

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

EFFETTI D'ÉQUIPE

SAGGI SULL'ATTUALITÀ DEL LAVORO
IN GRUPPO NELLE ISTITUZIONI



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

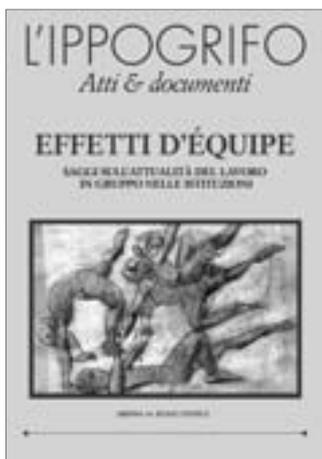
EFFETTI D'ÉQUIPE

SAGGI SULL'ATTUALITÀ DEL LAVORO
IN GRUPPO NELLE ISTITUZIONI



a cura
di Francesco Stoppa

Libreria  al SEGNO
Editrice



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

Questa pubblicazione è promossa dall'Associazione «Enzo Sarli» via De Paoli, 19 - 33170 Pordenone.

Coordinamento editoriale e di redazione

Mario S. Rigoni,
Francesco Stoppa,
Patrizia Zanet.

Redazione

Fabio Fedrigo,
Giovanni Gustinelli,
Piervincenzo Di Terlizzi,
Roberto Muzzin,
Lucio Schittar,
Silvana Widmann.

Progetto grafico e impaginazione

Studio Rigoni.

Videoimpaginazione

Gianluca Betto.

Stampa

Tipografia Sartor - Pordenone.
Stampato nel mese di giugno 2007



VICOLO DEL FORNO 2
33170 PORDENONE
TELEFONO 0434 520506
FAX 0434 21334

Copyright© del progetto editoriale:
«L'Ippogrifo» by Studio Rigoni.

È vietata la riproduzione, senza citarne la fonte. Gli originali dei testi, i disegni e le fotografie, non si restituiscono, salvo preventivi accordi con la Redazione. La responsabilità dei giudizi e delle opinioni compete ai singoli Autori.

Autori e collaboratori:

MARISA ANASTASIA, assistente sociale.

ENRICO BIAGI, psichiatra.

GIORGIA BOTTER, psicologa.

ANGELO CASSIN, psichiatra.

RAUL CATALANO, psicologo.

MARCO CERRI, sociologo.

CESARE MARIA CORNAGGIA, psichiatra.

ANTONELLO CORREALE, psichiatra.

ANNALISA DAVANZO, psicoanalista.

GIACOMO DI MARCO, psichiatra.

PIERVINCENZO DI TERLIZZI, insegnante.

PASQUALE EVARISTO, psichiatra.

FRANCO FASOLO, psichiatra.

MORENO GAUDENZI, psichiatra.

MARGHERITA GOBBI, psicologa.

STEFANO JUS, artista.

LAURA LITARDI, psichiatra.

MARCO PACELLI, psicologo.

DANIELE PAVESE, studente universitario.

LUCIO SCHITTAR, psichiatra.

FRANCESCO STOPPA, psicologo.

«L'Ippogrifo» esce grazie al sostegno della



FONDAZIONE
CRUP

Collaborano inoltre:

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 «FRIULI OCCIDENTALE»
E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE di Pordenone.

COMUNE DI PORDENONE.

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI PORDENONE.

COOPERATIVE SOCIALI:

COOP ACLI, Cordenons.

COOP FAI, Porcia.

COOP SERVICE NONCELLO, Roveredo in Piano.

COOP ITACA, Pordenone.

LICEI RIUNITI «LEOPARDI-MAJORANA», Pordenone.

Per inviare contributi, riflessioni e impressioni, scrivere a:
Redazione «L'Ippogrifo» c/o Studio Rigoni, viale Marconi, 32
33170 Pordenone. Telefono e fax: 0434 21559.

E-mail: redazione@rivistaippogrifo.it Francesco.stoppa@ass6.sanita.fvg.it

L'équipe, ovvero il dispositivo grazie al quale dare testimonianza, nel vivo dell'esperienza quotidiana, della reale praticabilità di legami sociali improntati ad una logica di comunità, al rispetto e alla valorizzazione delle differenze. L'équipe come ingranaggio vivente che si prende cura, innanzitutto, dell'istituzione, che con costanza ne pensa e organizza l'umanizzazione. In verità, la pratica, il senso stesso del concetto d'équipe sono cose su cui non ci interroghiamo più molto. È come se ci venisse chiesto un tipo di funzionamento dei servizi che può (con una certa malignità potremmo dire deve) fare a meno di un'idea forse oggi ingombrante. Nel caso della psichiatria di assiste ad una crescente perdita dell'uso o perlomeno della valorizzazione dello strumento équipe. In altri contesti sanitari, ad esempio l'Ospedale generale, se ne è sempre fatto un uso sporadico, mentre laddove esso sarebbe di notevole importanza, cioè nella realtà scolastica, non sembra aver messo radici.

La perdita del concetto e della pratica d'équipe è un fenomeno che caratterizza l'odierna impostazione dei servizi e va letto all'interno della più generale caduta dell'idea di comunità. Bisogna infatti capire quale sia, o fosse, il posto strategico di questi due termini, "équipe" e "comunità", rispetto a ciò che sta al di qua e al di là di ognuno di essi, cioè lungo un vettore che va dal generale al particolare, dalla struttura sociale al singolo soggetto. Comunità è

C'era una volta l'équipe?

FRANCESCO STOPPA

infatti l'elemento intermedio, transizionale, tra società e individuo, così come équipe sta tra istituzione e paziente. Pensiamo alla funzione di tale area intermedia chiedendoci cosa diventa, ad esempio, la società nel momento in cui decade la funzione di mediazione che chiamiamo comunità, luogo in cui ciascuno – seguendo le teorizzazioni di Roberto Espósito – interviene con un munus, un dono (communitas=cum-munus), cioè privandosi di qualcosa di proprio che va ad impegnare nel legame coi suoi simili. La risposta è che senza questo passo decisivo, in virtù del quale un principio di trascendenza viene a umanizzare il campo delle relazioni simboliche, una società si riduce a essere un dispositivo di servizi per l'individuo. Possiamo altresì dire che un'istituzione non più animata dal pensiero e dalla pratica d'équipe è un dispositivo di servizi per cittadini in difficoltà. Con l'elisione del campo della comunità da un lato e dell'équipe dall'altro si è quindi prodotta una mutazione dei riferimenti di senso in gioco sia nell'esperienza sociale sia in quella della cura e della riabilitazione. Qualche esempio: complessità diventa facilitazione dei processi o, anche, evidenza; progetto diventa programma; responsabilità diventa delega o specialismo; e, in particolare, pensiero diventa prestazione, risposta efficace e efficiente sulla base di riscontri comportamentali e adattivi nonché di criteri economici (logica dei costi-benefici).

La caduta del concetto di équipe è dunque inevitabilmente e strettamente connessa alla crisi del concetto di comunità, al quale si è sostituito quello di società organizzata e produttiva, o di mercato globale. È abbastanza evidente, di conseguenza, che un sistema che si regge sull'offerta incessante di beni e servizi, per il quale le persone sono innanzitutto dei consumatori, dei fruitori, non tollera bene quanto ha a che vedere con responsabilità, pensiero, complessità. Nella corsa alla facilitazione e alla semplificazione dei processi a favore di ciò che appare legato all'utile e alla produttività, hanno infatti la meglio la delega, la prestazione acritica, lo specialismo.

Il minimo che si può dire, allora, è che il dibattito sull'équipe condotto all'interno di un servizio di salute mentale (come anche in un'istituzione scolastica) trova oggi una sua precisa necessità sul piano etico e politico. Dibattito che non può certo prescindere da considerazioni di tipo storico che legghino la pratica quotidiana, le scelte strategiche, lo stile adottato nel condurre le cure, a una costante riflessione sulla sofferenza che attraversa il legame sociale e sulla caduta dei valori di un tempo, la perdita dell'autorevolezza delle istituzioni in primo luogo. Siamo cioè chiamati a riflettere sul significato più profondo dell'atto terapeutico o riabilitativo non in se stesso (come fatto meramente tecnico, come se avessimo a che fare con topini di laboratorio), ma all'interno di una certa cultura e di una determinata epoca storica. Tale dibattito rappresenta probabilmente uno dei compiti imprescindibili di un'équipe, al pari della sua organizzazione e funzionalità.

Tra l'altro l'équipe è già per se stessa un luogo nel quale si declinano insieme, e a un livello quasi sperimentale, cioè potenzialmente analizzabile, la problematica della singolarità e la dimensione del collettivo. È

già un banco di prova della tenuta della logica comunitaria all'interno dei legami sociali. Una logica che non si dà a priori, non preesiste a se stessa, ma si realizza nel qui ed ora di luoghi e relazioni specifici, cosicché sarebbe più sensato parlare di effetti d'équipe anziché di organizzazione o di assetti d'équipe: effetti clinici ma anche civili, discorsivi, comunque trasformativi, che indicano il perseguimento di un compito che è sempre al di là degli interessi dei singoli componenti del gruppo o del gruppo nel suo insieme, perché tale compito si giustifica in relazione ad un mandato sociale (l'educazione, la cura, l'ascolto). Inevitabilmente, quindi, saper lavorare in équipe, vuol dire assumersi l'onere (come pure il piacere) del proprio ruolo culturale, perché una cura senza un pensiero su cosa sia la malattia e su cosa sia l'uomo preso nella complessità dei suoi legami, un'idea di cura così asetticamente scientifica è solo uno dei tanti deliri della modernità.

Lavorare dunque in équipe. Perché?, potremmo chiederci. Si tratta, si sa, di una trovata della psichiatria postbellica, Maxwell Jones e la comunità terapeutica, i processi di democratizzazione degli ospedali e delle istituzioni totali... In realtà, stando coi piedi per terra, si tratta, come tutte le trovate del mondo occidentale, di un'esigenza economica: il gruppo offre di più, produce di più, può fare più cose, rappresenta un sostegno pratico e soprattutto psicologico per il singolo operatore, così che questi si logora di meno. Il gruppo, ancora, crea un senso d'appartenenza che invoglia ad investire nell'istituzione. Insomma, la materia umana rende di più e gli effetti terapeutici sono visibili: creare un contesto, un setting variegato ma integrato, rassicura il paziente (che vive una condizione di marcata scissione interna) e facilita il suo recupero così che, col tempo, meno farmaci e meno rico-

veri (ovvero le due voci di costo più alte per ogni sistema sanitario).

Ma c'è di più, per fortuna, quel granello di saggezza che dobbiamo sempre immettere nei nostri dispositivi e che ci permette di considerare che, accanto ai benefici economici o di gestione, ce sono altri che toccano la clinica e l'etica del nostro mestiere. Ed è così che l'équipe ci si mostra come un derivato del legame sociale all'interno dell'istituzione: ciò che lega, Eros, e dispone i luoghi, pensa il senso di essi e delle pratiche che in essi si dipanano. Dirige le cure, ma cura anche l'istituzione.

Ci vuole un discorso (l'équipe) perché ciò che è fuori discorso (la psicosi), che sembra non condividere la sintassi né il senso del discorso sociale, inizi a parlare, a passare da grido a domanda. Ci vuole un legame vivente perché ciò che non fa legame, e spesso ne rappresenta un attacco, possa arrivare a interrogare il senso della convivenza umana. L'équipe, allora, come background, sfondo su cui la follia potrà trovare ascolto e talora "salire in cattedra", insegnare ai tecnici, gli operatori, ma anche alla città. Perché solo ciò che è fuori dalle sue mura può istruire la città su ciò che realmente la fonda e sui suoi modelli di funzionamento. Lo psicotico non parla all'esperto, ma, a saperlo ascoltare, dialoga con la comunità, il suo transfert è col mondo (quante volte, infatti, il disturbo insorge nella forma di una sensazione di fine del mondo).

Ma sappiamo ancora praticare l'arte, la disciplina del lavoro in équipe? Non lavoro d'équipe, ma in équipe. Non si tratta di più professionisti schierati insieme, ma di soggetti che, andando a proporre a chi soffre la possibilità di un discorso, di un patto, sanno contemporaneamente lavorare nel loro stesso gruppo affinché esso si dia come una forma di legame aperto all'altro e non come un insieme autoreferenziale.

