruolo di spicco del terapeuta e delle sue competenze professionali lascia nell'ombra il contributo determinante fornito dalla persona che fa lavoro di rete, spesso una donna. Quando viene a mancare questa figura o questa dimensione del lavoro il gruppo pericola.

Il lavoro di rete è sottaciuto perché assume spesso la forma di volontariato, non remunerato come tale, si avvale di competenze diffuse nella comunità immigrata italiana che si aggregano spesso – ma non necessariamente – intorno alle Missioni cattoliche. Prendere coscienza dell'importanza di questo lavoro vuol dire individuare una delle leve su cui far poggiare il rafforzamento dei gruppi AMA, qualora questo obiettivo venga giudicato opportuno.

## **Le risorse i mezzi**

Molti degli animatori dei gruppi AMA non seguono gli aspetti finanziari del gruppo stesso: le loro informazioni non sono precise, si riferiscono ad un anno ma non hanno una visione chiara dell'evoluzione dei finanziamenti. La ragione è probabilmente che non si concepiscono come dei gestori d'attività ma delle persone che coniugano la loro attività professionale con un forte impegno personale nei confronti della comunità immigrata.

## **L'estrazione sociale dei partecipanti ai gruppi di auto-aiuto**

A detta degli osservatori che operano nei servizi pubblici elvetici, i gruppi di auto-aiuto svizzeri sono essenzialmente composti da persone del ceto medio; invece, secondo diversi dei nostri interlocutori, il bisogno di servizi italiani proviene dai genitori di prima generazione, di origine meridionale, di basso livello di scolarizzazione; questa polarizzazione – si fa rilevare – non è dovuta solo alla composizione sociale della popolazione italiana residente ma è il risultato del fatto che i genitori italiani con un bagaglio formativo più consistente si rivolgono a strutture svizzere più differenziate.

Essi osservano che il gruppo di auto-aiuto presso gli immigrati costituisce di fatto una forma di terapia collettiva alternativa a quel sostegno psicologico individualizzato, generalmente fornito in forma privatistica da psicologi e psichiatri, cui ricorrono sovente persone di formazione medio-alta confrontate ad una situazione così stressante come la tossicodipendenza grave e prolungata del figlio. La frangia di popolazione interessata dai gruppi AMA non pensa nemmeno lontanamente a sollecitare simili servizi perché da un lato non ne conosce l'esistenza e l'efficacia e dall'altro non possiede in genere gli strumenti verbali e culturali che li rendono atti ad accedere a questo tipo di servizi.

## **Gruppi guidati o autogestiti?**

Alcuni terapeuti non sembrano disturbati dal fatto che i gruppi abbiano tuttora bisogno di un leader: essi situano il centro della loro azione nell'intervento terapeutico rispetto al consumo di droga dei ragazzi e la co-dipendenza delle famiglie non nell'obiettivo della auto-organizzazione dei gruppi. Altri invece mostrano preoccupazione per la mancanza d'autonomia dei partecipanti al gruppo rispetto al conduttore:

“I genitori dovrebbero responsabilizzarsi e assumere in proprio la gestione del gruppo. Prevale purtroppo anche qui il complesso di inferiorità degli italiani emigrati che non si sentono capaci di gestire una impresa del genere; dicono di non saper fare e così mantengono una dipendenza nei confronti del terapeuta”.

Forse la necessità di cui questi terapeuti si fanno eco scaturisce dal modello di riuscita terapeutica del gruppo:

“Questo scopo traduce l’obiettivo di aumentare l’autostima dei genitori, di affrontare e superare il loro senso di inferiorità: è un modo per affermare che sono capaci di reagire che non debbono sempre dipendere da un esperto che dica loro quello che devono fare; è un ulteriore passo verso la propria indipendenza, un modello per l’indipendenza dei loro figli”.

Forse l’insistenza sulla necessità di maggiore autonomia risponde ad una norma avvertita come fondamentale nel processo di individualizzazione degli immigrati di prima e di seconda generazione. La deplorata mancanza di auto-responsabilizzazione che non sfocia come dovrebbe in autogestione dei gruppi AMA è assurda a indicatore della specificità culturale “pre-moderna” dei genitori italiani di tossicodipendenti anche poiché si prende come modello l’esperienza dei gruppi di auto-aiuto svizzeri, che per l’appunto praticano l’autogestione.

Questa questione potrebbe essere relativizzata, a nostro modo di vedere, per due ragioni: in primo luogo, è frutto di una distorsione della percezione che, focalizzandosi sul modello ideal-tipico dell’auto-aiuto dimentica di prestare la debita attenzione al profilo delle persone partecipanti ai gruppi AMA formati da immigrati italiani di basso livello di scolarizzazione. In secondo luogo, il modello svizzero su cui implicitamente ci si fonda per giudicare come incompiuto un gruppo guidato non è unico come si pensa: nella sua intervista, una delle responsabili del DAJ manda in frantumi l’uniformità del modello autogestito dei gruppi svizzeri, segnalando che a Zurigo tutti i gruppi di auto-aiuto sono guidati, facendo venir meno il carattere obbligatorio e normativo del modello stesso.

### **La tematizzazione dell’esperienza migratoria: questione di lingua o di cultura?**

Come osserva anche Domenig (2000), per una parte dei nostri interlocutori, spesso operanti in strutture svizzere, l’offerta di servizio specifica per gli stranieri trova la sua giustificazione nella insufficienza delle conoscenze linguistiche degli immigrati di prima generazione.

Gli altri invece, in genere quelli che operano in strutture dell’emigrazione italiana, rilevano di contare tra i loro utenti non pochi giovani di seconda generazione, che magari si esprimono meglio in svizzero tedesco ma che preferiscono rivolgersi a strutture dell’emigrazione italiana al di là della strumentalità linguistica perché ciò consente loro di elaborare la problematica dell’appartenenza multipla:

“La questione se l’integrazione sia un tradimento o un complemento alla eredità culturale trasmessa dai genitori rimane molto importante per la seconda generazione”,

un interrogativo che di riflesso interessa anche i genitori.

La tematica migratoria non sempre viene affrontata nei servizi svizzeri:

FSM  
SFM

“Die Individuation erfolgt ja immer kulturell. Und dass die Eltern in einer Aussenseiterposition sind, das prägt auch die Individuation vom Drogenabhängigen”.

Pure queste osservazioni spingono nella direzione identificata da Domenig di rafforzare le competenze interculturali delle strutture standard.

# Vantaggi e limiti dei gruppi d'auto e mutuo aiuto

Prima di passare alle conclusioni e raccomandazioni, vorremmo brevemente discutere i vantaggi e gli svantaggi dei gruppi analizzati. Questo permette una prima sintesi e il passaggio alle raccomandazioni.

## I vantaggi

### *Intervento di bassa soglia*

Uno dei pregi indubitabili dei gruppi AMA è rappresentato dal suo basso livello della soglia di accesso. Ripercorrendo lo schema elaborato da Chimienti (Chimienti et al. 2001) è possibile mostrare in che misura i gruppi AMA analizzati rappresentano quanto di meglio si possa immaginare per realizzare una offerta di servizi con una bassa soglia di accesso.

*Tavola 2: Criteri per una bassa soglia di accesso*

---

<i>Criteri</i>	
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Maggiore apertura degli interventi alla pluralità delle comunità</li></ul>
Approcci	<ul style="list-style-type: none"><li>• Approccio pragmatico in funzione di bisogni e tolleranza</li><li>• Comunicazione garantita dall'impiego di interpreti formati</li><li>• Informazioni scritte limitate e sempre tradotte</li><li>• Impegno di persone che provengono dalla comunità tra il personale</li><li>• Conoscenza dei bisogni della comunità</li><li>• Instaurazione di un clima di fiducia</li></ul>
Accesso	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accesso libero, poche richieste amministrative, anonimato</li></ul>
Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Flessibilità, orari adattati, unità "mobili nei luoghi di vita della comunità"</li></ul>
Costo per l'individuo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assenza totale o parziale di costi</li></ul>

---

Vi si osserva infatti:

- un approccio pragmatico rispettoso dei ritmi di elaborazione personale delle vicende significative nel contesto tossicodipendenza: migrazione, progetto di vita, conflitti di coppia e intergenerazionali
- il ricorso alla lingua degli utenti da parte di persone che hanno un'esperienza migratoria diretta o indiretta e che sono "radicate" nella comunità immigrata
- il ricorso a una comunicazione personalizzata – generalmente non scritta – che veicola un sentimento di valorizzazione dell'interlocutore immigrato e gli comunica un messaggio di sostegno all'autostima e favorisce l'abbattimento delle frontiere della diffidenza
- una grande flessibilità organizzativa, grazie alla comprensione che hanno del loro ruolo le persone che intervengono a livello di lavoro di rete e di terapia, con visite a casa se necessario e impegno di parte del loro tempo libero
- assenza di costi per gli utenti
- assenza di requisiti formali per la partecipazione al gruppo.

Nel caso dei gruppi AMA alla *check list* qui proposta potremmo aggiungere per le prestazioni a bassa soglia d'accesso, il fatto che questi gruppi riescono effettivamente a raggiungere una frangia di popolazione immigrata tra le più emarginate, che, nonostante una lunga permanenza all'estero, non fa che accumulare frustrazioni, a dispetto del progetto migratorio iniziale, esplicito di mobilità sociale.

### *Una struttura d tipo outreach*

Per fronteggiare la relazione disturbata, intrisa di diffidenza da una parte e di sufficienza dall'altra, tra migranti e istituzioni si invoca sempre più la necessità di un cambiamento dell'ottica nella quale concepire e gestire gli interventi.

Nell'ambito del lavoro con gli immigrati anziani, per esempio, si parla della necessità di passare dalle "Komm-Strukturen" alle "Geh-Strukturen" (Fach 1997; Fibbi et al. 1999). Si tratta di superare la logica di prestazione di servizi che, pur mostrando disponibilità, aspettano che gli utenti, coscienti dei loro bisogni, gli rivolgano esplicite e articolate richieste d'aiuto, per concepire e realizzare offerte di prestazioni che vanno incontro agli utenti potenziali per sostenerli in un processo di scoperta dei propri bisogni e di ricerca delle soluzioni.

Questo capovolgimento della prospettiva di lavoro che appare realizzata in larga misura nei gruppi AMA d'accompagnamento dei familiari dei tossicodipendenti immigrati è nota come approccio *outreach* nel lavoro sociale.

### *La duplice articolazione delle modalità e dei livelli di intervento*

Il modello di intervento realizzato dai gruppi AMA è originale per la sua duplice articolazione tra le modalità e i livelli di intervento. Per quanto riguarda le modalità, vi è l'accoppiamento tra l'intervento di rete e l'intervento di sostegno terapeutico. Come abbiamo visto parlando della organizzazione interna ai gruppi, l'opera del terapeuta o conduttore del gruppo è preceduta e secondata dall'azione dell'operatore che fa lavoro di rete, assicurando dapprima l'aggancio dei potenziali utenti alla rete di prestazioni e mantenendo la stabilità del contatto informale, al di fuori da una qualsiasi relazione di autorità.

Per quanto riguarda i livelli di intervento, rileviamo il coordinamento tra l'azione terapeutica sui giovani e quella di accompagnamento dei genitori. Questo abbinamento è necessario nella misura in cui i gruppi AMA riuniscono non proprio i diretti interessati – cioè i tossicodipendenti – ma coloro che sono investiti in modo riflesso dalla problematica del consumo di droga.

### *Un intervento “riparatore” d'integrazione*

Il gruppo AMA costituisce un gruppo di riferimento alternativo a quello abituale del genitore immigrato di tossicodipendenti che, l'abbiamo visto a proposito del tabù che circonda la tossicodipendenza in emigrazione, veicola un'immagine fortemente stigmatizzante della condizione di “drogato”. Il gruppo svolge la funzione di uno spazio di riferimento non-stigmatizzante, in grado di contrastare la svalutazione sociale di cui sono oggetto i primo-migranti, in quanto immigrati “perdenti” e in quanto famiglia con figli tossicomani, facilitando così l'accettazione della situazione di tossicodipendenza del familiare, indispensabile ad un confronto più articolato con il problema droga. Questi gruppi consentono ai partecipanti di superare quella sorta d'aggressività repressa nei confronti della società di residenza (ritenuta ben sovente come la responsabile della tossicodipendenza del figlio) che nasce dalla frustrazione dei propri progetti e speranze; diventano dei luoghi di “risocializzazione”, punto di connessione e identificazione con altri, una base per l'attività e una fonte d'auto-rinforzamento.