È tuttavia piuttosto difficile lavorare insieme, fare squadra, in un mondo sempre più orientato a enfatizzare l'individualità, la prestanza personale o tutt'al più i diritti delle varie categorie professionali. Più in generale, vediamo bene come gli insiemi umani (si pensi ai giovani in un caso, agli anziani nell'altro) siano alla mercè di mode uniformanti o in condizioni di anonima e desolata desoggettivazione. Da un lato l'individuo che si è fatto da solo, dall'altro le piccole o grandi masse che stanno a guardare e tutt'al più a sperare che un giorno – quasi per miracolo, per un colpo favorevole del destino – venga il loro turno.

L'équipe, se non altro in quanto custode di un'etica del lavoro istituzionale, dovrebbe regolarsi su altri orizzonti: non obbedire alle logiche individuali né a quelle di massa, ma offrirsi come un dispositivo al servizio di percorsi di soggettivazione. Soggettivazione che il gruppo di lavoro va a produrre innanzitutto al suo interno come disciplina del desiderio di ciascuno dei suoi membri, giusta misura tra valorizzazione delle differenze e condivisione di un impegno comune che non coincide coi bisogni narcisistici di alcuno, tanto meno del gruppo: ci sembra, questo, un buon impasto tra orgoglio e umiltà.

I saggi che seguono affrontano le varie declinazioni in cui si pone oggi la questione del lavoro in équipe. Sono scritti da operatori di grande esperienza e prestigio ma anche da colleghi molto giovani, alle prime armi o addirittura ancora studenti-tirocinanti. Allo stesso modo, il fatto che gli autori appartengano a servizi diversi (del Pubblico e del Privato sociale, e di realtà non solo psichiatriche) ci pare sottolineare il valore di queste testimonianze e l'importanza di una questione – quella dell'équipe – che è decisiva per il futuro delle nostre istituzioni.



il palo della cucagna un .7

EFFETTI D'ÉQUIPE

SAGGI SULL'ATTUALITÀ DEL LAVORO IN GRUPPO NELLE ISTITUZIONI

Il concetto di équipe è uno di quelli che, per effetto della diffusione del suo uso, o soprattutto per un suo abuso, è andato incontro ad una sorta di logoramento, contratto com'è in una dimensione di ovvietà, e ci appare ora liso, pieno di strappi, al punto di faticare a riconoscerne il senso originario. Si oscilla così tra una sorta di nostalgia dell'équipe nella sua dimensione storica, connaturata all'epoca d'oro della fondazione dei servizi a partire dalla lotta antistituzionale, e tra un senso attuale di irreparabile sfilacciamento per opera dei cambiamenti degli assetti istituzionali ed operativi che in questi anni hanno modificato gli assi di riferimento del lavoro di salute mentale nei servizi.

Il primo cambiamento a cui vorrei riferirmi, come ho fatto in altre recenti occasioni, è quello della presa in carico. Da processo garantito dall'équipe multiprofessionale dei servizi, su cui poggiava pressoché totalmente la unitarietà della risposta ai bisogni di tutela della salute mentale dei propri assistiti (e non solo dunque la necessità di cura e riabilitazione intese come elementi troppo parziali se non ambigui), si è passati progressivamente ad una concezione della presa in carico come assunzione di responsabilità di tutta la comunità, come il risultato di un processo di parziale "restituzione della delega" e di integrazione tra diversi soggetti (dell'area socio-assistenziale, del volontariato e associazionismo, del terzo settore) che, attorno alla costruzione di un "progetto individualizzato", si trovano a dover "fare équipe" per poterlo governare. Per capirsi meglio basta confrontare le seguenti affermazioni, che traggo a caso tra decine di esempi possibili. La prima è contenuta nel testo *Psichiatria territoriale* riedito nel 2002, autori L. R. Mosher e L. Burti: «Un servizio territoriale con una *responsabilità globale* verso una certa popolazione deve soddisfare *tutti* i bisogni direttamente o

L'équipe, crisi o riscoperta?

ANGELO CASSIN

indirettamente correlati alla salute mentale. Pertanto la terapia non è un qualcosa che viene "fatto" all'interno di interventi specifici, ma è piuttosto una caratteristica funzionale dell'approccio globale ai bisogni del paziente. L'intervento terapeutico per eccellenza non esiste; nessun intervento è di per sé terapeutico o no. La somma di tutti gli interventi deve essere terapeutica e il servizio deve essere organizzato per rendere possibile ciò» [corsivi miei].

La seconda dalla Conferenza Ministeriale Europea sulla Salute Mentale di Helsinki (12-15 gennaio 2005), dove, al capitolo sulle azioni, si può leggere: «La salute mentale è una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni e deve essere pertanto considerata come parte integrante e fondamentale di *altre politiche* d'interesse pubblico, quali quelle relative ai *diritti umani, all'assistenza sociale, all'educazione e all'impiego*» [corsivi miei]. In sostanza la garanzia dei diritti non sta più solo sulle spalle delle équipe e delle politiche dei servizi specialistici, ma è un compito a cui è chiamato tutta la Comunità sociale, attraverso tutte le sue "altre politiche". Nella storica modalità di intendere la presa a carico, l'équipe si organizzava dunque attorno ad elementi di idealità (garanzia della libertà e dei diritti), dai quali proveniva un entusiasmante senso di onnipotenza e di "costruzione del nuovo", in un orizzonte di autosufficienza (e di autoreferenzialità), espressione delle quali erano sia l'unanime opzione per il "servizio forte", sia la espressione di leadership carismatiche: elementi che non potevano non sviluppare un effetto trofico e tonificante nei confronti dell'équipe. Si trattava inizialmente di realizzare l'utopia di fare a meno dell'istituzione manicomiale, attraverso la costruzione di garanzie forti per gli ex degenti, e la costruzione di risposte ad ampio raggio, connotando i servizi come

L'illustrazione della pagina precedente e tutte quelle pubblicate in questo numero sono di Stefano Jus.

luoghi del sostegno, dello scambio sociale, dell'invenzione di forme di imprenditorialità, come dimensione operativa dell'équipe sia sul piano occupazionale (le cooperative sociali nate dai servizi), sia abitativa. Si trattava di creare una dimensione della presa in carico orientata ad evitare i pericoli della frammentazione della risposta per specialismi e per pericolosi processi di delega. La conseguenza di questo spirito operativo determinava un accorciamento delle distanze tra le varie competenze professionali tipiche delle équipes psichiatriche, che inizialmente avevano prodotto l'idea di un "operatore unico", e la dilatazione massima della continuità terapeutica, attraverso la forma del "Centro 24 ore" come modello di riferimento. Il tecnicismo delle risposte veniva generalmente combattuto, i linguaggi erano semplici e di facile presa, carichi di senso di appartenenza.

Ora, con i processi di integrazione, ci si accorge che i linguaggi in gioco sono spesso distanti e manca, nel processo di "fare équipe", l'esperienza di un quotidiano "fare insieme"; ci si confronta con diffidenze storiche che non rendono disponibile quel collante indispensabile per ogni équipe che è la fiducia reciproca tra i suoi componenti. Nel processo di integrazione il servizio di salute mentale necessariamente si "decentra", proporzionalmente al processo di restituire responsabilità agli altri portatori di interesse nel "far salute mentale". L'équipe quindi perde un po' della sua identità, gli operatori si disorientano, e si sentono forse ricacciati in una dimensione maggiormente specifica. Se la garanzia ai diritti di cittadinanza è questione che appartiene anche a chi gestisce le politiche dell'assistenza, del lavoro, della casa, all'équipe tocca forse occuparsi maggiormente della *cura* come componente ineludibile della presa in carico.

Il secondo cambiamento che attraversa l'équipe è relativo al *cambiamento dell'utenza*, partendo da quella sofferente di disturbi psicotici. Ai servizi sono arrivati via via pazienti di età più giovane, in carico fin dalle fasi di esordio, con aspettative e "progetti di vita" definiti, maggiore scolarità, migliore livello socioeconomico, con maggiore appoggio da parte di famigliari, spesso organizzati in associazioni, e migliore contrattualità. Le équipes si sono dovute confrontare con nuove modalità di espressione della sofferenza: più sfumate, maggiormente caratterizzate da difficoltà cognitive ed affettive, tali da rendere problematico l'utilizzo del classico armamentario nosologico categoriale, a favore

di maggiore variabilità clinica (di comorbidità), e al peso evidente di determinanti personalologiche individuali.

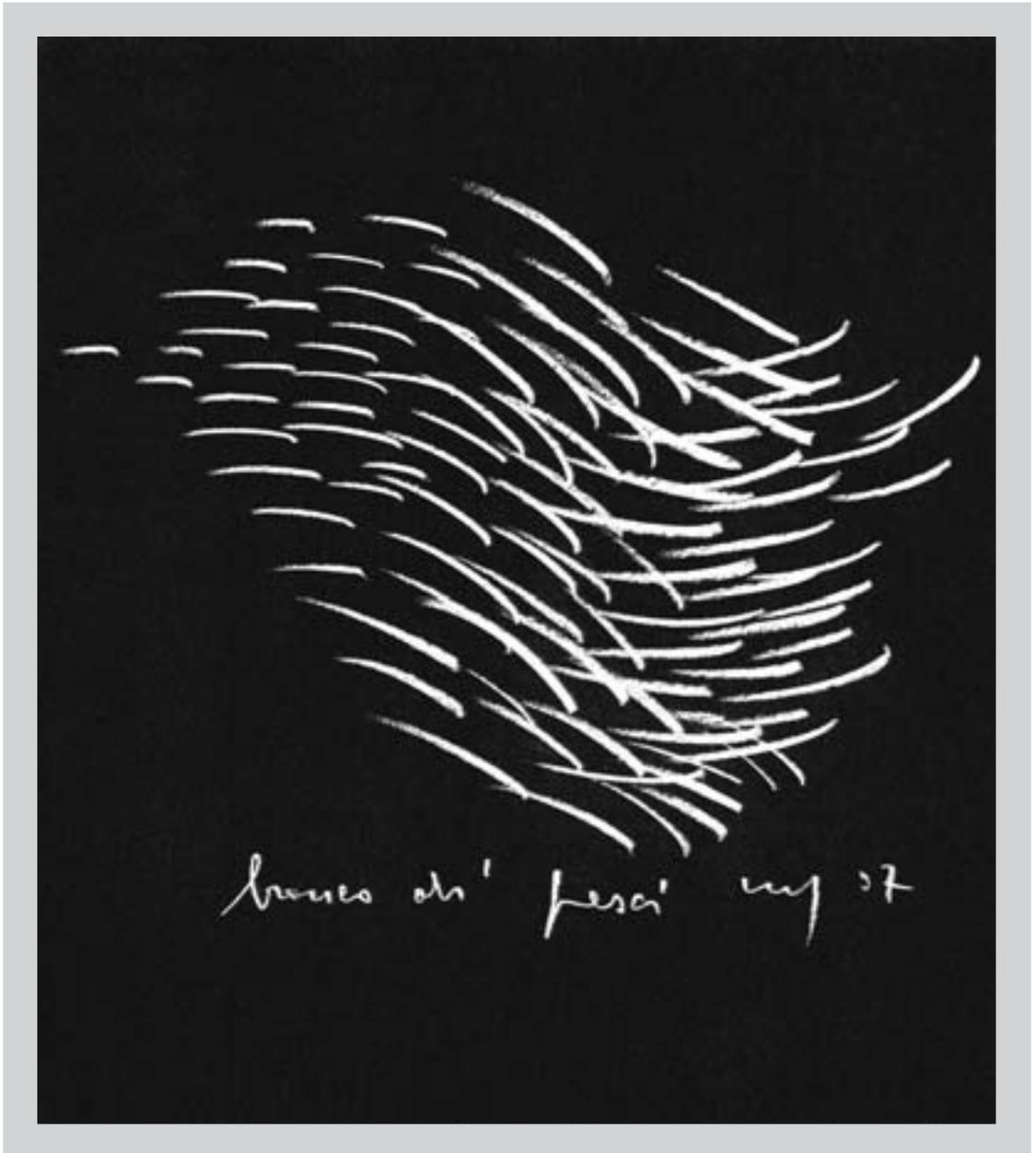
La individualità della storia e della esperienza soggettiva dei pazienti trovava dunque riscontri anche a livello "clinico", e gli utenti non erano più accumulabili solo nella dimensione del bisognoso e dell'escluso. Si è infine dilatata l'area delle persone sofferenti per problematiche che non potevano più ipocritamente essere relegate nell'area della "piccola psichiatria", e che vedevano nei servizi di salute mentale ora integrati nel Sistema Sanitario Nazionale un logico interlocutore per i propri legittimi bisogni: i disturbi dell'umore con le punte di gravità dei Disturbi Bipolari, i Disturbi di Personalità, in particolare della problematica area borderline, i disturbi d'ansia, con le aree dei Disturbi di Panico e dei Disturbi Ossessivo Compulsivi tra le quali si annoverano le dimensioni maggiormente invalidanti, con casi di eclatante gravità, per non parlare dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Il confronto con questi cambiamenti della cosiddetta "clinica", necessitano di competenze diverse e molto specifiche, se non si vuole che l'intervento si costituisca come fattore di peggioramento o cronicizzazione, e ripropone all'interno del "saper fare" di una équipe la dimensione delle conoscenze tecniche. Questo processo, affiancandosi all'evoluzione delle professioni infermieristiche, e all'orientamento spesso esasperatamente farmacologico delle scuole di specialità psichiatriche, ha contribuito a riprodurre un certo distanziamento tra i vari componenti dell'équipe "multiprofessionale".