In questo senso il gruppo AMA è un gruppo di persone in mutamento personale e familiare: i suoi membri presentano sufficienti similitudini da poter essere inclusi nel “noi” che rassicura sulle proprie appartenenze ma convalidano a livello collettivo un cambiamento culturale che si articola p.es. nella nuova percezione del fenomeno droga, nella discussione delle responsabilità dell'insorgere del problema (cfr. teoria dell'attribuzione interna vs esterna delle patologie sociali) e nella esplorazione delle possibilità di azione. Riaffermando la continuità della propria appartenenza culturale il gruppo rende possibile e accettabile il cambiamento.

### *Un ricorso alle potenzialità e alle risorse delle comunità immigrate che chiede riconoscimento*

I gruppi nascono dall'interno della comunità italiana, qualche volta su istigazione dall'alto proveniente dagli operatori sociali, ma spesso su consapevole elaborazione dei bisogni da parte di alcuni immigrati, seppure in collaborazione con gli operatori sociali. Essi costituiscono quindi un modo di rilevare la sfida dell'integrazione, di porsi come attori del proprio percorso di confronto con la realtà dell'immigrazione, a dispetto degli scacchi subiti. Quando sorgono per spinta dal basso sono appunto dei formidabili indicatori di *resilience* degli immigrati, fattore che spiega il maggiore successo di queste esperienze. I gruppi sollecitano una intensa mobilitazione da parte di alcuni membri della collettività immigrata che dimostra così a sé stessa e alla società di immigrazione di volersi e sapersi porre come attore della propria integrazione.

E' il concetto espresso da uno dei terapeuti:

“Il grado con cui le comunità straniere si organizzano e si auto- aiutano è una forma di integrazione. E' una risorsa enorme che, se fosse riconosciuta anche finanziariamente, darebbe maggiore autostima alle persone, alle comunità. Secondo me diminuirebbe la diffidenza e il risentimento verso le strutture e la società svizzere”.

### **I limiti**

L'esperienza dei gruppi AMA non è tuttavia esente da problemi che si manifestano non tanto nella concezione dello strumento del gruppo di auto-aiuto quanto piuttosto nell'attuazione concreta dei progetti. Desumiamo i limiti di queste esperienze dai casi osservati che presentano maggiore fragilità e si sono esauriti in qualche modo prematuramente, vale a dire in una situazione in cui si ritiene che sussista un bisogno inevaso.

Le esperienze osservate mostrano maggiore vitalità nei grandi centri mentre sembrano esaurirsi nei centri più piccoli; ciò ha a che fare non solo con le dimensioni del problema droga ma, forse, anche con la qualità e la quantità di mezzi a disposizione.

### *Ruolo cruciale del lavoro di rete: insufficiente o mancato riconoscimento*

Abbiamo avuto modo di vedere come il lavoro di rete rivesta un ruolo cruciale: eppure non sembra che i protagonisti di queste esperienze ne siano pienamente coscienti. Sono, certo, questi stessi protagonisti che, raccontando aneddoti, successi e insuccessi, hanno attirato la nostra attenzione sull'importanza delle figure, generalmente femminili, e del loro lavoro di tessitura dei legami tra le persone all'interno della comunità locale; al corrente di tutto sono in grado di porsi come interlocutori validi sia per i membri della comunità sia per gli operatori che si

avvalgono del loro aiuto per dare attuazione ai progetti di gruppi AMA. Il loro lavoro consiste nel raccordare le persone che risentono un bisogno all'offerta rappresentata dai gruppi AMA; in altre parole, sono le figure che abbassano la soglia di accesso dei gruppi.

L'importanza di questa figura risulta dall'osservazione dal fatto che queste esperienze di auto-aiuto – l'abbiamo visto – coinvolgono genitori in situazione di "crisi" che – ben sovente – reagiscono con forme di autoesclusione. La funzione cruciale da loro svolta appare chiaramente quando si nota che là dove manca, o viene a mancare, questa figura l'esperienza stenta a prendere forma o viene rapidamente ad esaurirsi. Certo, una parte del lavoro di rete – a volte a livello iniziale, a volte a livello della continuazione della relazione, è svolto direttamente dai terapeuti che, l'abbiamo visto, accettano di entrare in relazioni empatiche con i genitori.

Ma il rilievo dato alla figura del terapeuta getta ombra sul ruolo del lavoratore di rete, tanto che, nel programmare questo studio di valutazione, non si è previsto di intervistare anche questi "co-piloti" delle singole esperienze; ci rammarichiamo di non averlo fatto proprio perché ci sembra di capire che risieda in queste figure una delle chiavi del successo o dell'insuccesso delle singole esperienze. In quelle realtà dove il lavoro di rete è meglio strutturato, con grande visibilità, riconoscimento e continuità di intervento, i gruppi continuano a svolgere il loro compito, riuscendo a continuare a reclutare persone, i.e. a coprire il bisogno di risocializzazione di persone sull'orlo dell'esclusione. Là dove invece è carente, non ha continuità, o dove l'attore principalmente impegnato su questo aspetto dell'intervento decide di disinvestire, allora ci si avvia alla conclusione dell'esperienza.

Insistiamo sul lavoro di rete perché su di esso riposa la dimensione *outreach* dei gruppi AMA così come vengono praticati attualmente in Svizzera con le famiglie dei giovani tossicodipendenti di origine straniera. La scarsa consapevolezza dell'importanza del lavoro di rete traspare anche dal fatto che alcuni dei professionisti coinvolti in questi progetti tendono a considerare il proprio lavoro di rete come una semplice differenza rispetto al vero modello di intervento professionale, visto come purtroppo impraticabile con gli immigrati.

Notiamo inoltre che questo lavoro sottovalutato è svolto da volontari, è poco visibile, non è professionalizzato, non è remunerato come tale e comunque non beneficia di una sua dotazione di mezzi.

### *Fragilità dell'intervento in assenza di strutture consolidate e visibili*

Quasi tutte le esperienze attuali dei gruppi di auto-aiuto sono localizzate presso le Missioni cattoliche, una struttura di grande visibilità all'interno della comunità italiana. Non è certo un caso che sia così: la chiesa è appunto una delle istanze tradizionalmente conosciute cui rivolgersi in situazione di sconforto e pericolo: tanto nota in questa sua funzione che non vi è bisogno di farle la pubblicità per drenare richieste di aiuto.

Ciò non vuol dire che sia l'unica istanza possibile: in alcuni contesti i gruppi si appoggiano ad altre strutture che presentano alcune caratteristiche che le consentono di svolgere una funzione analoga. Sono i Consultori, esistenti da molti anni, visibili, riconosciuti per la loro azione positiva, che si sono ormai guadagnati sul campo la reputazione di luoghi che riuniscono persone e competenze mobilizzabili in difesa degli interessi degli immigrati. Questa dimensione è molto importante tenuto conto della condizione di inferiorità e di stigmatizzazione e di conseguente diffidenza risentita dagli immigrati o, più esattamente, da quella fascia di immigrazione che vi si rivolge.

Due sono gli elementi fondamentali dunque: il carattere non effimero della struttura portante dei gruppi e la percezione di una istanza 'amica' in un mondo peraltro vissuto spesso come 'ostile', fatto che rappresenta un capitale prezioso in termini di lavoro di rete, mobilizzabile intorno ad una pluralità di interventi. Lo strumento dell'auto-aiuto è particolarmente duttile, suscettibile di essere impiegato per affrontare anche altre problematiche oltre a quella della droga, ma la condizione per questa flessibilità è che si appoggi ad una struttura consolidata di intervento, visibile, riconosciuta e amica nella percezione degli immigrati, che goda della fiducia delle comunità immigrate.

### *Insufficienze nell'articolazione tra terapia per i giovani e sostegno ai genitori*

Un altro elemento che decide del successo o meno dell'esperienza è un costante e saldo parallelismo tra intervento per giovani e intervento per genitori. Là dove vi sono incrinature in questa articolazione il gruppo entra rapidamente in crisi, mentre là dove vi è addirittura coincidenza tra referente terapeutico dei ragazzi e animatore del gruppo di auto-aiuto, allora lo strumento del gruppo si rivela flessibile e in grado di gestire le fluttuazioni del fenomeno droga e il naturale avvicendamento dei genitori nel gruppo.

Tale vincolo nasce dal fatto che i gruppi AMA riuniscono persone interessate dal fenomeno droga in modo riflesso, come si evidenzia dal fatto che le valutazioni interne sono formulate quasi sempre in termini di ragazzi usciti dalla droga e non in termini di percorso dei genitori.

### *Mancato riconoscimento di fatto da parte dei servizi svizzeri*

Osserviamo infine che ai numerosi apprezzamenti, di cui sono fatti segno gli interventi in favore delle famiglie di tossicodipendenti, non corrisponde una azione di effettivo sostegno di queste strutture da parte delle istanze svizzere. I referenti svizzeri con cui ci siamo intrattenuti su indicazione dei responsabili di progetto sembrano ben coscienti del problema e auspicano un cambiamento di atteggiamento da parte delle strutture svizzere cui è demandato il compito di assicurare la presa in carico della tossicodipendenza. Ma gli stessi responsabili di progetto deplorano il livello di precarietà nel quale sono costretti ad operare, per mancanza di fondi e per insufficienza di coordinamento, cui suppliscono con notevole impegno personale. Ai

buoni rapporti con alcuni individui incaricati della presa in carico della tossicodipendenza non corrisponde un rapporto chiaro e solido a livello istituzionale.

Le esperienze che oggi rischiano di chiudersi sono quelle che godono di minore visibilità sul piano locale di minore riconoscimento sul piano istituzionale.



## Conclusioni e raccomandazioni

Proponiamo infine di passare in rassegna una serie di criteri attorno ai quali riassumere le nostre riflessioni relative allo strumento ‘gruppo di auto-aiuto’ per le famiglie di ragazzi italiani tossicodipendenti e di proporre qualche raccomandazione.

### Bilancio conclusivo

#### *Pertinenza*

In che misura l’attività corrisponde ai bisogni identificati inizialmente e alla loro evoluzione?

La preponderanza di esperienze di tipo *bottom up* tra le realtà osservate testimonia della importanza del bisogno di inquadramento psicosociale delle famiglie di tossicodipendenti di origine straniera. Due ragioni giustificano un intervento specifico per gli immigrati: in primo luogo, le competenze linguistiche insufficienti di parte degli immigrati italiani di prima generazione che, pur riuscendo ad usare la lingua locale per i loro bisogni correnti, non riescono a servirsi di questo strumento per esprimersi a livello di maggiore coinvolgimento emotivo. L’uso della lingua d’origine è legata a espressione di emozioni, sentimenti, è specifica dell’ambito familiare e non facilmente sostituibile con l’uso della lingua locale. In secondo luogo, la riaffermazione della propria appartenenza – di immigrato tanto quanto di italiano – che fornisce l’appartenenza al gruppo funge da salutare contrappeso alla elaborazione di nuovi atteggiamenti culturali nei confronti della tossicodipendenza e della codipendenza in ambito familiare. Un intervento di questo tipo è vitale per gli immigrati di prima generazione a causa delle difficoltà linguistiche ma conserva la sua pertinenza anche per i giovani di seconda generazione come spazio che consente una tematizzazione della propria esperienza migratoria, qualora necessiti di esplicita elaborazione.

#### *Efficacia*

In che misura l’attività riesce a raggiungere gli obiettivi che si era prefissati? E’ un parametro valutativo di difficile stima. In assenza di dati numerici facilmente verificabili che si riferiscano esplicitamente ai genitori, molti osservatori rilevano il successo in termini di uscita dalla droga dei figli in due terzi dei casi all’incirca, che si reputa in parte riconducibile alla azione indiretta compiuta, attraverso il gruppo di auto-aiuto sugli atteggiamenti dei genitori verso i figli.

### *Impatto*

In che misura l'attività ha raggiunto effetti non previsti, positivi o negativi? Anche in questo caso si tratta di un parametro di difficile valutazione. Eppure, l'inizio di disseminazione di questa esperienza, con i tentativi –esperiti o solo ipotizzati – di trasposizione di questo strumento ad altri campi di intervento preventivo e di sostegno psicosociale sembrano attestare di un positivo impatto delle esperienze fin qui condotte.

Inoltre l'approccio *outreach* dell'intervento di rete associato ai gruppi di auto-aiuto realizzato parzialmente da animatori e intervenenti può far l'oggetto di una riflessione più approfondita e di un approccio suscettibile di mettere a profitto questo approccio in modo più consapevole anche in altri campi di azione sociale.