La sempre maggiore pressione di persone che si rivolgono ai servizi con uno spettro problematico più ampio, ma per così dire più individuale, il rispetto della privacy, e la collaborazione con i medici di Medicina Generale, ha dilatato l'approccio "ambulatoriale" o specialistico-consulenziale, riservando lo strumento dell'équipe ai casi più gravi e complessi. Anche la diffusione di approcci ad alto contenuto tecnico come la psicoterapia strutturata ha teso a far sentire l'équipe "espropriata" di un diretto coinvolgimento sui soggetti "ambulatoriali", per i quali la presa in carico si limita spesso ad una serie di visite programmate. Ovunque si assiste ad un crollo del numero di *visite domiciliari*, che sfruttavano un setting particolarmente ricco di implicazioni relazionali e di conoscenza.

Il terzo cambiamento cui vorrei fare riferimento è il cambiamento organizzativo. Lo sviluppo

dei servizi li ha complessificati e arricchiti di articolazioni, sino all'organizzazione dipartimentale che, sancita dalle varie legislazioni, inevitabilmente contribuisce a spostare l'asse della classica "centralità" del Centro di Salute Mentale: i momenti di integrazione dipartimentale, trasversali, rompono la dimensione autarchica dello storico CSM. I processi di identità si diffondono e complessificano, dalla singola équipe del CSM all'insieme dell'organizzazione dipartimentale. Il risultato è minore persecuto-

rietà ma più incertezza rispetto all'identità. Le équipes devono continuamente relazionarsi con altre équipes, il setting si allarga e si interseca con altri (le aree del ricovero, delle residenze, della riabilitazione). Se ciò avviene all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, avviene ancor più all'esterno, per la progressiva estensione dei processi di integrazione, con gli altri operatori del distretto, quelli delle varie commissioni di valutazione, i MMG, i Servizi Sociali dei Comuni. Il dover in continuazione "fare



équipe” con altri soggetti frammenta la continuità spazio temporale, che rappresenta una delle componenti fondative di ogni équipe. Le riunioni si moltiplicano a dismisura, gli operatori sono troppo spesso impegnati “da un'altra parte”. Per i CSM operanti sulle 24 ore, accanto agli innegabili vantaggi, c'è da fare il conto con il prezzo di questa “estensione di continuità terapeutica”: la discontinuità nella presenza quotidiana in équipe per compensare i servizi in turno. La classica riunione, che ha da sempre rappresentato il cuore pulsante dell'équipe, si è compensativamente ridotta di frequenza o ristretta nelle implicazioni, nel migliore dei casi a favore di contatti diffusi ed informali tra gli operatori. Ci rimette ovviamente il tempo di costruzione di una cultura operativa basata sulla condivisione dell'esperienza quotidiana.

Il primato del rispetto dei bilanci, introdotto dal processo di aziendalizzazione partito oltre dieci anni fa, ha confrontato l'équipe con vincoli ai quali non era abituata, determinando un senso depressivo o persecutorio. Le logiche del massimo ribasso, associato all'esasperato rispetto delle norme di sicurezza, ha tolto dai luoghi dei servizi “quell'odore di arrosto”, quel senso di spontaneità e di “famiglia” che tanto contribuiva a “fare gruppo”, a rendere efficaci gli interventi. Anche i processi di miglioramento della qualità, hanno confrontato l'équipe con dimensioni valutative alle quali non era storicamente abituata, contribuendo in certi casi a determinare un certo disagio.

Ma allora è solo crisi?

Le crisi sono necessarie se vogliamo mantenerci in contatto con una realtà in trasformazione. Non si tratta allora solo di stringere i denti e di accettare i cambiamenti come ineluttabili. Non si può solo guardare all'indietro, e borbottare come i vecchi su come erano belli i tempi passati. I cambiamenti vanno compresi, vanno storicizzati, gli va attribuito un senso e va sottolineato il loro aspetto di vantaggio o di necessità. Questo è il compito sul quale dovranno cimentarsi le nuove leadership: rendere disponibile una visione di insieme, una strategia e una rotta. Aver presente le radici dell'équipe per correre i rischi della sua contaminazione con altre storie ed altri linguaggi.

Non c'è buon lavoro senza un certo piacere che da esso sia tradibile. Ce lo ha detto chiaramente il recente convegno di Pordenone *Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda*. Ce lo ricorda da vari anni persino Valentino Rossi, che proprio nel senso di benessere provato al-

l'interno del suo team riconosce la chiave del suo successo. Il benessere non implica solo un problema di motivazione, ma anche di senso. Come fare a recuperare qualcosa dell'antico entusiasmo? Come allora, non resta che ripartire dalla centralità del lavoro sulla e insieme alla persona che si presenta da noi, nel rispetto della sua soggettività. L'équipe dei servizi si organizza attorno alla condivisione di una cultura sia sull'oggetto del lavoro che sul proprio ruolo, a partire dalla costruzione del “caso” attraverso una storia capace di dare senso e linee progettuali a ciò che altrimenti appare solo come un problema da contenere, o un vuoto da colmare. La proposta di Antonello Correale sull'area traumatica è una delle espressioni maggiormente esemplificative di ciò che si può fare per combattere il senso di impotenza e la noia.

Attribuire senso al lavoro di équipe rappresenta l'aspetto più nobile della cura del suo clima interno.

«Tanti occhi vedono meglio di due» è stato il motto del lavoro di équipe. Ora ai tanti occhi delle nostre storiche équipe si aggiungono altri occhi, altre competenze, altri soggetti, altre storie, ma lo spirito è lo stesso. In questo tipo di lavoro abbiamo accumulato molta esperienza, veniamo da lontano, e non dobbiamo temere di affrontare questo processo. Integrarsi, contaminarsi, di solito è una esperienza arricchente. Costruire una cultura che permetta uno sguardo condiviso è una sfida accettabile, perché appare del tutto utopico che si realizzino équipe degne di questo nome per un escamotage organizzativo, per decreto, o anche semplicemente per buona volontà. “Fare équipe” significa non solo avere un progetto comune, ma condividere una identità ed una vita affettiva, che si realizza attraverso un processo che parta dal *rispetto*, possibilmente affettivizzato, di ciascun componente per l'altro.

Se facciamo mente locale a quanta distanza dall'essenza di questo termine c'è oggi nel costruire équipe tra entità diverse ci rendiamo conto di quanti buchi dobbiamo colmare nella rete dell'integrazione.

Ma quanto materiale abbiamo a disposizione per tessere buone reti, se abbiamo l'umiltà di interrogarci sulla storia dell'équipe. Se pensiamo che essa è il vero garante del piacere di lavorare, del benessere che deriva dal sapersi fidare dei suoi componenti, dal riconoscerli come parte di un lavoro comune. ■

L'équipe dei curanti come apparato conoscitivo

LAURA LITARDI

Una premessa al tema dell'équipe nella sua dimensione di gruppo in funzione terapeutica riguarda il *compito* in vista del quale si costituiscono le équipes di lavoro in psichiatria. La definizione chiara del compito è un fattore cruciale del buon funzionamento di ogni organizzazione, ma nelle istituzioni psichiatriche non è facile giungere ad identificarlo chiaramente. È tuttavia possibile procedere per priorità, ovvero: compito prioritario del Servizio Pubblico è la cura delle patologie psichiche gravi, in particolare Psicosi e Disturbi di Personalità.

È infatti per affrontare questo ordine di problematiche complesse che si è individuato nel gruppo integrato di lavoro, anziché nell'opera di un singolo terapeuta, l'assetto più idoneo a questo scopo.

Ad un primo livello, più semplice e superficiale, si potrebbe semplicemente dire che a problematiche multifattoriali come quelle accennate, che sono come minimo di ordine bio-psico-sociale, si debba rispondere con interventi multidisciplinari e quindi costituire gruppi di lavoro multiprofessionali, più o meno integrati, assetto questo comune a moltissimi ambiti di lavoro sanitari e non, ma così non avremmo ancora centrato la peculiarità delle équipes psichiatriche che lavorano con il paziente grave e che esercitano invece il lavoro terapeutico proprio mediante lo strumento *équipe*.

L'attività congiunta di più professionalità/isti a favore di un singolo infatti richiederebbe al massimo un semplice coordinamento se avessimo in carico solamente la realtà per così dire "esterna" di un paziente sulla quale effettuare gli opportuni interventi e il paziente fosse in grado da solo di operarne la sintesi e la rielaborazione "interna"; invece sono proprio le caratteristiche del mondo interiore del paziente grave, che presenta profonde alterazioni del senso di sé, a rendere necessaria una qualità peculiare degli interventi che, oltre alla loro molteplicità, preveda anche un contesto in cui sia possibile promuovere quei processi di chiarificazione e di sintesi che per il momento sono inibiti al soggetto.

Quello che deve fare l'équipe è vicariare le funzioni sintetiche del soggetto.

Un contributo determinante alla comprensione degli aspetti peculiari dell'oggetto del lavoro, cioè il paziente grave, e del lavoro dei curanti, ci viene dagli studi psicoanalitici da un lato sulle patologie gravi e dall'altro sui gruppi.

Una delle acquisizioni più importanti che ci siano state consegnate dagli studi psicoanalitici riguarda il lavoro dei meccanismi di difesa nella costituzione dell'apparato psichico. Nelle psicopatologie severe, psicosi e disturbi gravi di personalità, risulta predominante l'entrata in opera del meccanismo di *scissione* che impedisce il costituirsi di un'identità unitaria del soggetto. Nelle relazioni con se stesso e con gli altri la persona non può percepirsi né proporsi come un tutto unitario, ma si mette in relazione con parti di sé, scisse l'una dall'altra. Dunque un unico interlocutore non può accogliere l'intero soggetto. Un'immagine mi è sempre parsa esplicativa di questo "evento-realtà interna" del soggetto frammentato, scisso, anche se ha valore solo di metafora di riferimento rispetto alla quale le situazioni reali di ciascun paziente si declinano ciascuna in modo personalizzato: è quella della deflagrazione o del *Big Bang*.

In questa metafora, il mondo interno del paziente comprende un nucleo esplosivo i cui frammenti vengono proiettati a distanza, maggiore o minore, con più o meno forza (carattere violento del fenomeno), e raggiungono altri soggetti o vengono immessi in questi mediante un meccanismo di *identificazione proiettiva*. Nel nostro caso questi soggetti sono i curanti, nonché il luogo della cura.

Questo paradigma di riferimento si articola diversamente non solo da paziente a paziente, ma anche in funzione della fase di malattia, risultando evidentemente più immediatamente pertinente ad una situazione acuta.

Inoltre il disturbo psicopatologico grave si rende palese in termini sintomatologici perlopiù come *break-down*, ad esordio acuto o subdolo, rispetto ad una situazione precedente di apparente buon funzionamento; assistiamo cioè ad uno o ad una costellazione di eventi nella storia del soggetto che vanno ad individuare, secondo la terminologia e la teorizzazione felicemente

introdotta in questo ambito da Antonello Corrales, *l'area traumatica* di quella persona. Sarà dunque questo il compito dei curanti: conoscere quest'area per progettare gli opportuni interventi di consolidamento e ricostruzione.

La conoscenza che possiamo acquisire in proposito deriva non solo e non tanto dalle notizie anamnestiche per quanto scrupolosamente raccolte dal paziente, dai familiari e dal suo entourage, ma dalla conoscenza approfondita del paziente nella relazione con i curanti, quindi dei movimenti transferali e controtransferali che si mobilitano. Va inoltre tenuto presente che la quota più rilevante di comunicazioni con questi pazienti avviene sul piano non verbale, ma nello stesso tempo occorre prestare la massima attenzione di ascolto alle comunicazioni verbali quali il delirio come comunicazioni del paziente riguardanti il suo nucleo traumatico.

Diventa allora evidente ed intuitiva la necessità di un gruppo che accolga, contenga, integri e rielabori le parti frammentate del sé e del mondo (interno/esterno) del paziente.

Dobbiamo occuparci perlopiù non del solo paziente ma anche congiuntamente del suo gruppo (familiare) di riferimento: il paziente può essere l'espressione della sofferenza di un intero nucleo, oppure è la sofferenza del paziente che si è allargata agli altri membri del gruppo coinvolgendoli intensamente. Dopotutto è ovvio che l'esplosione di cui parlavo raggiunga prima i membri del gruppo di appartenenza del paziente ancor prima degli operatori.

Esistono inoltre importanti differenze psicomodinamiche tra stati psicopatologici differenti: infatti laddove negli stati psicotici la disgregazione-frammentazione riguarda il nucleo del sé, nei gravi disturbi di personalità (con funzionamento di tipo borderline), nei quali il lavoro della scissione riguarda fasi più evolute dello sviluppo psichico in cui una se pur difettuale delimitazione del confine del sé è avvenuta, è più probabile che ciò che viene proiettato nelle varie figure dei curanti non siano parti del sé bensì personaggi del suo gruppo interno, della "famiglia interna" del paziente.

Via privilegiata per la conoscenza del paziente è la relazione che si instaura tra lui e gli operatori: le immagini del paziente che ciascun operatore registra, i movimenti emotivi, affettivi etc., sono frutto di quell'impatto di parti del soggetto in cura con ciascun operatore, quindi hanno almeno due caratteristiche sempre contemporaneamente presenti: una è la loro "verità" riguardo al paziente, raccontano cioè qualcosa di ve-

ro, di reale, e quindi sono preziose da registrare, recepire per essere utilizzate ai fini della conoscenza del paziente, l'altra è la loro "parzialità", sono elementi di un puzzle, sono parte di un tutto più complesso che può essere ricomposto solo riunendo le altre parti mancanti alle quali devono potersi ricongiungere.

Diventa allora intuitiva la necessità del lavoro di contenimento e di integrazione da parte del gruppo dei curanti, ma come realizzare tutto ciò in concreto?

Infatti non basterà giustapporre le parti diverse, non si tratta di sommare, bensì occorrerà operare una funzione di amalgama profonda, di vera integrazione affinché si avvii un processo di ristrutturazione "che tenga".

In questo si specifica dunque la peculiarità del lavoro dell'équipe psichiatrica nelle sue funzioni di cura del paziente grave, a differenza di eventuali altre équipe che lavorano in altri ambiti o con altre tipologie di pazienti: nel dover ottenere effetti di integrazione autentica nel paziente e quindi di dover interagire nello svolgimento del lavoro in modo non solo coordinato ma fortemente coeso.

Occorre cioè individuare dei dispositivi di sintesi delle parti raccolte che riconducano la frammentazione, la dispersione all'unità.

Indicherò due aspetti del lavoro che mi sembrano particolarmente utili in vista di questo obiettivo: il transfert centrale ovvero l'operatore di riferimento e l'integrazione realizzata dal gruppo dei curanti in équipe.

Abbiamo detto finora che il paziente interagisce con parti diverse di sé o come personaggi diversi del suo mondo interno, in relazione a più operatori nonché all'ambiente di cura. Questo è ciò che accade ed è perciò necessario che ci siano più figure ad accoglierlo, ora però dobbiamo reindirizzarlo a riunire questi investimenti dispersi verso una figura centrale che possa offrire al paziente la possibilità di «riparare in un rapporto attuale un rapporto centrale andato male in passato» (A. Corrales).

Ci troviamo a questo punto a dover considerare le dinamiche individuo-gruppo in quanto la possibilità di sviluppare una relazione significativa centrale, caratterizzata da stabilità e continuità per il paziente, dipende appunto dalla capacità del gruppo di lavoro di promuovere e sostenere adeguatamente questa funzione innanzitutto ammettendone l'esistenza e comprendendone l'importanza. Ma anche con la consapevolezza che l'operatore che supporta il transfert principale non solo non coincide necessa-

riamente con l'operatore che ricopre il ruolo dirigenziale o che ha competenze psicoterapeutiche specifiche, e non è necessariamente nemmeno sempre lo stesso nel tempo dipendendo la sua funzione dalla fase attraversata dal paziente stesso. È fondamentale che tutta l'équipe favorisca e protegga lo sviluppo di questa relazione (transfert) centrale.

L'aspetto dell'integrazione realizzata dal gruppo dei curanti in équipe, che viene dato spesso quasi per scontato, è in realtà di difficile realizzazione. L'équipe è da questo punto di vista costituzionalmente speculare al soggetto frammentato in quanto composta da figure diverse per professionalità, ruoli istituzionali, culture, scuole di pensiero e quant'altro. L'integrazione è realmente difficile. Non è facile per gli operatori mettersi d'accordo su punti di vista comuni sul caso, c'è il rischio di sentirsi soli in quanto non supportati dal gruppo e inoltre svalutati in quanto la diversità di opinione sembra veicolare un giudi-

zio di valore. Inoltre, ricordiamo, l'équipe si trova sottoposta realmente ad impatti di notevole portata e complessità: non è affatto facile individuare in quale modo accogliere la domanda, impostare il progetto terapeutico, cioè interagire all'interno del gruppo dei curanti.

Alcuni elementi possono aiutare il lavoro di integrazione: la consapevolezza da parte dei curanti dei processi psicopatologici che hanno condotto il paziente alla frammentazione strutturale e funzionale e la consapevolezza di quelle caratteristiche intrinseche ad ogni nostro punto di vista sul paziente e cioè i caratteri al tempo stesso di verità e di parzialità. Questo atteggiamento può sicuramente aiutare a non cadere nella tentazione della scissione del gruppo di lavoro derivante da atteggiamenti manichei, ben consapevoli che questa scissione corrisponde innanzitutto a quella del paziente, né alla tentazione della demoralizzazione derivante dai vissuti di frustrazione, solitudine, svalutazione.



Attraverso la messa in comune degli elementi percepiti da ciascuno, nei momenti di riflessione comune sul caso, tipicamente le riunioni di discussione del caso, si può cercare insieme la costruzione di una scena comune nella quale possono entrare anche elementi associativi, fantastici dei curanti che realizzano in tal modo una funzione conoscitiva-elaborativa unificante, «funzione poetica» secondo A. Correale, o “poietica” per sottolinearne, anche in via evocativa, il carattere creativo, vera premessa di nuove possibilità di crescita, di nuovo sviluppo per il paziente. Occorre dunque interagire su un doppio registro: quello della molteplicità e quello della riunificazione.

Sul versante della molteplicità occorre offrire contesti (setting) di cura che permettano l'esprimersi dei molti elementi in gioco, sul versante della riunificazione occorre che questi elementi vengano raccolti, registrati, attraverso comunicazioni a più livelli tra operatori, discussione del caso nel piccolo gruppo operativo e nell'équipe allargata, per ricondurli ad un setting unitario che li contenga e si possano promuovere processi di ricomposizione integrata. Ciò implica però che si costituisca una funzione mentale che contenga e regoli questi processi. Questo ci porta a spostarci ora dal compito allo strumento di lavoro: l'équipe come strumento di lavoro.

Innanzitutto occorre tenere conto dei confini dell'équipe. In una équipe i confini sono sempre quanto mai complessi: interni tra ruoli, compiti, e funzioni, esterni con i vari gruppi con cui si interfaccia. Nei sistemi vitali la membrana permeabile è di importanza cruciale per gli scambi vitali con l'ambiente esterno, pertanto la gestione dei confini ha un ruolo determinante per la costruzione di un ambiente sicuro. L'équipe è inoltre un gruppo, pertanto al suo interno sono sempre attive dinamiche relative alla doppia polarità conflittuale individuo-gruppo: il gruppo costituisce una minaccia per l'identità personale dei membri quindi costituisce un contesto favorevole alla attivazione di livelli mentali primitivi in cui si attivano configurazioni di relazione oggettuale primitive, difese e aggressività primarie: secondo il concetto di “assunti di base” di Bion i tre assunti di *dipendenza, attacco-fuga, accoppiamento* corrispondono alla predominanza nel gruppo di correnti emotive inconsapevoli ed irrazionali regressive rispettivamente di idealizzazione, aggressività, sessualità primitive, quest'ultima cioè connotata aggressivamente.

Questo fatto ci introduce a qualche considerazione sulla leadership dell'équipe.

Da un lato la leadership ha il compito di garantire che il gruppo mantenga l'orientamento al compito e quindi la leadership auspicabile per i gruppi di lavoro è una leadership razionale, d'altra parte essa è sottoposta alla pressione delle correnti degli assunti di base del gruppo (dei curanti), il quale gruppo a sua volta è soggetto, come abbiamo ripetutamente sottolineato prima, alla pressione derivante dall'impatto con il compito, cioè con le patologie gravi: dunque va tenuta presente una condizione di circolarità tra questi tre poli.

Il gruppo d'altra parte ha bisogno di sentirsi rappresentato nella mente del proprio capo. Ancora da A. Correale: «I gruppi, infatti, hanno bisogno di sentire che, in qualche modo, esista nella mente del leader uno spazio in cui si muovono; il gruppo vive anche nella mente del suo capo».

Otto Kernberg ha dedicato un ampio lavoro all'importanza della figura del leader nei gruppi istituzionali, indicando nelle caratteristiche della sua personalità uno dei fattori cruciali per il loro funzionamento. In tal senso ritiene che «l'integrità morale che il leader dimostrava prima di assumere le sue funzioni è la miglior protezione che l'organizzazione possa avere contro le conseguenze di una regressione narcisistica paranoide».

Termino con un'immagine del leader quale quella di un funambolo impegnato a mantenere un difficile equilibrio sul filo.

BIBLIOGRAFIA

- W. R. Bion (1971), *Esperienze nei gruppi*, Armando editore.
- G. Berti Ceroni, A. Correale (a cura di) (1999), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Raffaello Cortina Editore.
- A. Correale (1999), *Il campo istituzionale*, Borla.
- A. Correale “Il leader e l'istituzione” in *Gruppi* vol. VI N. 2, maggio-agosto 2004.
- A. Lombardo (2004), *La comunità psicoterapeutica*, Franco Angeli.
- E. Laurora (2005), intervento in *Il lavoro della cura nelle istituzioni*, a cura di M. Vigorelli, Franco Angeli.
- O.F. Kernberg (1999) *Le relazioni nei gruppi*, Raffaello Cortina Editore.
- M. Perini, “Border management e boundary management: leadership e gestione dei confini nella Comunità Terapeutica”, in *Gruppi* vol. VI N. 3, settembre-dicembre 2004.

Preso in carico o preso in cura?

GIACOMO DI MARCO

Preso in carico o preso in cura? È un interrogativo che rimanda ad problema sempre aperto nella pratica psichiatrica, che è quello della specificità della psichiatria, del suo inevitabile oscillare tra assistenza e terapia, tra controllo e terapia.

Nell'ambito più generale della sanità, caratterizzata attualmente da un crescente interesse verso la promozione della salute, è possibile operare una distinzione tra interventi che si collocano intorno all'asse salute/malattia e interventi che si collocano intorno l'asse benessere/malessere, interventi che possono agevolmente integrarsi, in quanto le aree non sono sovrapponibili. In psichiatria questa distinzione, a mio parere molto opportuna, stenta ad affermarsi perché gli interventi slittano facilmente dall'asse salute/malattia all'asse benessere/malessere, se non a quello dell'inserimento lavorativo, anche per la convinzione diffusa, e non esplicitata, che la cura in psichiatria coincida con la riabilitazione.

Il compito che, a mio parere, deve oggi orientare la pratica psichiatrica è quello di *promuovere, affermare, riaffermare la clinica istituzionale*, in quanto, in sua mancanza, la psichiatria non solo si qualifica sempre più come *psichiatria sine psichiatria* ma rischia addirittura di sparire appiattendosi sul modello medico-farmacologico o sulla riabilitazione.

Per *clinica istituzionale* non intendo tanto gli interventi e le tecniche che si esercitano all'interno dell'istituzione, quanto l'esistenza di un progetto unitario di cura, capace di utilizzare gli spazi istituzionali come luoghi di scambio e di mediazione attraverso metodologie operative volte a integrare le diverse tecniche, e capaci di tenere presente l'esistenza di "organizzatori" psichici inconsci soggiacenti alle pratiche istituzionali.

La scena istituzionale è contemporaneamente un insieme di gruppi e di singoli che si incontrano e interagiscono: «Una istituzione è indissolubilmente un insieme di strutture e l'insieme di rapporti che si vivono: senza le strutture non si possono organizzare i rapporti, ma senza i rapporti le strutture perdono di interesse» (Jeanson, 1987).