### *Efficienza*

Quale è il rapporto costo-efficacia? Ci risulta impossibile dare una risposta a questa domanda, poiché i nostri interlocutori, l'abbiamo rilevato, non hanno una visione chiara dei finanziamenti e dei bilanci della loro opera. Ciò è dovuto anche al fatto che i gruppi AMA non hanno un finanziamento autonomo ma sono coperti da un finanziamento globale, destinato a una istituzione titolare di una pluralità di interventi.

Tuttavia, dalle considerazioni avanzate dagli animatori e dai loro referenti svizzeri locali si evince che questi interventi sono talmente mal dotati finanziariamente che il loro rapporto costo-efficacia non può che essere positivo. A scapito tuttavia della durabilità dell'intervento.

### *Durabilità*

Il progetto è in grado di sopravvivere ad una interruzione dei finanziamenti? I progetti di gruppi AMA non sembrano in grado di sopravvivere ad una interruzione dei finanziamenti, per i quali per l'appunto si suggerisce un finanziamento di fonte locale in sostituzione di quello federale. Ma la durabilità è garantita anche dal consolidamento del lavoro di rete svolto finora in modo informale presso delle strutture dell'emigrazione italiana in modo non legato esplicitamente dalla tossicodipendenza. Di qui la necessità di una riflessione sul tipo di strutture cui appoggiare interventi del genere dei gruppi di auto-aiuto non solo per la comunità italiana ma per le varie comunità immigrate che progressivamente si vedono confrontate a problemi inediti e non dispongono già di una consolidata rete associativa.

## **Raccomandazioni**

Questi spunti tratti dalle valutazioni dei diretti interessati ci danno degli argomenti per lo sviluppo di una serie di ipotesi conclusive. Organizzeremo le nostre

raccomandazioni parlando prima dei contenuti, poi dell'organizzazione ed infine dell'ancoraggio futuro dei gruppi AMA.

### *I contenuti: non solo tossicodipendenza*

Possiamo affermare che il tema della droga non riguarda solo le persone dipendenti. Sia dal punto di vista terapeutico della persona dipendente, sia dal punto di vista del trauma indiretto subito da persone vicine ai tossicodipendenti, è indispensabile il lavoro con i genitori. I gruppi AMA sono in questo senso una risposta funzionale alla terapia di tipo sistemica. Inoltre si può dedurre dall'analisi un effetto più generale di questi gruppi che va nella direzione di stabilizzazione dell'identità. Questo è soprattutto legato all'utilizzo dello stesso idioma linguistico che permette una comunicazione facilitata.

La raccomandazione è dunque duplice: è necessario mantenere e promuovere questi gruppi d'auto e mutuo aiuto nel campo della tossicodipendenza ; inoltre questo stesso strumento consente un intervento adeguato anche su altre tematiche (anziani, problematica del rientro, rapporti intergenerazionali, crescere in emigrazione) in un'ottica sia preventiva che curativa. Il potenziale di questi gruppi come elementi di una politica dell'integrazione sembra molto importante. Fanno da tramite verso le istituzioni svizzere e sono anche elementi di prima tematizzazione di situazioni problematiche. L'utilizzo della lingua di origine, inoltre, è la base di una comunicazione completa necessaria all'approccio terapeutico.

### *L'organizzazione: l'auto-aiuto non vuol dire spontaneità*

I gruppi AMA si basano su degli incontri regolari, seguiti da un'animatrice o un animatore, rigenerati regolarmente attraverso il lavoro di comunità di una persona di relais tra i gruppi e la comunità. I gruppi incontrati non sono dunque nati spontaneamente: il bisogno può ben nascere spontaneamente ma la risposta al bisogno comporta generalmente riflessione e acquisizione di risorse, insomma un intervento organizzativo. Assicurare questa capacità organizzativa è quindi fondamentale per l'esistenza e la sopravvivenza di questi gruppi di auto-aiuto: in quest'ottica non vi è contraddizione tra auto-aiuto e presenza di un animatore/animatrice. Di conseguenza vanno previsti fondi e altre forme di supporto a queste iniziative di auto-aiuto.

Fondamentale è in particolare l'inserimento del gruppo in una rete di servizi che permette lo scambio d'informazioni e clienti. Raccomandiamo dunque dei modelli organizzativi simili a quelli incontrati, con la differenza di un inserimento più stabile in una rete di servizi (modello di Basilea). Inoltre sarebbe utile mettere in rete i gruppi AMA stessi organizzando delle formazioni o almeno degli scambi tra gli animatori e tra le persone relais dei diversi gruppi.

### *L'ancoraggio: un intervento micro da collegare a una struttura consolidata*

L'inchiesta ci indica la necessità di un ancoraggio locale delle iniziative e di una base seppur minima di finanziamento. La relativa fragilità dei gruppi richiede un appoggio all'interno di strutture più forti. Un modello probabilmente di facile realizzazione è quello che prevede l'appoggio su strutture di mediazione tra mondo svizzero e quello dei migranti. La legittimità di queste strutture può fungere da mantello protettivo di attività più ai margini del sistema sociale. Individuare queste istanze, promuovere la loro responsabilizzazione per i gruppi di tipo AMA potrebbe essere il ruolo di un'organizzazione specializzata, emanazione della Confederazione come il progetto "migrazione e salute" o esterna alla Confederazione, finanziata per l'attività di promozione di questi gruppi. Nel quadro della promozione di attività d'integrazione dalla parte della Confederazione, gli AMA potrebbero essere una parte di un progetto o meglio ancora, richiesti dalla Confederazione all'interno di progetti sostenuti (d'altronde compatibili sia con gli obiettivi dell'articolo sull'integrazione nella legge sugli stranieri, sia con la strategia dell'Ufficio federale della sanità pubblica nel campo della migrazione di probabile adozione nel corso di quest'anno).

Le esperienze più mature (Basilea, Berna) presentano una articolazione della loro azione in una struttura consolidata nel tempo, ben visibile, conosciuta nella comunità italiana ma anche dalle autorità locali, e un intervento flessibile, ad hoc, mirato sulla tossicodipendenza da azionare in funzione delle richieste che emergono all'interno della comunità italiana. Questa strutturazione è particolarmente valida e da raccomandare perché garantisce continuità e multifunzionalità del lavoro di rete che rappresenta uno degli elementi costitutivo di interventi con bassa soglia di accesso. Inoltre essa consente notevole flessibilità nell'impiego delle risorse finanziarie.

### *Oltre gli AMA italiani*

L'analisi mostra l'utilità dei gruppi AMA e ci sembra importante concludere con la raccomandazione di oltrepassare la comunità italiana sostenendo la formazione di gruppi simili nelle altre comunità. I centri di servizi per i migranti che esistono in diversi cantoni e che si costruiscono in tante regioni a seguito dell'articolo sull'integrazione della Confederazione sono secondo noi i punti di riferimento privilegiati per il sostegno e l'inserimento in reti di servizi di questi gruppi. La nostra valutazione breve permette questa conclusione che si dovrebbe approfondire con gli attori rilevanti della politica d'integrazione della Confederazione. Sarebbe dunque utile, sulla base di questa valutazione, di iniziare una riflessione – per esempio attraverso una giornata di studio – sulla creazione a larga scala di questi vettori di risoluzione di situazioni problematiche e d'integrazione.

Si propone in sintesi che questo modello di sostegno individuale e comunitario a situazioni di crisi – tali sono i gruppi di auto-aiuto – trovi il suo ancoraggio istituzionale nella struttura pubblica locale che coordina e raggruppa i servizi destinati agli stranieri (si potrebbe trattare delle Ausländerberatungsstellen o dei Centri di contatto svizzeri-immigrati o comunque di strutture pubbliche nelle quali viene

riconosciuto un ampio spazio agli immigrati in qualità di individui e di comunità e che vengano sentite come vicine ai problemi degli immigrati).

Una simile iscrizione istituzionale avrebbe un alto valore simbolico, nella misura in cui la chiusura comunitaria necessariamente indotta dall'uso della lingua d'origine sarebbe immediatamente confrontata con altre simili forme di chiusura con il risultato di trovarsi finalmente accettata e, al tempo stesso, relativizzata. Una simile situazione di compresenza indurrebbe inoltre le diverse comunità a ricercare probabilmente nella lingua del posto una *koinè* linguistica e culturale per lo scambio di esperienze e di soluzioni ai problemi indotti dalla comunanza della vita in emigrazione.

Ciò presenterebbe diversi vantaggi:

- avrebbe anche valenza di riconoscimento delle diverse comunità;
- sarebbe positivo perché efficiente anche dal punto di vista di un lavoro di rete che consentirebbe di conoscere e penetrare nelle comunità immigrate;
- garantirebbe condizioni ottimali alla trasferibilità dei modelli – la prossimità consentirebbe una familiarizzazione con i modelli stessi da una comunità all'altra;
- permetterebbe infine che le competenze interculturali acquisite in un ambito siano messe a profitto in offerte di sostegno che necessariamente dovrebbero modificarsi al mutare dei problemi nelle diverse comunità.

### Follow up *della valutazione*

Un'ultima raccomandazione concerne il *follow up* di questa valutazione. Nella misura in cui l'Ufficio federale della sanità pubblica vorrà far proprie queste raccomandazioni, sarà necessario dotarsi di uno strumento operativo per concepire le misure di implementazione delle indicazioni scaturite da questo studio e verificarne la attuazione. Tale strumento potrebbe concretizzarsi nell'affidamento di un mandato ad un organismo adeguato o nella nomina di un responsabile dell'attuazione.



# Bibliografia

- Bolzman, Claudio, Rosita Fibbi, and Marie Vial. 1997. "Espagnols et Italiens proches de la retraite: Structure et fonctionnement du réseau familial." Pp. 159-184 in *On est né quelque part mais on peut vivre ailleurs. Familles, migrations, cultures et travail social.*, edited by Pierrette Beday-Hauser and Claudio Bolzman. Genève: Les Editions IES.
- Brubaker, Rogers. 2001. "The return of assimilation? Changing perspectives on immigration and its sequels in France, Germany and the United States", *Ethnic and Racial Studies* 24(4): 531-548.
- Caplan, G. 1974. *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*. New York: New York Behavioral Publication.
- Cattacin, Sandro, Barbara Lucas et Sandra Vetter (1996). *Modèles de politique en matière de drogue. Une recherche comparative sur six réalités européennes*. Paris: L'Harmattan.
- Chimienti, Milena, Sandro Cattacin, en collaboration avec Denise Efonayi, Martin Niederberger, Stefano Losa. 2001. "*Migration et santé*": priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Neuchâtel: Rapport de recherche 18/2001 du Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Domenig, Dagmar, Corina Salis Gross, und Hans-Rudolf Wicker. 2000. *Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft*. Bern: Institut für Ethnologie.
- Donati, Pierpaolo (1990). "Denormalizzazione della famiglia e tossicodipendenza", in Guidicini, Paolo et Giovanni Pieretti (a cura di), *Droga. Dalla ideologia della sfida ad una cultura della condivisione*. Milano: F. Angeli, pp. 119-142.
- Fach, Christine. 1997. „Wie können wir ältere Migranten unterstützen?“ in: *Rotes Kreuz* 4:24-27.
- Fehér, Ferenc et Agnes Heller (1994). *Biopolitics*. Aldershot: Ashgate.
- Fibbi, Rosita, Claudio Bolzman, and Marie Vial. 1999. *Expériences européennes pour et par les migrants âgés*. Zürich: Pro Senectute.
- Folgheraiter, Fabio. 1990. *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse*. Trento: Centro Studi Erikson.
- Franceschini, Rita, Cecilia Oesch-Serra et Bernard Py (1990). "Contacts de langues en Suisse: ruptures et reconstructions discursives du sens en situation de migration", *Langage et société* 50/51: 117-131.
- Giordano, Christian. 1992. *Die Betrogenen der Geschichte. Ueberlagerungsmentalität und Ueberlagerungsrationalität in mediterranen Gesellschaften*. Frankfurt a.M.

FSM  
SFM

Goddard, V.A., J.R. Llobera, and C. Shore (Eds.). 1994. *The Anthropology of Europe. Identities and Boundaries in Conflict*. Oxford.

Spinatsch, Markus (1987). *Ambulante Hilfe bei Alkoholproblemen. Professionelle Beratung, private Laienhilfe und Selbsthilfe im Spannungsfeld von Kooperation und Konkurrenz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme – Arbeitsbericht der Forschungsabteilung Nr. 18.

Widmer, Thomas, Christine Rothmayr und Uwe Serdült (1996). *Kurz und gut? Qualität und Effizienz von Kurzevaluationen*. Chur und Zürich: Rüegger.