Il paradigma fondamentale che caratterizza la clinica istituzionale è quello che individua l'a-

zione terapeutica come derivante da una doppia preso in carico (Fustier): *preso in carico* attraverso il *vivere con*, in cui l'azione terapeutica viene veicolata dalle interazioni della vita quotidiana, intenzionate terapeuticamente, sia nei rapporti équipe curante/pazienti, sia tra i membri dell'équipe curante; preso in carico attraverso *atti tecnici*, strumenti quali farmaci, varie forme di psicoterapie, etc.

Il concetto di *preso in carico*, ampiamente utilizzato nei servizi psichiatrici, possiede una intrinseca ambiguità, nel senso che a volte viene riferito a tutto ciò che non è cura, a volte viene connotato come terapia. Il termine *preso in carico* è stato spesso utilizzato con riferimento sia ad una funzione di assistenza, di sostegno, di governo, di gestione del paziente con grave psicopatologia, sia ad un contenimento con valore trasformativo; i colleghi francesi differenziano queste due funzioni in quanto dispongono nel loro vocabolario del termine *contenente* per indicare il sostegno per il mantenimento, mentre utilizzano *contenitore* per indicare un tenere il paziente che possieda anche finalità trasformativa.

Pertanto mi pare molto più preciso e pertinente operare la *differenziazione tra preso in carico e preso in cura*.

La discussione sullo specifico della psichiatria è vecchia, ma continua ad essere centrale, si può eludere nei dibattiti teorici ma non nella operatività quotidiana, dove gli aspetti che riguardano la dicotomia *cura-controllo*, e quelli che riguardano la distinzione tra *prendersi cura e curare* (Racamier, 1971) si impongono con forza.

È necessario, dunque, *interrogarsi* sulla capacità della nostra *pratica* a pensare una cura che vada oltre lo spegnere e disinnescare gli scompensi acuti e oltre l'interessarsi dei pazienti quando sono ormai da riabilitare, *oltre* la promozione della salute e miglioramento della qualità di vita.

La complessità dei processi di cura, che vede mescolarsi ed intrecciarsi in *ambito psichiatrico* fattori terapeutici specifici a fattori terapeutici aspecifici, in cui il confine tra sociale e sanitario è tanto importante quanto difficile da stabilire, ha fatto privilegiare il concetto di *assistenza*, dando ad esso a volte un significato *estensivo*,

con il quale viene coperta l'intera gamma delle prestazioni sanitarie rivolte ad un singolo paziente, siano esse di natura preventiva, terapeutica o riabilitativa, e a volte un significato *restrittivo*, per il quale è assistenza tutto ciò che non è terapia e si distingue da questa per la qualità meno pregiata delle prestazioni, di solito attribuite a personale subalterno (Scotti, 1987).

Altro concetto ambiguo e fonte di confusività varie, a livello di pratica nei servizi, è quello relativo alla *relazione di aiuto*. Risulta evidente che la collocazione della relazione di aiuto è fortemente condizionata dal prevalere di una visione più intensiva o più estensiva della psichiatria.

Negli anni '70, nonostante la critica al concetto di malattia mentale, critica che comportava una estensione e valorizzazione dei contesti di vita, delle ambientazioni familiari del paziente, era ferma l'attenzione, almeno nelle realtà lavorative meno appiattite su ideologiche posizioni riduttivistiche, alla *distinzione tra ciò che è relazione terapeutica e ciò che è relazione di aiuto*, ed alla definizione di corrispettivi ambiti di applicabilità.

Uno dei contributi maggiori offerti dalla psicoanalisi alla psichiatria è stato il concetto di *setting*, non tanto come semplice riproposizione del setting classico nell'istituzione, se mai qualcuno lo ha creduto possibile, ma come indispensabile organizzazione di un dispositivo che con i suoi limiti spazio-temporali renda possibile la *messa in scena della sofferenza psichica*, condizione essenziale per ogni tipo di cura. Possono quindi essere creati setting diversi per i diversi interventi terapeutici: un ricovero, un gruppo, una attività riabilitativa, una terapia farmacologica, per essere efficaci, hanno la necessità di avere un setting di riferimento che serva a non confondere, a non sovrapporre, a non diluire, a non banalizzare: costruire un setting vuol dire stabilire i vincoli del proprio intervento e le responsabilità.

La maggiore importanza assunta dalla relazione di aiuto nell'attuale panorama psichiatrico, è, per certi versi, un sintomo preoccupante.

Pierre Bernard Schneider (1977), analizzando le differenti forme in cui si può declinare la relazione medico-paziente, individuava nella dissimmetria, nella unidirezionalità, nel prevalere dell'agire, nell'elusione del conflitto, nell'infantilizzazione del paziente, gli aspetti che caratterizzano la relazione di aiuto, e affermava che il medico utilizza solo episodicamente questo tipo di relazione, alla quale ricorre tanto più, quanto meno è riuscito ad incidere sul piano terapeutico. Pertanto, parafrasando provocatoriamente Sch-

neider, potremmo dire che, anche in campo psichiatrico, tanto meno si riesce ad essere incisivi sul piano terapeutico, tanto più si ricorre alla relazione di aiuto.

Con l'avvento sulla scena psichiatrica, alla fine degli anni '80, del cosiddetto *Terzo settore*, rappresentato dalle associazioni di volontariato e dagli enti di cooperazione e solidarietà, è divenuto naturale il ricorso alla relazione di aiuto, in quanto finalità intrinseca a molti di essi.

L'affermarsi di una lettura riduttiva e interessata della teoria della vulnerabilità ha comportato una polarizzazione sul riconoscimento della irrimediabilità del danno, e quindi sulla indicazione che il paziente deve essere prevalentemente assistito e non curato. La cura propriamente detta viene, non di rado, connotata quasi come inutile e costoso accanimento terapeutico, al quale sono preferibili interventi di mantenimento e di assistenza, spesso fondati sulla centralità della relazione di aiuto.

Contemporaneamente, però, si assiste ad uno stupore per l'aumento della cosiddetta nuova cronicità e per la saturazione delle strutture residenziali. Credo che dobbiamo aver il coraggio di porci la domanda irritante del *perché non siamo capaci di combattere la cronicità*, senza rassegnarsi ad un nichilismo terapeutico e senza maniacalmente inseguire fantasmi di onnipotenza. Se tutti gli operatori, a qualsiasi livello, si impegnano nella ricerca di nuovi scenari per il paziente, attraverso una *presa in cura*, attraverso cioè un prioritario interesse per la vita psichica del paziente, se riusciamo ad occuparci di ciò che accade nella sua testa, si possono aprire spazi, non di guarigione ma di *nuova pensabilità*, che possono rendere possibile per il paziente una maggiore padronanza della sua mente.

L'ÉQUIPE Il concetto di presa in carico rimanda al concetto e alla pratica di équipe.

L'aspetto più innovativo nel cambiamento della psichiatria asilare a quella di comunità non è rappresentato tanto dalla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico, quanto dall'affermarsi del principio del lavoro di équipe. Il lavoro di équipe infatti ha rappresentato sin dagli anni '60, e rappresenta tuttora, nonostante tutto, uno dei maggiori valori di orientamento della pratica psichiatrica, specie di quella che deve quotidianamente confrontarsi con le patologie gravi.

Ricordo come l'apertura dello spazio monolitico manicomiale e la moltiplicazione di tanti luoghi di cura, variamente rappresentati e diversificati nel territorio, abbia comportato lo sviluppo

di tanti gruppi di lavoro, animati da un entusiasmo lavorativo spesso alimentato da un alone ideologico. Comunque prevaleva in tutti un forte impegno, declinato tecnicamente e politicamente, con una ricca produzione di esperienze rimaste per molto tempo esemplari e parcellari, sino a quando agli inizi degli anni '90 Antonello Correale non ci regalò quel prezioso libro che è *Il campo istituzionale*, in cui venivano raccolti e rivelati in maniera armonica i presupposti teorici che fondavano e dovevano guidare il lavoro di équipe per essere esso stesso terapeutico.

L'équipe come strumento che non garantisce solamente lo scambio e il confronto, ma svolge una funzione contenitiva, trofica e disintossicante del gruppo di lavoro, consentendo a tutti i suoi membri di confrontarsi con la malattia, con la consapevolezza di essere parte di un campo di forze che migliora le capacità di fronteggiare il campo di forze che circonda il disturbo psichico, non solo in termini di un comune spartire le pene ma anche come apparato conoscitivo e di elaborazione emotiva.

Il libro di Correale è datato '91, da quel periodo le idee e concezioni di Correale hanno subito una naturale evoluzione, pur nel mantenimento di una continuità. Sinteticamente vorrei sottolineare due aspetti di questa evoluzione che mi sembrano abbastanza significativi:

1) Il passaggio da malattia ad area traumatica;
2) il passaggio dal mito della orizzontalità dell'équipe alla funzione del leader nell'équipe.

Uno degli aspetti principali e salienti nella costruzione del modello del campo istituzionale era dato proprio dal mettere in relazione l'impatto che la malattia, non tanto nel suo significato diagnostico quanto di evento, carico di connotazioni emotive molto forti, produce nel gruppo di lavoro. La capacità di risposta terapeutica, sia dei singoli ruoli specifici che del gruppo nel suo insieme, risulta inevitabilmente condizionata dal perturbamento e dalle oscillazioni emotive indotte dalla malattia.

In tempi più recenti, anche attraverso l'esperienza maturata nella supervisione di tante équipe, il pensiero di Correale si è indirizzato verso una ridefinizione del concetto generico di malattia e ha così elaborato il *concetto di area traumatica*. L'area traumatica rappresenta un fattore di vulnerabilità non generico ma specifico, per cui non è tanto importante la malattia in sé, quanto individuare, sia cognitivamente che emotivamente, quell'area, quello scenario relazionale, che nella storia recente e passata del paziente si rivela responsabile dei suoi scompensi. L'individuazione

di questa area da parte del gruppo curante può rivelarsi uno dei fattori integrativi del gruppo stesso, dove integrazione non sia solo di informazioni ma anche di un sentire comune.

Correale indica due fattori come necessari per tale identificazione: 1) una *gruppalità diffusa* intesa come una serie di scambi sufficientemente liberi tra operatori che permettano una impregnazione emotiva adeguata, una sorta di spazio emotivo istituzionale; 2) una *leadership adeguata*, intesa come la presenza di un leader competente, che sappia cogliere tra i vari frammenti presentati nel corso dell'esperienza quello che contiene in sé maggiori potenzialità esplicative e armonizzanti.

E la questione del leader è appunto il secondo aspetto a cui intendo accennare.

Se ne *Il campo istituzionale* Correale assegnava all'*establishment* funzione di orientamento per l'autorappresentazione dell'équipe e per il suo funzionamento, in un recente articolo dal titolo *Il leader e l'istituzione* (comparso nella rivista «Gruppi» n° 2, 2004) indica in maniera forte e precisa il ruolo del capo come figura responsabile, appunto, di mantenere vitale l'équipe attraverso un continuo e costante lavoro di orientamento, di apertura, di circolarità, di elaborazione del lutto, di articolazione dinamica tra idealizzazione e persecutorietà, di mediatore tra gruppalità organizzata e gruppalità diffusa.

Pertanto un richiamo forte ad un esercizio completo della funzione del leader si rivela necessario per il lavoro di équipe e per orientarne la pratica verso una presa in cura.

PER UNA CLINICA ISTITUZIONALE Un'altra domanda inquietante che dobbiamo avere il coraggio di porci è come mai a distanza di circa 30 anni ci ritroviamo a ribadire principi che non sono riusciti a divenire pratica corrente condivisa.

Non si tratta certamente di principi astratti, né tanto meno superati per cui vale la pena di ribadirli, riproporli e approfondirli con pazienza, cercando di individuare e rimuovere gli ostacoli alla loro realizzazione.

Tra gli ostacoli, su due mi pare opportuno richiamare l'attenzione in quanto, a mio parere, correlati tra loro, hanno impedito, e impediscono tuttora, lo sviluppo di una clinica istituzionale.

Il primo va ricercato proprio nello scarso interesse che la psichiatria continua a suscitare in politici, amministratori e opinione pubblica, al di là di un generico rimando ai principi guida per il progresso dell'assistenza psichiatrica, non

di rado confusi anni fa con le esigenze di lotta alla emarginazione e di superamento dell'ospedale psichiatrico, oggi sovrapposti ai principi della solidarietà sociale.

La mancanza di concreto interesse si traduce in un insufficiente impegno e in un carente investimento sul versante organizzativo ed operativo. Anche la progettualità politica e programmatica delle amministrazioni di sinistra, addomesticata le ideologie del cambiamento che pur avevano sostenuto e talora condiviso, si è infine

ridotta ad una farraginosa e lunga elaborazione di piani programmatici, più attenti al disegno che ai contenuti. Anche le reiterate richieste di modifica della 180, periodicamente presentate nel corso degli anni, segnalano un effettivo disinteresse per una maggiore qualificazione terapeutica dei servizi.