# Allegato I

*Tavola 3: Lista delle persone intervistate*

Luogo	Nome	Organizzazione/funzione
1. Basilea	Nella Sempio	FOPRAS responsabile gruppo AMA di Basilea
	Walter Grisenti	Drop-in BS
	Dr. Hafner	direttore sanità BL
	Genitore Basilea	partecipante gruppo AMA
2. Berna	Luigi Bertoli	Centro Familiare Emigrati di Berna, Responsabili gruppo AMA di Berna e Soletta Drop in di Bienne
	Giles Colombo	Centro Familiare Berna
	Fritz Brönnimann	Fachbereichsleiter Eltern-,Jugend-, Suchberatung, Contact Bern
3. Soletta	Beatrice Cadalbert	FOPRAS
4. Wohlen	Don Silvano Francola	Missione cattolica italiana
	Dr. Schiltknecht	Medico di Wohlen
	Genitore Wohlen	partecipante gruppo AMA
5. Zurigo	Roberto Giannetti	Centro Scuola e famiglia
	Eva Haas	DAJ Ass. Genitori di giovani tossicodipendenti
6. Confederazione	Umberto Castra	Progetto “migrazione e salute” dell’UFSP
	Thomas Spang	Servizio migrazione dell’UFSP



## **Allegato II: Kurzfassung der Studie**

### **“Selbsthilfe und gegenseitige Unterstützung in der Migration” - Eine Bewertung der Selbsthilfe-Gruppen italienischer Eltern in der Schweiz**

Dieser Bericht will einen kurzen Überblick über die Arbeit von Selbsthilfegruppen italienischer Eltern in der Schweiz geben und deren Entwicklungsmöglichkeiten für die Zukunft aufzeigen. Die Mitglieder dieser Selbsthilfegruppen (AMA<sup>2</sup>) sind Eltern, die sich mit der Drogenabhängigkeit ihrer Töchter oder Söhne konfrontiert sehen.

Die Entstehung der AMA-Selbsthilfegruppen ist in erster Linie auf die Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention zurückzuführen, die an der Systemtheorie der Sozialarbeit ausgerichtet ist. Ziel dieser Intervention sollte sein, zum einen die Ressourcen der Patienten während der Therapie zu aktivieren und zu mobilisieren, zum anderen, die Umwelt der Betroffenen in den Therapieprozess selbst mit einzubeziehen. Den Therapierahmen bildet dabei eindeutig die italienische Kultur, denn sie vermag den ihr entstammenden Familien bei ihrer Suche nach Hilfe und Unterstützung eine gewisse Sicherheit zu vermitteln.

Es hat sich inzwischen bestätigt, dass die Selbsthilfegruppen von grosser Bedeutung für die Schweizer Gesellschaft insgesamt sind, da sie sowohl präventiv wirken als auch zur Lösung von Problemen beitragen. Dementsprechend geniesst die Arbeit dieser Gruppen seitens der lokalen Instanzen auch höchste Anerkennung, ihre finanzielle Unterstützung jedoch bleibt gering.

Aus der Bewertung der Arbeit dieser Gruppen ergeben sich im Hinblick auf deren zukünftige Entwicklung folgende Forderungen:

- Existenzsicherung und Förderung der Selbsthilfegruppen im Bereich der Arbeit mit Drogenabhängigen;
- Eventuelle Ausweitung ihres Interventionsbereichs auf andere Thematiken, die für eine verbesserte Integration der Migrantengesellschaft insgesamt relevant sind;
- Verwendung des ursprünglichen linguistischen Idioms als Grundelement der Intervention;

<sup>2</sup> Wir übernehmen die Bezeichnung AMA aus dem Italienischen (Auto e Mutuo Aiuto)

- Beibehaltung der professionellen Leitung dieser Gruppen sowie eines engen Kontaktes zur Gesamtpopulation der Migranten durch eine verstärkte Unterstützung der Netzwerkarbeit;
- Förderung des Informationsflusses zwischen den Gruppen und möglicherweise Organisation von Weiterbildungsmassnahmen für die GruppenleiterInnen;
- Lokale Verankerung der Gruppen in ein schon bestehendes Netz von Diensten, die in tragfähigen und stabilen Strukturen eingebettet sind, so dass die Flexibilität der Ersteren mit der Kontinuität der Letzteren gekoppelt werden kann;
- Weitervermittlung der gewonnenen Erfahrungen an andere therapeutische Gruppen in der Schweiz durch ein spezielles Promotionsprogramm des Bundes.

## **Einleitung**

Die Umstände der Migration stellen eine ganz besondere Situation dar, die sich im Aufnahmeland nicht ohne weiteres "normalisieren" lässt. Der republikanische Ansatz – so berechtigt er unter egalitären Aspekten auch sein mag – kann keine Lösung für Situationen und Probleme darstellen, die eine ganz spezifische Sensibilität für den "Unterschied" erfordern (Brubaker 2001: 542). Diese Feststellung gilt umso mehr, wenn es sich um körperliche Bedürfnisse, intime Probleme oder unterschiedliche Lebenswelten handelt (Fehér e Heller 1994). Die kurze Bewertung der Selbsthilfegruppen im Drogenbereich, die wir in diesem Bericht vorstellen, bestätigt die Notwendigkeit besonderer Lösungen bei Problemen, die entstehen, wenn die in der Migration erworbene Identität sozialem Stress ausgesetzt ist. Hier stossen die normalen Einrichtungen des Gesundheitswesens mit ihren verallgemeinernden Konzepten an ihre Grenzen. Vor allem in sprachlicher Hinsicht setzt sich dann ein Partikularismus durch, der es erlaubt, authentisch über intime Themen und die eigene Identität sprechen zu können.

Auf den folgenden Seiten wird zunächst die Untersuchungsmethode beschrieben, nach der wir vorgegangen sind. Anschliessend stellen wir die von uns analysierten Erfahrungsberichte der AMA-Teilnehmer vor, aus denen die Stärken und Schwächen der Gruppenarbeit hervorgehen sollen, und formulieren auf der Basis des empirischen Materials eine zukunftsweisende Reflexion. In der Schlussbetrachtung ziehen wir eine Bilanz unserer Erfahrungen und stellen Empfehlungen auf.

## Ziele und Methoden zur Bewertung der Selbsthilfegruppen

### *Mandat*

Die italienischsprachigen Selbsthilfegruppen (AMA) werden vom Präventionsverantwortlichen für die italienische Bevölkerung des Projekts „Migration und Gesundheit“ (PMG) des Bundesamtes für Gesundheit, der ebenfalls italienischer Abstammung ist, unterstützt und gefördert (für nähere Informationen zum PMG, siehe etwa Efonayi-Mäder et al. 2001). Die ersten Gruppen bildeten sich im Jahr 1993, die letzte entstand 1999. Momentan gibt es fünf Gruppen mit zehn bis 20 Beteiligten, die sich regelmässig treffen. Jede dieser Gruppen hat eine Gruppenleiterin oder einen Gruppenleiter und wird von verschiedenen Einrichtungen – vor allem dem Projekt "Migration und Gesundheit" – mit sehr bescheidenen Mitteln finanziert (z.B. Logistik). Die Mitglieder dieser Gruppen stammen aus Familien, in denen zumindest ein Familienangehöriger Drogenprobleme hat bzw. gehabt hat.

Die Grundlage unserer Analyse bilden insbesondere die anschliessend aufgeführten Fragen an die Gruppenmitglieder:

- Werden die AMA von den Familien als geeignetes Instrument zur Lösung ihrer Probleme angesehen?
- Bieten die AMA eine Form der Intervention, die auch in Zukunft gefördert werden sollte?
- Wirkt der organisationelle Rahmen unterstützend oder gar hemmend auf die Funktionsfähigkeit der Gruppen?
- Welche Ziele wurden von den Gruppen der AMA formuliert und wurden sie auch erreicht?
- Wie lässt sich dieses Projekt stabilisieren und erweitern?

Diese Fragestellungen deckten also nicht nur organisatorische Aspekte ab; durch sie wurden auch Informationen über die erzielten Erfolge und die Kontinuität der Gruppenarbeit eingeholt sowie die Eignung der AMA-Gruppen selber überprüft. Als Resultat unserer Analyse ergab sich die Notwendigkeit einer Kombination von auswertender Untersuchung und Reflexion über die Technik der Selbsthilfe.

*Stichprobe:* Für diese Untersuchung wurden alle Selbsthilfegruppen kontaktiert, die gegenwärtig in der Schweiz arbeiten bzw. früher hier gearbeitet haben. Momentan gibt es fünf Selbsthilfegruppen für Angehörige jugendlicher Drogenabhängiger italienischer Herkunft, die in folgenden Gebieten tätig sind: in Basel, im Kanton Solothurn, in der Gemeinde Wohlen, in Bern und in Zürich. An jeder Örtlichkeit haben wir – nach gründlicher Einsicht der Unterlagen, die im Rahmen des AMA-Projekts erstellt wurden – Interviews mit den wichtigsten Kontaktpersonen der einzelnen Gruppen geführt. Zusätzlich fanden Gespräche mit einigen der betroffenen Eltern, die an diesen Gruppen teilnehmen, statt sowie mit den Schweizer Verantwortlichen, die

FSM  
SFM

für die Drogenarbeit vor Ort zuständig sind und uns daher von den jeweiligen Gruppenmoderatoren als Ansprechpartner genannt wurden.

### **Die Interventionen in den einzelnen lokalen Gruppen**

In der deutschen Fassung der Studie haben wir auf eine ausführliche Beschreibung der jeweiligen Gruppen und ihres Umfeldes verzichtet und liefern stattdessen eine Übersichtstabelle der einzelnen Interventionen (Tabelle 4). Sie ist um Bemerkungen hinsichtlich der verschiedenen analytischen Dimensionen erweitert, die uns bei der Beobachtung einer jeden lokalen Gruppe geleitet haben.

Tabella 4: Übersicht

	<b>Entstehung</b>	<b>Nutzer</b>	<b>Aktuelle Situation</b>	<b>Interne Organisation</b>	<b>Finanzierung</b>
<b>Basel</b>	'bottom up': Initiative eines Elternteils und Aktion der Beratungsstelle	10-15 Personen, die zunächst individuell begleitet wurden und sich später zu einer Gruppe zusammenfanden	12 Personen; Teilnehmerwechsel nach 7-8 Jahren Teilnahme. Hohe Vitalität in dieser Gruppe	Der Therapeut geht auch der Verbindungsarbeit nach	Anfangs italienische Finanzierung, heute ersetzt durch die Schweizer Zuwendungen des Musup
<b>Solothurn</b>	'top down' aber mit tatkräftiger Mitarbeit einer Missionarin und Nachfrage seitens der Nutzer	15 Italienerinnen und Italiener und ein portugiesisches Ehepaar	Weiterentwicklung der mit den Teilnehmern diskutierten Thematiken; geringer Teilnehmerwechsel	doppelte Begleitung der Psychologin als Therapeutin und der Missionarin, die zusätzlich der Verbindungsarbeit nachgeht	Gemeinsame Finanzierung durch den Kanton, den Bund und die "Missione Cattolica"
<b>Bern</b>	'top down' mit zahlreicher Nachfrage seitens der Nutzer	5-10 italienische Familien (50 Familien in 10 Jahren)	Abnahme der Teilnehmerzahl aufgrund von Rückkehr, Wechsel des Therapeuten, Dezentralisierung in anderen Lokaltäten	doppelte Begleitung des Therapeuten und der Sekretärin des "Centro Familiare Emigrati"	Keinerlei finanzielle Zuwendungen seitens der Schweiz
<b>Zürich</b>	'top down' : Initiative des "Centro scuola e famiglia", des Züricher Drop-in's und der DAJ	-	Die "Missione Cattolica italiana" ersetzt das Drop-in als Trägerstruktur	Anwesenheit zweier Mitarbeiter del "Centro scuola e famiglia" bei den Gruppentreffen	-
<b>Wohlen</b>	'bottom up' ; grosses Engagement seitens des Geistlichen der "Missione Cattolica italiana"	20 Personen, darunter eine Tessiner Familie	Geringer Teilnehmerwechsel, Langfristige Mitarbeit des Moderators	Schlüsselrolle des Geistlichen	Gemeinsame Finanzierung der "Missione Cattol. italiana", der kantonalen Kirche und des BAG

## *Hintergrundinformationen zum Ursprung des Projekts*

Wie eingangs bereits erwähnt sind die verschiedenen Selbsthilfe-Projekte vorrangig aus der Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention heraus entstanden. Ausgerichtet ist diese Intervention an der Systemtheorie der Sozialarbeit, die die Einbeziehung des persönlichen Umfeldes des Patienten in den Therapieprozess anstrebt. Demzufolge ist für ein Gelingen der Therapie besonders die Integration der Familie in den Therapieprozess ausschlaggebend (wie beispielsweise auch Donati 1990 unterstreicht).

In zweiter Linie ist hervorzuheben, dass die Gruppen – ausser im Fall von Basel und anfangs auch Zürich – zumeist in einen katholisch geprägten Kontext eingebettet sind. Das bedeutet nicht, dass es sich bei den AMA um religiöse Gruppen handelt – das katholische Umfeld, das im Übrigen nicht weiter Diskussionsgegenstand innerhalb der Gruppen selber ist, vermittelt den Familien jedoch Vertrauen und Sicherheit. Die katholische Kirche, die Standard-Therapien favorisiert (was den CEIS anbelangt, kann man sogar von einem innovativen Modell im italienischen Umfeld sprechen; siehe das Kapitel über Modena, in Cattacin 1996), bietet der italienischen Gemeinschaft also einen sicheren Bezugsrahmen. Anzumerken bleibt, dass auch die Personen aus dem kirchlichen Umfeld von grösster Bedeutung sind – das Beispiel des Geistlichen von Wohlen beweist, dass solche Menschen dank ihrer ganz spezifischen Rolle als “Verantwortliche ihrer Herde” das Vertrauen der Gruppenteilnehmer verstärken.

Zürich und Basel sind unserer Ansicht nach nicht die Ausnahmen von der Regel, sondern Beispiele für ein grosstädtisches Ambiente, in dem die Religion ihre vertrauensstiftende Funktion verloren hat. Um die unterschiedlichen Ursachen, die zur Gründung der einzelnen Projekte geführt haben, zu verstehen, muss man sich den Unterschied zwischen Zentrum und Peripherie vor Augen halten: Während in den Zentren auf bereits bestehende spezifische Strukturen zurückgegriffen werden kann, müssen diese in den Periferien erst noch geschaffen werden. Existieren solche Strukturen jedoch auch in Grosstädten nicht oder nicht mehr, so verbleiben einzig die kirchlichen Einrichtungen. So geschehen im Falle Zürichs, wo sich die Selbsthilfegruppen an die katholische Mission gewandt haben, nachdem sich die entsprechende Schweizer Stelle aus der Arbeit zurückgezogen hatte.

## *Überlegungen zu den Charakteristiken der "Nutzer"*

Die TeilnehmerInnen dieser Gruppen kommen grösstenteils aus Südtalien, gehören sozial besonders benachteiligten Gruppen an und sprechen besser Italienisch als Deutsch. Diese Merkmale heben die doppelte Spezifität der untersuchten AMA-Gruppen hervor. Während Schweizer Selbsthilfe-Gruppen hinsichtlich ihrer sozialen Zusammensetzung gemischt sind, treten die italienischen AMA-Gruppen homogen auf, was einen äusserst intensiven Erfahrungsaustausch mit sich bringt. Der Gebrauch des Italienischen innerhalb dieser Gruppen wird als Notwendigkeit begriffen, wenn es intime Gespräche zu führen gilt. Dass der Sprache der primären Sozialisation ein so

hoher Stellenwert eingeräumt wird, zeigt sich in der Tatsache, dass italienische Eltern von Schweizer Beratungsstellen an die AMA verwiesen werden. Die Künstlichkeit der zweiten, in der Migration erworbenen Sprache wird – wenn der funktionale Kontext in den Hintergrund rückt und intime Themen angeschnitten werden sollen – zum Hindernis für eine authentische Kommunikation (siehe beispielsweise Franceschini et al. 1990 für die innere Migration). Somit wird es schwierig, die AMA-Gruppen durch Strukturen zu ersetzen, die einen anderen linguistischen Code benutzen, in dem persönliche Probleme, die auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen sind, nur unzureichend ausgedrückt und verarbeitet werden können.

### *Überlegungen zur Entwicklung und zur aktuellen Situation der einzelnen Gruppen*

Es scheint so, als ob die Gruppen eine feste Rahmenstruktur mit einer möglichst professionellen Leitung und Moderation oder zumindest die Mitarbeit einer charismatischen Person brauchen. Dieser Umstand unterscheidet die untersuchten AMA-Gruppen von klassischen Selbsthilfegruppen, die sich aus Personen mit den gleichen Bedürfnissen zusammensetzen (ein klassisches Beispiel sind die "Anonymen Alkoholiker", siehe für die Schweiz die Studie von Spinatsch 1987). Offensichtlich ist die Gruppenleitung der Schlüssel für die Kontinuität und die Funktionsfähigkeit der AMA-Gruppen, was im folgenden Abschnitt eingehend erläutert werden soll. Es ist aber schwer zu deuten, ob diese Feststellung mehr an den Inhalt oder an die Person gebunden ist. Da es auch entsprechende Schweizer Gruppen gibt (die DAJ), die in der Regel von ausgebildeten Fachleuten begleitet werden, kann man davon ausgehen, dass es sich dabei um ein eng mit der Thematik selbst verknüpftes Bedürfnis handelt. Anzuführen ist, dass der Autonomieprozess der Gruppen selbst wahrscheinlich durch den sozialen Hintergrund der teilnehmenden Migrant\*innen erschwert wird.

### *Überlegungen zur internen Organisation*

Wie bereits erwähnt werden die AMA-Gruppen von Personen geleitet, die entweder einen entsprechenden beruflichen Hintergrund oder eine relevante Glaubwürdigkeit besitzen. In diesem Kontext lassen sich ganz deutlich zwei Hauptfiguren ausmachen: der oder die Therapeut\*in, die sich der Gruppenleitung annimmt, und die Person, die den Kontakt zwischen Gruppe und Gemeinschaft aufrechterhält. Die Dynamik innerhalb der verschiedenen AMA-Gruppen ähnelt sich stark, da alle Teilnehmer von der Vorstellung geleitet sind, ihre Erfahrungen auszudrücken und miteinander zu teilen. Über das rein therapeutische Ziel hinaus kann man unter den Gruppenteilnehmern ein besonderes Interesse an ihrer eigenen Identitätsfindung feststellen. Wahrscheinlich haben diese Gruppen also ein – latentes – Ziel, das deutlich über das öffentlich erklärte hinausgeht. Tatsächlich geht es ihnen nämlich nicht nur darum, mit ihren drogenabhängigen oder ex-drogenabhängigen Kindern zusammenzuleben, sondern auch ihre eigene prekäre Identität zu stabilisieren und zu stärken. Man könnte sogar die Hypothese wagen, dass sich hinter dem Modell der AMA-Gruppen auch eine Reaktion auf die Migrationssituation, die das Wachsen

der Identität hemmt, verbirgt. Wie das Beispiel aus Basel zeigt, können die AMA-Gruppen auch Ausgangspunkt für eine Eingliederung in Schweizer Strukturen werden – für die Migranten selbst wäre das ein erster Schritt dahin, sich eigenständig innerhalb des lokalen Gesundheitswesens bewegen zu können. Übrigens bezeugen Erfahrungsberichte aus New York, wo kommunal unterstützte Selbsthilfegruppen existieren (die MAA, *mutual assistance associations*), das Potenzial, das diesen leicht zugänglichen Gruppen als primäre Akteure für die Integration in die Aufnahmegesellschaft innewohnt.

### *Überlegungen zur Finanzierung*

Ungeachtet der Tatsache, dass die Selbsthilfegruppen für die Schweizer Gesellschaft von offensichtlich grosser Bedeutung sind – sie wirken präventiv und tragen äusserst effizient zur Lösung verschiedenster gesellschaftlicher Probleme bei –, und ungeachtet der Wertschätzung ihrer Arbeit seitens der lokalen Instanzen bleibt die finanzielle Zuwendung ihnen gegenüber minimal. Das Projekt “Migration und Gesundheit” war für das Weiterbestehen dieser Gruppen sicherlich von herausragender Bedeutung. Allerdings bleibt die Frage offen, ob nicht vielmehr den lokalen Einrichtungen statt dem Bund die Aufgabe zukommt, die Selbsthilfegruppen finanziell zu unterstützen, da diese ja auch lokale Problematiken lösen. Auf dieses Thema werden wir im Folgenden noch ausführlicher zu sprechen kommen.

### *Überlegungen zum Umfeld, in dem die Gruppen operieren*

Die Dynamik der Entwicklung der AMA-Gruppen ist grösstenteils auf ihr Umfeld zurückzuführen. Das Beispiel Basel verdeutlicht, dass die Kooperation zwischen den lokalen Behörden und starken italienischen Gruppen die bestmögliche Situation darstellt, um Initiativen in diesem Bereich zu entwickeln. Es bleibt aber noch folgende Tatsache festzuhalten: Für die Fragilität der Gruppen mögen zwar auch die in der Thematik selbst begründeten Schwierigkeiten verantwortlich sein, mehr noch aber die Schwäche des institutionellen Rahmens, in dem die Intervention stattfindet. Relativ offensichtlich wird dieser Zusammenhang zwischen Kooperation, Vernetzung und einer stabilen Aktivität, wenn es sich um Dienstleistungen für Minderheiten handelt (wie die gesamte Entwicklung der im Drogenbereich tätigen Einrichtungen bezeugt). Besonders das Beispiel Wohlen zeigt, dass eine Einrichtung dieser Art nicht nur Unterstützung (Ressourcen) erfordert, sondern auch Legitimation (Integration in Strukturen), um effektiv wirken zu können.

## **Die Charakteristiken der italienischen Selbsthilfegruppen**

### *Das Modell der Selbsthilfegruppen*

Das Modell der Selbsthilfegruppen entstand als Ergänzung zu den professionellen Einrichtungen, um die Gesundheit einer bestimmten Gemeinschaft zu fördern oder

wieder herzustellen; die Gruppen sind die nicht-professionelle Ressource einer Kommune, um sozio-sanitären Problemen zu begegnen. Sie wurden von Gleichgesinnten zur gegenseitigen Hilfeleistung gegründet, und sie verfolgen das Ziel, ein allen gemeinsames schwerwiegendes Handicap oder Problem überwinden zu wollen und auf dem Wege dahin eine erwünschte persönliche oder soziale Veränderung herbeizuführen; sie leisten mit ihrer Tätigkeit also "social support". Diese Hilfeleistung äussert sich in emotionaler Unterstützung, der Bereitstellung von Informationen und *feedback* von Verhalten und Meinungen, die den Sinn für die eigene Identität formen, sowie in Dienstleistungen und materieller Hilfe (Caplan 1974). Obwohl sie in der Regel auf Initiative von Fachleuten entstehen, zielen die Gruppen darauf ab, Engpässe in der Beziehung zwischen Experten und Nutzern abzubauen (Vertikalisierung der Beziehung; Unfähigkeit der Medizin, chronische Probleme zu konfrontieren).

Obwohl das in der Sozialarbeit entwickelte Instrument *Selbsthilfegruppe* in inzwischen jahrzehntelanger Arbeit theoretisch überarbeitet wurde und sich in der Praxis auf internationaler wie auch lokaler Ebene bewährt hat, wird es zum ersten Mal explizit in der Arbeit mit Migrant\*innen eingesetzt – und zwar parallel zur ersten sozio-sanitären Intervention im Bereich der Drogenarbeit, die sich speziell an die Migrant\*innengemeinschaft in der Schweiz und innerhalb derer ausschliesslich an italienische Familien wendet.

Folgheraiter (1990: 88) gibt folgende Definition für Selbsthilfegruppen, die auch auf die von uns beobachteten Gruppen zutrifft: "soziale Netzwerke, die sich ad hoc bilden, um Hilfe und Unterstützung zu leisten". Tatsächlich hat die Übernahme dieser Definition im hier untersuchten Kontext der Immigration zu einer neuen Bewertung der Komponenten des Modells *Selbsthilfegruppe* geführt, die sich in der Hervorhebung der Aspekte Information bzw. Aufklärung und emotionelle Unterstützung konkretisiert sowie in der deutlichen Darlegung der Thematik der Gruppenzugehörigkeit und im kontinuierlichen, für einige jedoch umstrittenen Einsatz der Figur des Therapeuten bzw. Gruppenleiters (eine Frage, auf die später ausführlicher eingegangen wird).