Il discorso istituzionale non solo continua a restare sullo sfondo come una sorta di optional, ma attualmente rischia di sparire per gli interventi di deformazione aziendalistica che rischia



no di cancellare l'assetto che faticosamente dopo la riforma del 1978 ha preso forma: il Dipartimento di Psichiatria.

L'operazione di deformazione passa sia attraverso la riproposizione della dicotomia ospedale/territorio, sanitario/sociale, il cui superamento caratterizza la psichiatria istituzionale, sia attraverso una riduzione dell'istituzione alla sua struttura organizzativa, con la perdita di ogni caratteristica di *istituzione animata*.

A questa operazione stiamo assistendo tutti passivamente: ipnotizzati dalle parole d'ordine "bisogna risparmiare", "utilizzare meglio le risorse", come se in psichiatria sinora non si fosse fatto altro che scialacquare risorse.

È singolare, infine, come la recente politica di contrazione della spesa sanitaria, che ha portato alla istituzione delle aziende sanitarie, in ambito psichiatrico abbia prodotto una convergenza paradossale tra le posizioni di Psichiatria democratica, che ideologicamente ha sempre negato la custodia, demonizzando i posti letto, e quella dell'aziendalismo dominante, che in sostanza stigmatizza la custodia solo perché costa.

Come causticamente affermano Foresti e Rossi Monti (2003), alla dicotomia custodia/cura che aveva caratterizzato in passato ogni dibattito sulla psichiatria, si sostituisce oggi la dicotomia risparmio/cura.

Il secondo ostacolo va ricercato nella difficoltà di codificare e rendere trasmissibili le metodologie e le strategie di intervento derivate dalle esperienze maturate.

L'idea di un sapere difficilmente codificabile e trasmissibile si è diffusa, sia per reali difficoltà legate alla complessità dell'apparato disciplinare della psichiatria sia per l'esigenza di non cristallizzare il sapere in formule chiuse, sia per il prevalere di estenuanti routine sulla necessità di ripensamento e di elaborazioni teoriche.

Così alcuni aspetti presenti nelle varie esperienze sono rimasti in nuce, il loro sviluppo è stato ritardato o inibito, ed è stata ostacolata la crescita verso la costruzione di una coerente metodologia di intervento, verso una clinica istituzionale. Naturalmente nel corso di questi anni ci sono state diverse eccezioni a questo andamento generale, documentate da esperienze esemplari, e anche da testi significativi¹, o dalla esistenza di spazi d'incontro in cui esperienze pratiche ed elaborazioni teoriche, provenienti dai diversi ambiti della psichiatria potevano trovare un terreno comune di scambio e di confronto².

Il discorso istituzionale, tuttavia, non è riuscito ad uscire dalla cerchia dei suoi sostenitori, non è divenuto una modalità fondativa dell'assistenza psichiatrica, capace di dare forza, forma e unitarietà alle pratiche dei servizi, che continuano a essere scisse dal contenitore istituzionale.

Una delle principali ragioni di quanto accaduto va ricercata, a mio parere, nel dilagare della "moda" della *riabilitazione* a partire dagli anni '80 e al suo affermarsi non più come un aspetto indispensabile dell'intervento psichiatrico, ma come la *pratica principale dei servizi*, al punto che, in alcune realtà, non si parla più di équipe psichiatrica ma di équipe riabilitativa.

Il facile successo della riabilitazione è riconducibile alla *semplificazione* che essa introduce: da una parte, la cura, compito di professionisti (medico, psicoterapeuta, psicologo) con l'intrinseco rischio di produrre stigma, dall'altra, la riabilitazione, compito dell'équipe riabilitativa, con l'intrinseco vantaggio di implementare la salute e la qualità della vita del paziente. Ignorando uno dei concetti cardine della psichiatria del settore che era proprio la *continuità terapeutica*, si è così realizzato, sotto gli occhi di tutti, il ritorno ad uno dei principi forti dell'ideologia manicomiale, ovvero la scissione, che comporta le classiche dicotomie tra acuto e cronico, tra curabile e incurabile, tra malati da curare e malati da riabilitare, tra pratiche pubbliche e private. La psichiatria pubblica è andata così via via, in sordina, conformandosi ancora una volta alle esigenze di controllo e di emarginazione, anche se oggi meno visibili che nel passato asilare.

La stessa scissione la si coglie nell'organizzazione delle unità operative di psichiatria: da una parte i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e gli ambulatori specialistici, deputati alla cura, dall'altra il ventaglio di strutture residenziali e semiresidenziali deputate alla riabilitazione.

Sono consapevole che il mio discorso può suonare come una sorta di esercizio retorico sulla crisi che caratterizza la psichiatria, però sono altrettanto consapevole che *più la crisi progredisce, più progredisce l'incapacità di pensare la crisi*.

1. De Martis D. et altri, *Fare e pensare in psichiatria*; Asioli F. et altri, *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*; Correale A., *Il campo istituzionale*.

2. Un esempio significativo hanno rappresentato *Le giornate psichiatriche di Folgaria e I seminari di Costagrande*.

L'impatto della patologia psichiatrica sugli operatori

La sofferenza dei curanti e l'organizzazione demoralizzata

MARGHERITA GOBBI

Ho messo, al centro del titolo, il tema della sofferenza degli operatori perché ritengo sia un aspetto centrale e spesso negato del lavoro in psichiatria. Il lavoro in équipe, con tutta la sua complessità, il tipo di relazioni che vi esistono, i rapporti con l'organizzazione stessa e con altri servizi, è il luogo dove spesso ha origine il malessere degli operatori dentro le situazioni di "caos istituzionale" in cui, a volte, ci si ritrova. Esistono molti modi di leggere ed analizzare questo problema, come credo ben sappiamo. Credo sia patrimonio acquisito, per esempio, la consapevolezza dell'esistenza di una funzione comune a tutti i componenti di un'équipe, che è quella di contenere ed elaborare le proiezioni dei pazienti (Woodbury, *L'équipe come fattore terapeutico*, 1965), funzione che comporta la capacità del gruppo di lavoro di tollerare pesanti vissuti di scissione e di distruttività. Altri autori affrontano questo tema da altri punti di vista, mettendo al centro dell'attenzione l'analisi dell'organizzazione, il tema della leadership, la comunicazione interna, etc...

Un breve cenno storico: si incomincia a studiare l'équipe ed i suoi rapporti con il paziente dopo la seconda guerra mondiale, in particolare si scopre allora la necessità di canali di comunicazione ben definiti ed accessibili per integrare in un progetto complessivo tutte le influenze terapeutiche. Questi studi hanno evidenziato come gli operatori all'interno di un'équipe psichiatrica, il cui compito principale è di affrontare la patologia grave, non possono essere organizzati sulla base di gerarchie e procedure, come per esempio un'équipe chirurgica.

L'aspetto specifico dell'équipe psichiatrica risiede nel suo essere "gruppo di lavoro" in cui i componenti, a prescindere dal loro livello, possono essere chiamati a svolgere funzioni di responsabilità in relazione ai bisogni dei pazienti. L'équipe può arrivare a configurarsi come struttura esterna, successivamente interiorizzata, con funzione di appoggio per tutti i suoi componenti. Il luogo di funzionamento privilegiato dell'équipe è la riunione: qui avviene l'integrazione dei diversi interventi. Lavorare in équipe è diventato, in questi anni, sempre più difficile, ma

non per questo meno importante ed utile per realizzare progetti integrati soprattutto per i pazienti gravi. Le équipes sono sommerse da molteplici domande e sempre di più devono avere la capacità di interloquire con numerosi altri soggetti con i quali "fare équipe". L'équipe quindi assume una dimensione spesso allargata e transitoria con tutti i problemi di incertezza e di sofferenza anche personale che questo comporta.

Ci sono, come dicevo, innumerevoli approcci a questo tema. La "crisi" dell'équipe e, quindi, la sofferenza degli operatori possono essere letti da più punti di vista, da quello organizzativo a quello psicodinamico. L'ottica che vi proporrò sarà quella di parlare di questi temi: la sofferenza dell'operatore, come si costruisce il progetto terapeutico, qual è l'impatto che la patologia del paziente produce nell'équipe, dal punto di vista di un autore, Robert Hinshelwood, che io amo molto e che ha scritto un affascinante testo dal titolo *Cosa accade nei gruppi*. Questo autore, di formazione psicoanalitica, ha lavorato a lungo in comunità terapeutiche, raccogliendo a mio avviso importanti osservazioni su cosa accade agli individui nei gruppi. Molte di queste osservazioni mi sembrano pertinenti alla nostra realtà operativa e mostrano bene alcuni fenomeni che spesso accadono nei gruppi di lavoro.

Da qui il titolo modificato che sul versante del gruppo parla di morale e di demoralizzazione o del morale e dell'organizzazione demoralizzata, o ancora, se preferite, di onnipotenza e di fallimento. Penso che l'esperienza di lavorare in un'organizzazione demoralizzata non è molto differente da quella di pazienti che si percepiscono senza più possibilità o speranza nella vita e questi, i cosiddetti cronici, sono proprio i pazienti per i quali è più difficile tenere in piedi un progetto terapeutico efficace, oltre a comportare spesso massicci carichi di lavoro e di frustrazione per l'équipe.

Sappiamo, tra l'altro, che proprio quando sembra che non si possa fare più nulla per migliorare le cose per i pazienti, come per noi rispetto all'organizzazione in cui lavoriamo, nasce spesso insieme alla rabbia, l'aspettativa di un aiuto on-

nipotente che magari potrà riuscire a compiere il miracolo. Questo aiuto non esiste mai, poiché tutte le risorse e le capacità sono limitate e questo crea una situazione che si è tentati di sfuggire piuttosto che affrontare. Si crea una sorta di trappola “demoralizzante”, alimentata da un circolo vizioso autofrustrante e colpevolizzato, che a sua volta genera aggressività, etc.

IL MORALE E LA DEMORALIZZAZIONE Proviamo a vedere cos'è il morale. Il morale è, in primo luogo, la capacità di un gruppo di mantenere vivo il sentimento di fiducia in se stesso (un po' come per ogni persona), e per essere a posto il morale deve trovare conferma in una valutazione fedele e attenta della realtà. Sembrerebbe che il morale abbia due ingredienti di base: la fiducia nell'integrità dell'organizzazione e quella nella sua efficacia.

L'integrità di un gruppo può essere minacciata ad esempio da divisioni interne, da scissioni tra sottogruppi che lavorano uno contro l'altro, o dalla perdita di membri importanti. L'efficacia è strettamente correlata con il problema dell'integrità, ed è la fiducia d'insieme nella capacità del gruppo di lavoro di raggiungere gli scopi che si prefigge, fiducia che subisce la minaccia di forti correnti emotive. Il gruppo di lavoro deve avere ben chiaro il compito che può perseguire, sentendolo come utile e “buono”, preservando questa fiducia nella propria operatività da minacce di “spostamento del compito”, che spingono il lavoro da qualcosa che sembra troppo difficile verso qualcosa che appare più facile, ma meno rilevante. Di solito il “nuovo compito” diviene la fuga da sentimenti nei confronti di una organizzazione inefficace. Di fatto, una sorta di movimento “a ribasso”, che solo apparentemente protegge dalla frustrazione e tende, invece, a riprodurre un circolo vizioso di insoddisfazione e svalorizzazione.

Chiaramente, organizzazioni come, per esempio, una fabbrica, dove esiste un prodotto misurabile o il criterio di realtà è il profitto annuale, avranno una minore alternanza degli stati d'animo che non servizi psichiatrici dove il prodotto finale è relativamente poco tangibile come il cambiamento nella personalità di un paziente. Molti autori definiscono i nostri servizi “invisibili”.

Questo però non toglie, anzi accentua, l'assoluta necessità di rimanere ancorati alla realtà e alla realtà dei bisogni dei pazienti, tanto più quanto le opinioni e gli umori del gruppo sono soggetti a vistosi cambiamenti. Faremo perciò

adesso l'ipotesi che esistano fattori emotivi che influenzano pesantemente il morale, il clima di un gruppo di lavoro, spostandolo nella direzione dell'*onnipotenza* o in quella opposta del *fallimento*. Questi stessi fattori sono in causa nel malessere degli operatori.