*Aufklärung und Information:* Besondere Bedeutung kommt diesen beiden Aspekten zu, da bei den meisten "Nutzern" von Selbsthilfegruppen erhebliche Informationslücken hinsichtlich des Drogenmissbrauchs bestehen; darüber hinaus sind diese Personen grösstenteils auch gar nicht in Lage, sich diesbezügliche Informationen anderweitig zu beschaffen. Da der ersten Immigrant\*innengeneration wirkliche Alternativen fehlen und ihnen aus sprachlichen, kulturellen und sozialen Ursachen heraus der Zugang zu alternativen Formen der Unterstützung in Stress-Situationen verwehrt ist, sind Aufklärung und Information unabdingliche Bestandteile der Gruppenarbeit. Man muss sich stets vergegenwärtigen, dass besonders bei der Erstgeneration italienischer Einwanderer die Schulbildung äusserst mangelhaft ist und dass ihr kulturelles Wachstum in einer Umgebung, in der die Sprache nicht verstanden wird und in der sie sich fremd oder sogar nicht akzeptiert fühlen, stark gehemmt ist. Das abwertende und abgewertete internalisierte Selbstbild vieler Immigrant\*innen und Immigrant\*innen stellt deshalb ein Hindernis dar, sich überhaupt der Existenz der von öffentlichen Einrichtungen angebotenen Informations- und Hilfsdienste bewusst zu werden. Und sind sie denn bekannt, so werden sie in der Regel nicht in Anspruch

genommen, da die Migranten davon ausgehen, dem Problem erst gar nicht gewachsen zu sein.

Im Bezug auf die Verarbeitung der Migrationserlebnisse muss die *Thematik der Gruppenzugehörigkeit* dargelegt werden. Bedürfen die von einem Drogenproblem betroffenen Immigranten der Hilfe Aussenstehender, so bleibt ihnen mangels wirklicher Alternativen gar keine andere Wahl, als den AMA-Gruppen beizutreten. Die Entscheidung, Angehöriger einer solchen Gruppe zu werden, hat aber auch positive Dimensionen, weil sich hier die Problematik der Auswanderung in ihrer ganzen Breite behandelt findet; so arbeitet diese Gemeinschaft von "Gleichgestellten" neue Codes und Normen für sich aus, die natürlich dem neuen, an die aktuelle Lebenssituation gebundenen Kontext Rechnung tragen.

*Emotionale Unterstützung* muss unbedingt geleistet werden, wenn Familien, die sich infolge frustrierender Erfahrungen während der Migration isoliert haben und sich nun zusätzlich mit der Drogensucht eines Familienangehörigen konfrontiert sehen, in das soziale Netz integriert werden sollen.

Der grosse Vorteil der AMA-Gruppen für Immigranten liegt demzufolge darin, dass diese Gruppen auf Bekanntes – für einige sogar Traditionelles – zurückgreifen können. Dieses nicht-formelle Angebot einer Sicherheit vermittelnden Institution stellt eine völlig neue Alternative bei der Bewältigung unbekannter und daher stressauslösender Situationen dar. Die Hilfe, die den Gruppenmitgliedern zuteil wird, ist dabei sowohl individueller wie auch kollektiver Natur: Zum einen werden Menschen unter Stress dazu gebracht, ihre Gefühle und Gedanken auszudrücken, zum anderen werden die in erster Linie innerhalb der Gruppe (aber nicht nur) erarbeiteten Reaktionen auf die Stress-Situation bewertet – und zwar in Anwesenheit aller Gruppenmitglieder und damit vor den Augen der lokalen italienischen Gemeinschaft, die nach Meinung des betroffenen Personenkreises eine starke soziale Kontrolle ausübt.

Unter den Schweizer Sozialarbeitern, die im Bereich Drogensucht vorwiegend mit der lokalen Bevölkerung arbeiten, herrscht die Ansicht vor, dass das Modell der Selbsthilfegruppen für Eltern von Drogenabhängigen im Sinne einer Gruppe, deren Mitglieder ein gemeinsames Schicksal miteinander verbindet, etwas überholt sei. Einer der Sozialarbeiter begründet diese Auffassung damit, dass die bisher mit der Drogenabhängigkeit behaftete Stigmatisierung im Abnehmen begriffen ist; aus dem Kontext des Interviews lässt sich jedoch entnehmen, dass er dabei vor allem von der Schweizer Mittelschicht in einem städtischen Rahmen spricht. Dagegen bezieht er sich nicht ausdrücklich auf die Situation der Migrationsbevölkerung.

Dieser Skeptizismus scheint jedoch nicht auf die italienischen AMA-Gruppen zuzutreffen. Zwar haben die AMA - den Aussagen einiger Mitglieder nach - an Bedeutung verloren, ihre Aktualität aber bewahren sie aufgrund des erschwerten Zugangs der Immigrationsbevölkerung zu den Standardeinrichtungen sowie aufgrund der Möglichkeit, hier die mit der Migration verbundenen Probleme thematisieren zu können. Wahrscheinlich ist es sogar notwendig, die Form der Selbsthilfe auf andere Migrantengruppen auszuweiten, die sich in ähnlicher Weise mit der Drogensucht konfrontiert sehen.

## *Die interne Organisation*

Alle AMA-Gruppen, die sich aus den italienischen Eltern von Drogenabhängigen zusammensetzen, unterliegen einer Dynamik, die von einem Leiter gefördert wird – auf diese Tatsache haben uns unsere Ansprechpartner immer wieder hingewiesen.

Die Gruppenarbeit selbst beruht auf zwei Methoden, die in der Sozialarbeit Anwendung finden: zum einen in der Ausarbeitung von alternativen Einstellungen und Verhaltensweisen als erstes und eigentliches Ziel der Gruppenarbeit, zum anderen in der sogenannten Verbindungsarbeit. Der aus letzterer resultierende Informations- und vor allem Erfahrungsaustausch ist für die Teilnehmer – zumal es sich oft um Personen handelt, die in eine gesellschaftliche Outsider-Position geraten sind oder sich selbst isolieren – von grundlegender Bedeutung. In den Gruppen, in denen sich uns die Möglichkeit zur näheren Untersuchung der internen Dynamik geboten hat, oblag die Durchführung dieser beiden Gruppenziele manchmal zwei verschiedenen Personen: einem Koordinator, oft auch einer Koordinatorin der Verbindungsarbeit (im folgenden Verbindungsperson genannt) oder einem Therapeuten, der sich in bedeutendem Mass auch der Verbindungsarbeit annimmt.

Obwohl die Verbindungsarbeit eine der grundlegenden Bedingungen für die Existenz der Gruppe überhaupt darstellt, wird ihr viel zu wenig Bedeutung zugemessen. Welch hohen Stellenwert sie aber tatsächlich einnimmt, zeigt sich spätestens dann, wenn die Therapeuten über die Informalität und Empathie ihrer Beziehungen zu den Gruppenteilnehmern berichten und damit zu verstehen geben, dass sie sich selbst als Teil der Gruppe begreifen.

Deutlich wird die Bedeutung der Verbindungsarbeit auch in der Präsenz der Figur der Verbindungsperson, die fest in der lokalen Migrantengemeinde verwurzelt und daher bestens über die tatsächlichen Bedürfnisse der Familien informiert ist. Ihre Aufgabe besteht darin, für die jeweiligen Bedürfnisse entsprechende Hilfsangebote herauszufinden. Diese äusserst wichtige, oft von einer Frau eingenommene Rolle der Verbindungsperson wird allerdings durch die Schlüsselposition des Therapeuten in den Schatten gestellt. Daher muss an dieser Stelle nochmals betont werden, dass die Gruppe in ihrer Existenz gefährdet wäre, würde die Figur der Verbindungsperson bzw. ihr Beitrag zur Gruppenarbeit fehlen.

Die Geringschätzung der Verbindungsarbeit liegt wohl darin begründet, dass sie oft in der Form eines unbezahlten Volontariats geleistet wird und innerhalb der zumeist – aber nicht gezwungenermassen – um die katholische Mission angesiedelten italienischen Immigrantengemeinde über verschiedene Kompetenzen verfügt. Wenn der Verbindungsarbeit aber die ihr zustehende Anerkennung zugesprochen würde, so wäre das ein erster Ansatz zur Stärkung der AMA-Gruppen, sofern dieses Ziel überhaupt als opportun erachtet wird.

## Vorteile und Grenzen der Selbsthilfegruppen

Im folgenden sollen die Vor- und Nachteile der von uns untersuchten Gruppen dargelegt werden, aus denen wir eine erste Synthese ziehen und dann zu den Empfehlungen überleiten werden.

### *Die Vorteile*

Eine Intervention mit niederschwelligem Zugang

Einer der Vorteile der AMA-Gruppen liegt zweifellos in dem niederschweligen Zugangsniveau. Das von Chimienti erarbeitete Schema (Chimienti et al. 2001) zeigt deutlich auf, welches bestmögliche Angebot an Hilfsleistungen die für jedermann problemlos zugänglichen AMA bereithalten.

In der Tat lässt sich folgendes feststellen:

- Ein pragmatischer Ansatz, der die individuellen Verarbeitungsrhythmen der Schlüsselerlebnisse, die mit der Drogensucht verbunden sind, respektiert: Migration, Lebensplanung, Beziehungsprobleme und Generationskonflikte.
- Der Gebrauch der Sprache der "Nutzer" seitens der Personen, die über direkte oder indirekte Erfahrungen mit der Migration verfügen und die in der Migrantengesellschaft "verwurzelt" sind.
- Personalisierte – in der Regel nicht schriftliche – Kommunikation, die dem immigrierten Ansprechpartner Wertschätzung vermittelt, seine Selbstachtung fördert und zum Abbau des Misstrauens beiträgt.
- Hohe organisatorische Flexibilität dank des Rollenverständnisses der Verbindungspersonen oder Therapeuten, die - wenn notwendig - auch Hausbesuche tätigen und für ihre Arbeit teilweise auch ihre Freizeit opfern.
- Keine Kosten für die "Nutzer".
- Keine Formalien für die Teilnahme an der Gruppe.

Übertragen auf die AMA kann die hier vorgestellte *check list* hinsichtlich des niederschweligen Zugangs um noch einen Punkt erweitert werden: Diesen Gruppen gelingt es tatsächlich, die Randgruppen innerhalb der Immigrationsbevölkerung zu erreichen – d.h. die Personen, die mit dem Ziel der sozialen Mobilität ausgewandert sind, im Laufe ihres meist längjährigen Auslandsaufenthaltes aber nur Frustrationen erfahren haben.

Eine Struktur in der Form des *outreach*

Um die gestörte Beziehung zwischen Migranten und Institutionen zu beheben, die sich durch Misstrauen der einen und Überheblichkeit der anderen charakterisieren lässt, bedarf es einer Veränderung der Sichtweise bei der Konzeption und Durchführung der Interventionen.

Im Bereich der Arbeit mit älteren Immigranten spricht man beispielsweise über die Notwendigkeit, „Komm-Strukturen“ in „Geh-Strukturen“ zu überführen (Fach 1997; Fibbi et al. 1999). Auf diese Weise will man die Logik des Dienstleistungssektors umkehren, der sich im allgemeinen zwar disponibel zeigt, von den Nutzern aber erwartet, dass sie sich ihrer Bedürfnisse bewusst sind und daher konkrete und zielgerichtete Anträge auf Unterstützung bei den Behörden einreichen. Der neue Ansatz dagegen will auf die potenziellen Nutzer zugeschnittene Hilfsangebote konzipieren und sie auf diese Weise im Erkenntnisprozess ihrer wirklichen Bedürfnisse und bei der Lösung ihrer Probleme unterstützen.

In ihrem Bemühen, den Familienangehörigen drogenabhängiger Immigranten Hilfe zukommen zu lassen, folgen die AMA-Gruppen grösstenteils diesem unkonventionellen Ansatz, der in der Sozialarbeit unter der Bezeichnung *outreach*-Arbeit bekannt ist.

### Die doppelte Verflechtung von Modalität und Interventionsniveau

Das von den AMA-Gruppen verfolgte Interventionsmodell muss als aussergewöhnlich bezeichnet werden, da Modalitäten und Interventionsniveau auf doppelte Weise miteinander verflochten werden. Hinsichtlich der Modalitäten herrscht eine enge Beziehung zwischen der Intervention auf der Ebene der therapeutischen und der Verbindungsarbeit. Wie wir schon im Abschnitt „Die interne Organisation“ dargelegt haben, geht die Tätigkeit der Verbindungsperson der des Therapeuten oder Gruppenleiters voraus und wirkt anschliessend unterstützend auf den therapeutischen Prozess ein. Die Aufgabe der Verbindungsperson ist es, potenzielle Nutzer des AMA-Dienstleistungsnetzes auszumachen und den informellen Kontakt fern jeglichen autoritären Verhaltens stabil zu halten.

Was nun die Interventionsniveaus betrifft, möchten wir auf die Koordinierung der therapeutischen Arbeit mit den drogenabhängigen Jugendlichen und der Arbeit mit deren Eltern hinweisen. Diese Kombination hat sich als notwendig erwiesen, da sich die AMA-Gruppen nicht an die unmittelbar Betroffenen – also die Drogenabhängigen selbst – wenden, sondern vielmehr an die Personen, die von der Drogenabhängigkeit indirekt betroffen sind.

### Die Intervention als „Reparateur“ der Integration

Die AMA stellen eine Alternative zu den Gruppen dar, mit denen die migrierten Eltern von Drogenabhängigen üblicherweise in Beziehungen stehen. Das in der Regel im Bekanntenkreis verbreitete Tabu, mit dem die Drogenabhängigkeit in der Emigration behaftet ist, führt zu stark stigmatisierenden Vorstellungen über das Süchtigsein schlechthin. Noch dazu finden sich die Erstmigranten oft genug von der Allgemeinheit als „Verlierer“ abgestempelt, und die Drogensucht ihrer Töchter oder Söhne, die als logische Konsequenz daraus empfunden wird, lassen sie vollends an den Rand der Gesellschaft rücken. Hier übernimmt die AMA-Gruppe die Aufgabe, einen vorurteilsfreien Raum zu schaffen, in dem die soziale Abwertung, der die erste Generation der Immigranten ausgesetzt ist, aufgefangen und ihr entgegengewirkt wird. Sie erleichtern es damit den Familienangehörigen, die Drogenabhängigkeit in der

Familie zu akzeptieren – eine unverzichtbare Voraussetzung für eine intensive Auseinandersetzung mit dem Problem *Droge*.. Weiterhin helfen die AMA-Gruppen ihren Teilnehmern, die unterdrückte Aggressivität zu überwinden, die diese der Aufnahmegesellschaft gegenüber hegen (die von ihnen in der Regel für die Drogenabhängigkeit ihrer Kinder verantwortlich gemacht wird) – eine Aggressivität, die auf das Scheitern der ursprünglichen Pläne und Hoffnungen der Immigranten zurückzuführen ist. Die Selbsthilfegruppen werden somit zu Orten der “Resozialisierung”, ein Ausgangspunkt für die Kontaktaufnahme und Identifizierung mit anderen, eine Basis für jedwede Aktivität und eine Quelle der Stärkung des eigenen Ichs.

So gesehen handelt es sich bei den AMA-Teilnehmern um Menschen, die sich in einem sowohl persönlichen wie auch familiären Veränderungsprozess befinden: Sie weisen genug Gemeinsamkeiten auf, um ein “Wir-Gefühl” entwickeln zu können, das auf der gemeinsamen Zugehörigkeit zum italienischen Kulturkreis beruht, erfahren aber auch eine – aus kollektiver Sichtweise – kulturelle Veränderung, die sich beispielsweise in einer neuen Wahrnehmung des Phänomens *Droge* äussert oder in einer Veränderung der Einstellung dazu, wie das Problem überhaupt entstanden ist (vgl. Theorie der internen versus externen Zuweisung sozialer Pathologien), oder in einer neuen Einschätzung ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten. Indem die Gruppe immer wieder die kulturelle Zugehörigkeit ihrer Mitglieder hervorhebt, ermöglicht sie, dass Veränderungen stattfinden und auch akzeptiert werden können.

Die Forderung nach Anerkennung der potenziellen Fähigkeiten und Ressourcen der Immigrationsgemeinde

Die Selbsthilfegruppen entstehen innerhalb der italienischen Gemeinde – manchmal auf Initiative von oben, d.h. auf Anregung von Sozialarbeitern, oft aber auch als Ergebnis einer bewussten Bedarfsermittlung, die von einigen Immigranten in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern durchgeführt wurde. Für die Immigranten stellen die Selbsthilfegruppen also ein Mittel dar, mit dem sie den Herausforderungen der Migration aktiv begegnen und sich – trotz der erlittenen Niederlagen – als Protagonisten und Gestalter des eigenen Lebensweges auch in der Immigration begreifen können. Entstehen die Gruppen auf Initiative der Basis, so sind sie tatsächlich ein ausserordentliches Merkmal von *resilience* seitens der Immigranten – und eben dieser Faktor ist es, der den grossen Erfolg dieser Art von Selbsthilfegruppen erklärt. Die Gruppen regen einige ihrer Angehörigen zu intensiver Mobilisierung an, womit sie der Immigrantengesellschaft wie auch sich selbst zu verstehen geben, dass sie sich als Protagonisten der eigenen Immigration begreifen wollen und können.

### *Die Grenzen*

Die Arbeit der AMA-Gruppen ist nicht frei von Problemen – allerdings äussern sich diese weniger in der Konzeption der Selbsthilfegruppe als vielmehr in der konkreten Umsetzung der Projekte. Die Grenzen der Selbsthilfegruppen lassen sich aus den Fällen ableiten, in denen sich die Gruppe als leicht zerbrechlich erwiesen hat

oder vorzeitig aufgelöst wurde, d.h. in einer Situation, in der wahrscheinlich ein nicht befriedigtes Bedürfnis vorlag.

Die von uns untersuchten Gruppen zeigten in den Grossstädten eine weitaus höhere Vitalität als in kleineren Zentren, wo sie sich schneller zu erschöpfen scheinen; es ist anzunehmen, dass der Grund für das Scheitern der Gruppenarbeit also nicht allein in dem Problem Droge in seiner ganzen Dimension liegt, sondern auch in der Qualität und der Quantität der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel.

Die Schlüsselrolle der Verbindungsarbeit: ungenügende oder fehlende Anerkennung

Wie bereits an anderer Stelle dargelegt, besetzt die Verbindungsarbeit eine Schlüsselrolle – ein Umstand, dessen sich die jeweiligen Protagonisten aber überhaupt nicht bewusst sind. Gerade sie selbst aber waren es, die unsere Aufmerksamkeit durch Anekdoten und Berichte von Erfolgen und Misserfolgen auf diese – meist weibliche – Figur sowie auf ihre Arbeit gelenkt haben, die in der Aufnahme und Wahrung von Kontakten mit Personen der lokalen Gemeinde besteht. Da sie über alle Vorgänge innerhalb dieser Gemeinde informiert sind, sind diese Verbindungspersonen wertvolle Ansprechpartner sowohl für die Mitglieder der Gemeinde als auch für die Sozialarbeiter, die sich bei der Realisierung von Projekten der AMA-Gruppen ihrer Hilfe bedienen. Die Arbeit dieser Verbindungspersonen besteht darin, die Menschen um sich zu sammeln, die sich von dem durch die AMA-Gruppen unterbreiteten Angebot angesprochen fühlen; mit anderen Worten: Diese Personen sind es, die das Zugangsniveau zu den Gruppen niedrig halten.

Die besondere Bedeutung der Verbindungsperson ergibt sich aus der Tatsache, dass diese Selbsthilfegruppen für Eltern in Krisensituationen konzipiert sind, auf die sehr häufig mit einer Form des inneren Rückzugs reagiert wird. Die Schlüsselfunktion, die die Verbindungsperson inne hat, wird an den Gruppen deutlich, in denen diese Figur fehlt oder in Zukunft fehlen wird: Die Gruppenarbeit nimmt dann nur mühsam Form an oder kommt vorzeitig zum Erliegen. Ein Teil der Verbindungsarbeit – manchmal im Anfangsstadium, manchmal erst zu einem späteren Zeitpunkt – wird übrigens auch direkt von den Therapeuten übernommen, die, wie schon erwähnt, in der Regel eine empathische Beziehung zu den Eltern aufbauen.

Die Bedeutung, die der Figur des Therapeuten zugestanden wird, stellt die der Verbindungsperson oft in den Schatten. Da zum Zeitpunkt der Konzeption unserer Studie dieser Effekt noch nicht abgesehen werden konnte, sind diese "Ko-Piloten" der einzelnen Gruppen nicht in unsere Auswertung mit einbezogen worden; im Nachhinein bedauern wir diese Entscheidung, denn es hat sich inzwischen herausgestellt, dass die Verbindungspersonen eine für den Erfolg oder Misserfolg der einzelnen Gruppen ausschlaggebende Rolle spielen. In den Gruppen, in denen die Verbindungsarbeit gut strukturiert und klar erkennbar ist, in denen sie Anerkennung findet und die Kontinuität ihrer Interventionen gewährleistet ist, kann die Gruppenarbeit ihren eigentlichen Aufgaben nachgehen und dabei noch weitere Teilnehmer für sich gewinnen; d.h. sie kann das Bedürfnis nach Resozialisierung der Menschen erfüllen, die am Rande der Gesellschaft stehen. In den Fällen jedoch, in

denen der Verbindungsarbeit nur mangelhaft nachgegangen wird, wo sie nicht kontinuierlich weiterverfolgt wird oder wo sich der entsprechende Hauptakteur nicht genügend für seinen Aufgabenbereich einsetzt, scheitert die Gruppe.

Wir heben die Verbindungsarbeit deshalb so stark hervor, weil auf ihr die gesamte *outreach*-Arbeit der AMA-Gruppen, so wie sie momentan in der Schweiz mit den Familien junger Drogenabhängiger ausländischer Herkunft durchgeführt wird, aufbaut. Übrigens rührt die geringe Wertschätzung der Verbindungsarbeit zum Teil auch daher, dass einige der Fachleute, die mit diesen Gruppen zusammenarbeiten, diesen Aspekt schlicht als einfache Unterscheidung zum echten Modell der professionellen sozialen Intervention ansehen, das sich für die Immigranten bedauerlicherweise als inpraktikabel erwiesen hat.

Es bleibt noch festzustellen, dass die in der Regel unterbewertete Verbindungsarbeit von Freiwilligen ausgeführt wird, nicht konkret "sichtbar" ist, keinen berufsmässigen Charakter hat und nicht entlohnt wird und aus diesen Gründen heraus auch nicht die erforderlichen eigenen Mittel zur Verfügung gestellt bekommt.

Fragilität der Intervention angesichts fehlender konsolidierter und "sichtbarer" Einrichtungen

Fast alle aktuellen Selbsthilfegruppen sind den katholischen Missionen angeschlossen – einer Institution also, die bei der italienischen Gemeinde grosse Wertschätzung genießt. Das ist sicherlich kein Zufall: Die Kirche ist traditionell als Instanz bekannt, an die man sich in verzweifelten und risikoreichen Situationen wenden kann. Das heisst natürlich nicht, dass die Kirche der einzig mögliche Ansprechpartner wäre: In einigen Fällen wenden sich die Gruppen auch an andere Strukturen, die die erforderlichen Merkmale für eine analoge Funktion aufweisen. Die seit vielen Jahren bestehenden und für ihre erfolgreiche Arbeit weithin bekannten Beratungsstellen haben sich unter den Migranten den Ruf erworben, dass sie sich mit ausgebildetem Personal und den nötigen Kompetenzen für ihre Interessen einsetzen. Angesichts der gesellschaftlichen Stigmatisierung, des Minderwertigkeitsgefühls und des daraus resultierenden Misstrauens der Immigranten oder exakter der Migrantengruppe, auf die die Selbsthilfegruppen ihr Augenmerk richten, ist diese Tatsache von absoluter Wichtigkeit.

In diesem Kontext gilt es zwei grundlegende Bedingungen zu berücksichtigen: den stabilen Charakter der Trägereinrichtung und deren Wahrnehmung als 'freundschaftliche' Instanz in einer Welt, die im Gegensatz dazu oft als 'feindselig' erlebt wird. Diese zwei Elemente sind das kostbare Kapital der Verbindungsarbeit, die sich für eine Vielzahl an Interventionen mobilisieren lässt. Das Instrument der Selbsthilfe ist dabei vielseitig einsetzbar, d.h. es eignet sich dazu, auch andere Probleme als allein das der Drogenabhängigkeit anzugehen. Voraussetzung für diese Flexibilität ist allerdings, dass dahinter eine konsolidierte Interventionsstruktur steht, die "sichtbar" und anerkannt ist, die in der Wahrnehmung der Immigranten den Charakter eines "Freundes" einnimmt und das Vertrauen der Migrantengemeinde besitzt.

## Mangelnde Anerkennung seitens der Schweizer Instanzen

Zum Abschluss dieser Betrachtungen möchten wir noch auf einen anderen Punkt näher eingehen: Den zahllosen Zeichen von Wertschätzung, die den Interventionen der AMA seitens der Familien von Drogenabhängigen zugekommen ist, trägt keine der Schweizer Instanzen mit einer wirklich effektiven Unterstützung Rechnung. Die Schweizer Referenten, die uns von den Verantwortlichen des Projekts als Ansprechpartner genannt wurden, scheinen sich des Problems voll und ganz bewusst zu sein; auch sie würden eine Änderung des Verhaltens seitens der offiziellen Schweizer Einrichtungen, denen die Drogenabhängigen und ihre Probleme anheim gestellt wurden, begrüßen. Dieselben Verantwortlichen aber beklagen die prekären Verhältnisse, in denen sie aufgrund geringer finanzieller Zuwendungen und mangelhafter Koordination zu arbeiten gezwungen sind, was sie mit bemerkenswertem persönlichen Einsatz auszugleichen versuchen. Die guten Beziehungen zu einzelnen für die Drogenarbeit zuständigen Verantwortlichen finden ihre Entsprechung auf institutioneller Ebene – zu der es ebenfalls der Schaffung klarer und stabiler Beziehungen bedarf – leider nicht.