IL MORALE E L'ORGANIZZAZIONE DEMORALIZZATA Molti autori che studiano le organizzazioni dal punto di vista di “cosa accade nei gruppi” sottolineano che «[...] a meno che i membri dell'istituzione sappiano che cosa ci si aspetta che essi facciano con abbastanza chiarezza, c'è poca speranza che lo facciano davvero e che ne traggano una soddisfazione adeguata. È probabile che la mancanza di una simile chiarezza conduca ad una confusione personale nei membri dell'istituzione, a conflitti interpersonali e intergruppi e ad altri indesiderabili fenomeni istituzionali».

Questi autori commentano con queste parole, semplici e magari banali, esperienze fatte in grandi ospedali psichiatrici, e ci offrono, a mio avviso, un ottimo resoconto di ciò che avviene in una “istituzione demoralizzata”. La chiarezza del compito, o perlomeno la consapevolezza del contesto organizzativo generale è un elemento importante per la motivazione degli operatori, tanto più in una situazione generale sociale e politica caratterizzata da notevoli incertezze.

Vi parlerò della sindrome della “Montagna incantata” che secondo Hinshelwood è un problema che spesso attraversa i nostri servizi, e che trasforma quelli che dovrebbero essere “confini” in barriere (operatori/pazienti, medici/infermieri, servizio/comunità, etc.). È proprio la mobilità di queste barriere una scommessa per evitare i rischi di una nuova istituzionalizzazione. Sul versante parallelo che stiamo seguendo, quello dei progetti terapeutici per i pazienti e delle emozioni degli operatori, credo sia esperienza di tutti noi quella che più i nostri programmi sono poco chiari, più i nostri pazienti stanno male e provano, come noi, sensazioni di fallimento e di insoddisfazione.

Queste sensazioni, unite ad un sentimento di incertezza, finiscono con il produrre attriti e rivalità all'interno del gruppo di lavoro, ed ognuno, nel tentativo di accrescere il proprio senso di adeguatezza, si baserà sempre di più sulla denigrazione degli sforzi degli altri, presumendo così di essere il migliore. In poche parole si cerca di farsi avanti “facendo le scarpe” agli altri. La continua denigrazione reciproca porta ad un'atmosfera generale fatta di critiche smi-

nuenti e ad una generale sensazione di non essere apprezzati, proprio quando magari il bisogno è invece quello di un mutuo sostegno. La mancanza di apprezzamento porta ad un'ostilità piena di rancore ed ognuno è portato a lavorare per se stesso, pensando di essere l'unico ad apprezzare quello che fa. Ognuno cerca di salvare la stima di sé e di proteggere la propria sopravvivenza psicologica.

LA DEMORALIZZAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E LA DISPERAZIONE PERSONALE SI TENGONO PER MANO. Da questa difficile posizione personale incominciano a venire sferrati attacchi all'istituzione stessa, vissuta come inefficiente e fiacca, o troppo arbitraria e dittatoriale.

Si sviluppa un sentimento di impotenza, uno scuotere le spalle collettivo dovuto al fatto che

nessuno si sente ascoltato e sostenuto; si diffonde una sorta di odio per il lavoro, dal momento che tutto ciò che va male contribuisce al personale senso di inadeguatezza e frustrazione.

L'individuo ha vari metodi per sopravvivere in queste situazioni: in primo luogo, un modo caratteristico è quello di creare regni personali, nicchie o sottogruppi autonomi all'interno dell'organizzazione. In questo movimento è chiaro che i pazienti rischiano di avere un posto marginale. L'altro modo caratteristico, descritto da molti autori, è quello di "terapeutizzare" tutto. Attraverso una manovra difensiva, si realizza una divisione tra i pazienti e l'équipe terapeutica e gli operatori "giocano a fare i terapeuti", senza nessuna reale intenzione di lavorare effettivamente insieme. Sono le situazioni tipiche, che credo ognuno di noi poi conosca, in cui



magari per intere riunioni si parla di un paziente, spendendo grandi quantità di tempo e di attenzione, ma sembra non uscirne niente di utile. Una sorta di caricatura in cui l'aiuto non è "vero aiuto" e la collaborazione del gruppo è un'apparenza. In realtà il gruppo si difende dai propri sentimenti di inadeguatezza, di impotenza, dal senso di vuoto, costruendo "grandi teorie" psicoterapeutiche.

Questo atteggiamento può portarci a *formulare programmi* per i pazienti che li costringono, in modo illusorio, ad essere quello che noi vorremmo che fossero e a sottoporli (i pazienti) a trattamenti "coatti" di questo tipo, con la richiesta ad una persona di essere diversa. Penso che molti dei nostri inserimenti lavorativi, per esempio, rispondano ad una logica di questo tipo.

In terzo luogo, molte persone si disimpegnano e, senza abbandonare del tutto, alleviano le proprie angosce *prendendo le distanze*. Alcuni, con vivo *senso umoristico*, trasformano le proprie frustrazioni in storie sensazionali (magari sui pazienti o sui colleghi) per il divertimento di amici e conoscenti. Altri, con un atteggiamento da "piede fuori della fossa", assumono *una postura accademica* e scrivono densi articoli, relazioni, partecipano a convegni, etc. Anche qui i pazienti non ci sono molto.

In quarto luogo, un altro passo in là dal presente immediato è quello di impegnarsi in qualche attività politica o sindacale. Quando ci si muove in questo senso, in genere si diventa più indignati che divertiti e si chiede che venga fatto qualcosa. Qui i pazienti compaiono, se non altro, come cittadini.

Teniamo conto che ognuno di noi è in genere particolarmente sensibile alla situazione dell'organizzazione con cui si identifica e in cui lavora e ne è profondamente influenzato. Un gruppo, una comunità, un'istituzione, sono tutte cose che richiedono un'alleanza di un certo tipo. Nell'organizzazione demoralizzata, l'alleanza è di tipo particolare ed illogico: la fiducia ad andare avanti vacilla e l'alleanza reciproca è basata magari su riferimenti sprezzanti all'organizzazione e ai suoi risultati. Un certo senso dell'umorismo poi rende particolarmente innocui gli atteggiamenti più denigratori. Tali "scherzi" rassicurano sul fatto che ogni fallimento dell'organizzazione è familiare per tutti e *il senso dell'umorismo rende difficile condividere la gravità della situazione*.

Tutti cercano di scrollarsi di dosso la disperazione come fosse uno scherzo.

INVERTIRE IL PROCESSO DI DEMORALIZZAZIONE
Il *recupero del morale* parte, a mio avviso, da una valutazione realistica su quello che può essere fatto e sulla capacità di diventare operativi rispetto alle persone reali che sono i nostri pazienti, abbandonando l'illusione dell'onnipotenza e la trappola della demoralizzazione e del fallimento.

Non ci sono soluzioni ottimali, ci sono occasioni reali di uscire dalla spirale, dal circolo vizioso della demoralizzazione. Nel lavoro in gruppo potremmo forse sperimentare la ricerca di "vie d'uscita", di *circoli benigni*, di elementi che mettano in moto una nuova alleanza tra gli operatori e tra loro ed i pazienti, che permetta di affrontare problemi reali e magari urgenti.

La chiave perché un'istituzione, un gruppo di lavoro, possa trovare o no la propria strada dipende dal modo in cui le ansie individuali presenti nell'organizzazione vengono affrontate, se con elasticità o rigidamente. Si tratta di una dimensione (dalla rigidità alla flessibilità) che è evidente in tutte le interazioni umane. Il problema è indurre al movimento un gruppo di individui.

La chiave verso l'elasticità, che può essere offerta dal gruppo all'individuo, risiede nella capacità di *sostenere un'espressione verbale di tutti questi problemi*.

Non qualsiasi espressione verbale, ma *l'espressione di relazioni impegnate al superamento di barriere*, verso un collegamento verbale che dia senso ad ogni individuo nel suo vivere all'interno di un gruppo. Abbiamo visto come in situazioni di gruppo "demoralizzate" è presente un notevole potenziale regressivo, in particolare in assenza di un compito esterno sufficientemente definito, o sentito come superiore alle forze del gruppo stesso. Dove invece vi è identificazione con il lavoro e possibilità di intervenire nelle decisioni, tutti, indipendentemente dal ruolo, si danno da fare per lavorare meglio e con maggiore soddisfazione, con obiettivi chiari, realistici e realizzabili.

Per concludere, penso che in un'équipe, vista come un'organizzazione flessibile i cui componenti partecipano con responsabilità ed autonomia, il lavoro possa essere gratificante sul piano dell'autostima, non dimenticando che l'équipe psichiatrica si confronta e lotta con la sofferenza, il dolore ed anche la morte fisica, trovandosi a volte sbalottata e sopraffatta da situazioni umane realmente tragiche. ■

Lavoro di gruppo e organizzazione post-tayloristica

MARCO CERRI

Negli ultimi trenta anni vi è stato lo sviluppo di nuovi modelli di organizzazione del lavoro, articolati su due principali fattori: il protagonismo imprenditivo del lavoro e la ricomposizione gruppale dei processi lavorativi e del senso dell'appartenenza organizzativa. È evidente la crisi del modello egemonico dell'organizzazione nel novecento, definito comunemente come tayloristico, dal nome dell'ingegnere americano che agli inizi del secolo scorso propose una rigorosa separazione tra progettazione ed esecuzione, una progressiva riduzione del compito lavorativo alla produzione parcellizzata e l'introduzione di una sequenzialità meccanicistica della fasi di lavorazione.

Le organizzazioni post-tayloristiche costituiscono il proprio profilo strutturale e progettuale sulle pulsioni imprenditive del lavoro e sulle suggestioni autogenerative dei soggetti; è peraltro evidente che le componenti potenzialmente distruttive connesse alle pulsioni competitive devono essere governate e ricondotte ad una dimensione di produttività e cooperazione. È quindi in questo ordine di discorso che si situa la valorizzazione retorica del "noi" comunitario e gruppale, come condizione per governare gli impulsi distruttivi, evitare che il *pathos* competitivo depotenzi la cooperazione produttiva e proiettare le pulsioni aggressive al di fuori della comunità lavorativa.

Le esperienze di appartenenza comunitaria e gruppale diventano i nuovi luoghi del controllo produttivo e al tempo stesso quelli del conflitto; la critica della nuova organizzazione del lavoro non può che essere anche pratica di disvelamento delle idealizzazioni gruppali.

IDEALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA GRUPPALE
Nelle retoriche post-tayloristiche il lavoro di gruppo tendenzialmente degerarchizzato diventa il luogo magico dove i conflitti trovano la possibilità di essere elaborati ed evolvere in cooperazione, e le ansie connesse al compito vengono arginate e declinate produttivamente in creatività e innovazione. Si tratta di una idealizzazione positivista dei fenomeni gruppali che se da una parte registra l'indubbia

centralità assunta dal gruppo di lavoro nelle organizzazioni post-tayloristiche, dall'altra tende a rimuovere la complessità emotiva dell'operare in comune.

Lavoro da oltre venti anni nelle periferie del sistema di welfare dove vengono trattate cronicità patologiche e sociali oramai irreversibili; un luogo questo il quale, proprio in ragione della sua perifericità, credo si configuri come un osservatorio ideale delle complessità psichiche del lavoro immateriale e delle pratiche gruppali. Ho sperimentato nella mia esperienza lavorativa quanto il gruppo possa essere, sovente al tempo stesso, un luogo di espressione di adultità trasformativa e teatro di feroci e distruttive aggressività; e ciò tanto più quanto se ne fa lo spazio strategico dei processi di riorganizzazione produttiva.

Il gruppo nelle retoriche del lavoro è quindi uno dei poli delle prescrizioni post-tayloristiche, essendo l'altro costituito dall'invito alla autogenerazione e all'imprenditività. Si tratta di una sorta di comunicazione a doppio legame; da una parte si riconosce la centralità della cooperazione sociale del lavoro, dall'altra si sviluppa una crescente individualizzazione dell'attività lavorativa. Il gruppo, già costitutivamente attraversato da dilemmi conflittuali, trova in questa sollecitazione aporetica un momento di potenziale implosione. Il presupposto di queste retoriche è che individui adulti e responsabili si incontrino in un luogo strutturalmente bonificato dai conflitti per collaborare produttivamente; ciò che viene rimosso è che la stessa esperienza di gruppo attiva processi regressivi negli individui, che il gruppo stesso può essere assunto a luogo difensivo dal compito produttivo e, infine, che vi siano spazi d'ombra accanto ai fenomeni visibili e cognitivamente elaborabili.

Bion ha messo in evidenza come siano distinguibili due livelli di funzionamento gruppale. Un primo livello, definito "gruppo di lavoro", situato a livello conscio, che riguarda i processi messi in atto per il raggiungimento degli obiettivi dichiarati. All'interno di questo contesto si sviluppano divisione del lavoro, articolazione

delle attività, individuazione degli obiettivi, in un parola tutti gli elementi immediatamente visibili della struttura di un gruppo; nel gruppo di lavoro vi è una tensione al rispetto dell'individualità e allo sviluppo del gruppo.