Die heute in ihrer Existenz gefährdeten Gruppen sind diejenigen, die über eine geringe Sichtbarkeit auf lokaler Ebene und geringe Anerkennung auf institutioneller Ebene verfügen.

## Empfehlungen

Auf der Basis einiger Anregungen, die den Bewertungen der Gruppenmitglieder entnommen wurden, haben wir eine Reihe von Empfehlungen entwickelt. Zunächst werden wir auf die Inhalte der Gruppenarbeit eingehen, dann zur Organisation überleiten und abschliessend auf die zukünftige Verankerung der AMA-Gruppen zu sprechen kommen.

### Die Inhalte: nicht nur Drogenabhängigkeit

Wir wollen zuerst einmal festhalten, dass das Thema *Drogen* nicht nur abhängige Personen betrifft. Sowohl unter dem Aspekt einer effizienten Therapie des Abhängigen als auch unter dem Aspekt des indirekten Traumas, das dessen Familienangehörige erfahren, ist die Arbeit mit den Eltern absolut notwendig. In diesem Sinne sind die AMA-Gruppen eine funktionale Antwort auf die systemische Therapie. Aus den Untersuchungsergebnissen dieser Studie lässt sich ausserdem ein Effekt ableiten, der allgemein von den Gruppen ausgeht: nämlich eine Stabilisierung der Identität der Teilnehmer. Zurückzuführen ist dieses Phänomen vor allem auf den Gebrauch des allen gemeinsamen linguistischen Idioms, das die Kommunikation wesentlich vereinfacht.

Unsere Empfehlungen gehen also in zwei Richtungen: Erstens ist es notwendig, diese Selbsthilfegruppen im Bereich der Drogenabhängigkeit beizubehalten und weiterhin zu fördern; zweitens bietet sich mit den Selbsthilfegruppen ein geeignetes Instrument, das auch auf andere Thematiken ausgeweitet werden kann (Altern, das

Problem der Rückkehr ins Herkunftsland, Generationskonflikte, Aufwachsen in der Migration) – und zwar unter präventiven wie auch kurativen Aspekten. Das Potential dieser Gruppen als Bestandteile einer Integrationspolitik scheint bedeutend zu sein. Sie stellen nämlich ein Zwischenglied zu den offiziellen Schweizer Institutionen dar und sind die Orte, wo problematische Situationen erstmals thematisiert werden. Voraussetzung für eine umfassende Kommunikation, die die Grundlage jeder Therapie darstellt, ist dabei der Gebrauch der Ursprungssprache.

#### Die Organisation: Selbsthilfe bedeutet nicht Spontanität

Die AMA-Gruppen führen regelmässige Treffen unter der Führung eines Gruppenleiters oder einer Gruppenleiterin durch. Neue Anregungen erhalten sie mittels einer Verbindungsperson in der Migrantengemeinde, die als Bindeglied zwischen Gruppe und Gemeinde fungiert. Die von uns untersuchten Gruppen haben sich also nicht spontan gebildet: Das Bedürfnis selbst kann zwar spontan entstehen, die Reaktion auf das Bedürfnis aber führt im Allgemeinen zu einer Reflexion und zur Acquisit von Ressourcen, mit anderen Worten zu einer organisatorischen Intervention. Ausschlaggebend für die Existenz und das Überleben der Selbsthilfegruppen ist also, dass ihr organisatorische Fähigkeiten gegeben sind, und unter diesem Blickwinkel entsteht auch kein Widerspruch zwischen dem Prinzip der Selbsthilfe und der Existenz eines Moderators oder einer Moderatorin. Infolge der organisatorischen Intervention kommt es dann auch zu finanziellen Zuwendungen und zur Bereitstellung anderer Mittel, die die Selbsthilfe-Initiativen unterstützen.

Von grundlegender Bedeutung ist insbesondere die Eingliederung der Gruppe in ein Netzwerk von Diensten, das einen Austausch von Informationen und "Klienten" ermöglicht. Wir empfehlen daher Organisationsmodelle, die den von uns beobachteten ähneln – mit dem Unterschied, dass die Eingliederung in ein Dienstleistungsnetz (siehe Baseler Modell) stabiler sein sollte. Nützlich wäre es auch, die AMA-Gruppen selbst untereinander zu vernetzen, beispielsweise durch Weiterbildungsmaßnahmen oder wenigstens durch einen Austausch zwischen den Gruppenleitern und den Verbindungspersonen der verschiedenen Gruppen.

Die Verankerung: Eine Mikro-Intervention, die in eine konsolidierte Struktur eingebunden werden muss

Aus unserer Untersuchung resultiert die Notwendigkeit einer lokalen Verankerung der Initiativen und einer zumindest minimalen Finanzierung. Darüber hinaus erfordert die relative Fragilität der Gruppen eine Anbindung an stärkere Strukturen. Das Modell, das sich am leichtesten umsetzen lässt, favorisiert eine Anlehnung an Strukturen, die zwischen den Welten von Schweizern und Immigranten zu vermitteln suchen. So kann die Legitimität dieser Strukturen sozusagen als schützender Mantel bei Aktivitäten am äussersten Rand des Sozialsystems fungieren. Die für diese Aufgabe in Frage kommenden Instanzen herauszufinden und sie zur Übernahme der Verantwortung für die AMA-Gruppen zu bewegen, könnte von einer spezialisierten Organisation übernommen werden. Eine solche Organisation könnte direkt dem Bund unterstehen – wie es beim Projekt "Migration und Gesundheit" der Fall ist – oder indirekt zur Unterstützung der Aktivitäten der AMA-Gruppen von diesem finanziert werden.

Ebenso könnten die AMA von den integrationsfördernden Aktivitäten des Bundes profitieren, entweder als Teil eines Projektes oder durch Berufung des Bundes in eines der von ihm geförderten Projekte (die Arbeit der AMA ist übrigens sowohl mit den Zielen des Integrationsartikels des Ausländergesetzes kompatibel als auch mit der Strategie des Bundesamtes für Gesundheit im Bereich der Migration, die wahrscheinlich noch im Laufe dieses Jahres angenommen wird).

Aus den aktivsten und am längsten bestehenden Selbsthilfegruppen (Basel, Bern) sind im Laufe der Zeit konsolidierte Strukturen geworden, die von aussen gut “sichtbar” sind und sowohl bei der italienischen Gemeinde als auch bei den lokalen Behörden hohes Ansehen geniessen. Ihre speziell auf die Drogenabhängigkeit zugeschnittenen Interventionen sind flexibel, geschehen “ad hoc” und kommen erst dann zum Einsatz, wenn es die Bedürfnisse der Mitglieder der italienischen Migrantengemeinschaft wirklich erfordern. Diese Form der Strukturierung hat sich als äusserst wirkungsvoll erwiesen und empfiehlt sich besonders deshalb zur Nachahmung, da sie Kontinuität und Multifunktionalismus der Verbindungsarbeit garantiert, die ja grundlegend ist für die Interventionen mit niederschwelligem Zugang. Ausserdem gestattet sie eine bemerkenswerte Flexibilität beim Einsatz der finanziellen Ressourcen.

Ausblick: Über die italienischen AMA-Gruppen hinaus

Die Untersuchungsergebnisse belegen den durchschlagenden Erfolg der AMA-Gruppen.. Daher liegt uns an dieser Stelle die Empfehlung am Herzen, diese Arbeit über die italienische Migrantengemeinschaft hinaus auszuweiten und die Bildung ähnlicher Gruppen auch in anderen Migrantengemeinden zu unterstützen. Die Hilfszentren für Migranten, die bereits in verschiedenen Kantonen existieren und infolge des Integrationsartikels des Bundes in vielen Regionen eingerichtet werden, sind unseres Erachtens die vorrangigen Ansprechpartner für die Unterstützung der AMA-Gruppen sowie für ihre Anbindung an das bestehende Dienstleistungsnetz. Diese Empfehlung, zu der uns diese kurze Bewertung der AMA-Gruppen hingeführt hat, müsste sinnvollerweise mit den relevanten Akteuren der Integrationspolitik des Bundes abgesprochen und ausgearbeitet werden. Vor diesem Hintergrund würde es sich folglich anbieten, beispielsweise auf einem Studientag eine gemeinsame Reflexion in die Wege zu leiten, wie diese Hoffnungsträger für die Lösung von problematischen Situationen und für die Integration von Migranten weitere Verbreitung in der Schweiz finden können.

Zusammenfassend möchten wir vorschlagen, dass dieses Modell individueller wie auch gemeinschaftlicher Unterstützung in Krisensituationen – denn so definieren sich die Selbsthilfegruppen – seine institutionelle Verankerung in der lokalen öffentlichen Struktur findet, die die Dienstleistungen für Ausländer koordiniert und vereint (dabei könnte es sich sowohl um Ausländerberatungsstellen als auch um Begegnungsstätten für Schweizer und Immigranten handeln, in jedem Fall aber um öffentliche Strukturen, in denen den Immigranten viel Raum zugestanden wird – und zwar sowohl dem Individuum als auch der Gemeinde – und die ihnen das Gefühl geben, sie mit ihren Problemen nicht allein zu lassen).

Die institutionelle Eingliederung der Selbsthilfegruppen hätte zudem einen hohen symbolischen Charakter: Ihre Abschottung, zu der der alleinige Gebrauch der Herkunftssprache notgedrungenemassen führt, fände sich unmittelbar mit ähnlichen Formen der Abgrenzung konfrontiert – das Resultat wäre, dass sich die Gruppen (durch die institutionelle Verankerung) nicht nur endlich akzeptiert, sondern (durch den Vergleich mit ähnlichen Gruppen anderer Herkunft) gleichzeitig relativiert fänden. Darüber hinaus würde eine solche Situation der Koexistenz dazu führen, dass die unterschiedlichen Gruppen wahrscheinlich in der vor Ort gesprochenen Sprache eine linguistische und kulturelle Umgangssprache zu sehen begännen, in der sie ihre Erfahrungen und Lösungen für das ihnen allen gemeinsame Problem der Migration austauschen könnten.

Die institutionelle Verankerung würde folgende Vorteile nach sich ziehen:

- Anerkennung der unterschiedlichen Immigrationsgemeinden;
- Wirksamere Zusammenarbeit zwischen AMA und öffentlicher lokaler Struktur, der so der Zugang zu den Immigrationsgemeinden erleichtert wird;
- Garantie von optimalen Voraussetzungen für die Übertragbarkeit der Modelle; durch die gegenseitige Annäherung werden die Gemeinden mit den Modellen vertraut, was ihre Übertragung von einer Gemeinde auf eine andere wesentlich vereinfacht;

Die in einem bestimmten Themenbereich erworbenen interkulturellen Kompetenzen könnten für Selbsthilfe-Angebote eingesetzt werden, die sich natürlich an die von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlichen Probleme anzupassen hätten.

#### *Follow up* der Evaluation

Eine letzte Empfehlung betrifft den *follow up* dieser Bewertung. In dem Mass, in dem das Bundesamt für Gesundheit unsere Empfehlungen tatsächlich umsetzen will, wird es notwendig sein, sich mit einem entsprechenden operativen Instrument auszurüsten, das die Massnahmen zur Implementation der aus dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse konzipiert und für deren Umsetzung sorgt. Dieses Instrument könnte in einem per Mandat bestellten geeigneten Organismus Gestalt annehmen oder in einem eigens dafür nominierten Projektleiter.



*Contenuto:* Questa breve valutazione tenta di fare un bilancio delle attività e del potenziale di sviluppo dei gruppi d'auto e mutuo aiuto di famiglie italiane confrontate con il problema della dipendenza da sostanze tossiche delle loro figlie e dei loro figli.

*Autori:* Rosita Fibbi e Sandro Cattacin sono ricercatori al Forum svizzero per lo studio delle migrazioni

**FSM**  
**SFM**

Institut auprès  
de l'Université  
de Neuchâtel

Institut an  
der Universität  
Neuenburg

Terreaux 1  
CH – 2000 Neuchâtel  
Tél. + 41 (0)32 718 39 20  
Fax + 41 (0)32 718 39 21  
secretariat.fsm@fsm.unine.ch  
www.unine.ch/fsm  
CCP 20-3686-9