Ma accanto a questo livello si situa un'altra dimensione che incide profondamente nei processi di funzionamento gruppale, quella che Bion ha definito "gruppo di base"; si tratta dei processi inconsci di messa in comune di stati emotivi, regressivi e collusivi, all'interno dei quali viene elaborato fantasmaticamente lo scopo del gruppo. È questa la dimensione più significativa che favorisce i sentimenti di appartenenza al gruppo, rappresentato come un'entità distinta dalla semplice sommatoria dei singoli individui.

L'esperienza gruppale si rivela emotivamente complessa perché ogni individuo mira al mantenimento della propria individualità; nell'incontro con l'altro si mobilitano cioè ansie di fagocitazione, perdita di sé, esposizione della propria fragilità. Ma nello stesso tempo si nutre l'aspettativa di essere riconosciuti, accolti, compresi, valorizzati.

In questo senso, quindi, l'esperienza gruppale è una esperienza regressiva dove trovano spazio meccanismi primitivi e ansie primarie; sta qui tutta l'impossibilità di una rappresentazione ideologica e semplicistica del gruppo. La indispensabilità di una caratterizzazione adulta dei suoi membri e il riconoscimento della dimensione infantilizzante, primitiva e regressiva che l'esperienza gruppale produce.

La necessità di governare le ansie mobilitate in ogni individuo sviluppa, attraverso fantasie collusive, quelli che Bion definisce *assunti di base*, reazioni difensive contro l'emergenza di ansie psicotiche. Vengono individuate tre tipologie: in primo luogo l'assunto di base della dipendenza, una costruzione mentale basata su un nutrimento e una protezione comune da parte di un capo straordinario. In secondo luogo vi è l'assunto di base dell'accoppiamento, fondato sulla speranza messianica che avvenga qualcosa di importante attraverso l'unione dei membri del gruppo. Infine Bion individua l'assunto di attacco/fuga, all'interno del quale il gruppo vive una condizione persecutoria di minaccia, e la sua unità si basa sulla difesa e sull'aggressione contro nemici esterni.

CRISI DEL PATTO DENEGATIVO L'idealizzazione moderna del gruppo come luogo della creatività sociale si afferma nella temperie della rivol-

ta generazionale degli anni sessanta, segnato com'è da un'istanza di fraternità paritaria e dalla critica alla ossificazione autoritaria e alienata della famiglia borghese; le rappresentazioni diffuse configurano il gruppo non solo come ambito di sperimentazione di nuove relazioni sociali ma anche come luogo dell'appagamento immediato del desiderio, spazio altro dove tutto è permesso e tutto è possibile, possibilità di coniugare l'affermazione dell'identità individuale e l'elaborazione di un io collettivo.

Il processo di costruzione di questa idealizzazione del gruppo è peraltro comune alla fase di stato nascente di tutte le esperienze collettive; Anzi definisce questo processo come *illusione gruppale*, una sorta di Ideale dell'io che si sposta dalla dimensione individuale a quella collettiva, instaurando un processo di narcisismo di gruppo. In questo ambito prevalgono sentimenti di unicità, bellezza, onnipotenza del gruppo; nello stesso tempo in cui si afferma una rappresentazione dell'intrinseca bontà del proprio contesto, sostenuto da immagini di un gruppo protettivo, capace di sostenere la crescita tutelata delle singole individualità, si produce anche per contrasto una dimensione competitiva con gli altri gruppi, una sorta di esportazione dei conflitti interni all'esterno della dimensione fusionale¹.

Paradossalmente questi processi producono ciò che cercano di evitare; la fantasia fusionale annulla l'individualità e produce un'identità sincretica all'interno della quale ogni individuo è rappresentato solo come appartenente al gruppo e non più come singolo portatore di bisogni, fantasie, desideri, ecc.

In questo contesto la sopravvivenza di un gruppo è connessa alla necessità di mantenere la coesione attraverso l'evitamento di ogni defezione; il codice fraterno basato sulla fantasia di un gruppo onnipotente da esperienza di libertà ed uguaglianza diventa obbligo istituzionale. In questo contesto il mito delle origini autogenerate² oppure la ricerca idealizzata del padre fondatore diventano condizioni indispensabili per la continuità del gruppo.

In questo contesto, quindi, ogni gruppo per mantenere l'illusione gruppale della propria unicità e bellezza deve continuamente sostenere la persistenza di *una sorta di segreto*, una rimozione continua di tutto ciò che può mettere in causa le origini mitiche e la conservazione del legame sociale. E qui sta tutta la potenza e al tempo stesso la fragilità della dimensione istituzionale della vita di un gruppo. Da una parte

la centralità della mitologia e dell'ideologia come formazioni inconse che strutturano e sostengono la dimensione identificatoria e fusionale del gruppo. Dall'altra l'incombente precarietà del patto denegativo (Anzieu), sottoposto costantemente al rischio di un suo disvelamento, di una sua crisi, determinata dalla sottrazione del singolo oppure, più frequentemente, dalle trasformazioni sociali dei contesti all'interno dei quali il gruppo è inserito. Mentre infatti la defezione del singolo può essere riassorbita attraverso l'aggressività espulsiva del gruppo e l'attribuzione del tradimento, i processi di mutamento dei contesti sociali rappresentano un concreto pericolo alla persistenza di un'illusione grupppale.

In ogni caso la crisi del gruppo è essenzialmente crisi del patto di diniego, quell'accordo inconscio che aveva portato all'espulsione all'esterno dei contenuti discordanti con la rappresentazione fusionale e aconfittuale. Questa caduta della funzione difensiva operante all'interno dei gruppi si esprime attraverso la manifestazione di scissioni, frammentazioni, separazioni. Il ritorno del passato è indisponibile e seppur viene agito produce un pensiero regressivo, rigido, non creativo. Le angosce prevalgono, si sviluppano sentimenti abbandonici sotto il predominio del fantasma di rottura, la competizione interna non ha più impedimenti e si sostituisce ai processi di cooperazione autoregolata, il gruppo diventa preda di perversioni e di antagonismi; l'istituzione che aveva garantito la simbolizzazione e il pensiero grupppale, viene ora attaccata per la propria incapacità di sottrarre al caos delle pulsioni distruttive. Il sentimento di tradimento e di abbandono sono la cifra distintiva della crisi irreversibile di un gruppo.

COMPETIZIONE E NON-GRUPPO Dopo questa disamina critica delle idealizzazioni del lavoro di gruppo si tratterà ora di ritornare a concentrare l'attenzione sulle ambiguità della riorganizzazione post-tayloristica dei processi produttivi. L'equilibrio fragile tra pulsione imprenditiva e idealizzazione del gruppo è entrato in crisi con l'emergenza di un'altra caratteristica del lavoro post-tayloristico; mi riferisco qui alla crescente frammentazione del lavoro e allo sviluppo della precarietà dei rapporti produttivi. In questo contesto i legami sociali tendono ad indebolirsi e si depotenzia nelle organizzazioni la funzione di difesa dall'emergenza delle ansie primarie connesse alla relazione sociale (Jacques).

In presenza pertanto di una crescente percezione di vulnerabilità individuale e di provvisorietà dei legami sociali, è evidentemente illusorio e tautologico il tentativo di consegnare alle relazioni personali, svincolate da contenitori forti quali l'appartenenza e la fusionalità, la funzione di riduzione delle ansie connesse alla relazione con il compito lavorativo e con *l'altro*, inevitabilmente rappresentato come competitore e avversario irriducibile. In questo contesto tendono a venire meno i comportamenti improntati alla fiducia e alla collaborazione e si sviluppano opportunismo, alleanze provvisorie, cinismo e strumentalità.

La sfiducia, il sospetto, la sincerità calcolata, le ansie persecutorie prendono il sopravvento e tendono ad inibire la produttività sociale del gruppo di lavoro. Anzi, è il gruppo stesso che tende ad evaporare, a perdere la sua dimensione fattuale nel momento in cui viene messa in crisi la possibilità del suo funzionamento come meccanismo difensivo.

Kaneklin sottolinea come, ad esempio, il bioniano assunto di base di dipendenza nei confronti di una gerarchia in grado di sostenere lo scambio emotivo tra processi identificatori rivolti all'impresa e i sistemi di garanzie e di sicurezza, entra in crisi nelle organizzazioni flessibili improntate a meccanismi competitivi. In questo contesto l'insicurezza e l'aleatorietà, l'incertezza confusiva e la competizione producono, contrariamente a quanto prescrivono le moderne ideologie di impresa, un non-gruppo, ossia un puro assembramento di individui indifferenziati dove le relazioni sono depotenziate dalla loro valenza simbolica e affettiva e si sviluppano solo attualmente, in presenza.

In Bion gli assunti di base sono l'esito di processi inconsci che costituiscono il gruppo sviluppando processi di difesa comune, facendolo dialogare criticamente con il compito di lavoro e producendo un depotenziamento del pensiero critico individuale fagocitato dall'identità grupppale regressiva; nelle organizzazioni basate sulla temporaneità dell'impiego, sull'aleatorietà delle relazioni e sulla precarietà delle posizioni lavorative, il non-gruppo diventa «un sistema di difesa dall'esperienza tout-court, dall'esperienza del gruppo di lavoro a fronte di preoccupazioni meramente individualistiche; è quindi il gruppo che tende a scomparire» (Kaneklin, pag. 39).

I processi di pensiero che si sviluppano in questo contesto sono impoveriti, in quanto il presupposto del non-gruppo è l'impossibilità del-

l'apprendimento attraverso la relazione con gli altri, e la conseguenza è il dissolvimento della possibilità di coniugare relazioni sociali e compito di lavoro in maniera non gretamente regressiva e individualistica.

L'esito di queste dinamiche può comportare da una parte l'ossessiva attenzione ai rapporti inter-personali come luogo di sostegno al sé e alle proprie istanze di affermazione individuale, e, dall'altra, un processo di difesa dalla densità affettiva non mediata dall'organizzazione che porta ad un'elaborazione del compito lavorativo come puro adempimento.

I contesti lavorativi sono così attraversati da aggressività e conflitti che non riescono a trovare momenti comuni di elaborazione e di mediazione; all'interno del non-gruppo si sperimenta pertanto una centralità delle relazioni inter-personali le quali diventano il luogo principale degli scambi.

Crede che il segno del deterioramento dei processi di funzionamento dei gruppi è in qualche maniera indirettamente attestato dall'emergenza, in significativa coincidenza temporale con i processi di riorganizzazione post-tayloristica, dei fenomeni di mobbing³.

1. Fornari sottolinea come lo schema amico/nemico sia essenziale nella fondazione di un gruppo.

2. Si vedano a tal riguardo le riflessioni di Kaës sull'archigruppo, idealizzazione del gruppo come origine e fine, come universo concluso di significato e di senso.

3. Derivato dal verbo inglese *to mob*, utilizzato nel senso di assalire tumultuando in massa, malmenare, aggredire, sta ad indicare processi di violenza e aggressività nei confronti di un membro all'interno di contesti organizzati. È stato dato risalto soprattutto al mobbing di tipo verticale, quello che riguarda cioè i fenomeni di aggressività di un dirigente nei confronti di un subordinato; in effetti la letteratura attribuisce maggior peso a quello di tipo orizzontale, riferiti cioè ai processi di coalizzazione di un gruppo nei confronti di un proprio membro. Per certi versi si tratta di un fenomeno antico che sta alle origini della fondazione di ogni comunità o gruppo; il fatto che negli ultimi venti anni sia diventato uno degli aspetti più dibattuti nell'analisi dei sistemi sociali delle organizzazioni non può che rimandare al fatto che nel depotenziamento degli elementi strutturali e prescrittivi del funzionamento organizzativo assumano crescente centralità i sistemi di relazione inter-personale. Nel non-gruppo i sentimenti primitivi non trovano luoghi di elaborazione; amore e odio si manifestano liberamente spesso sganciati da ogni riferimenti al compito primario organizzativo.

L'esito di questi processi di riorganizzazione post-tayloristica sviluppa consistenti fenomeni di solitudine lavorativa; la paura dell'altro dentro alle organizzazioni diventa diffusa. La stessa giuridicizzazione dei conflitti, espressa ad esempio dal fatto che il mobbing è entrato nell'ambito di pertinenza giuridico, è sintomo di questo indebolimento delle prescrizioni interne e della caratterizzazione delle organizzazioni come luogo di competizione molecolare, all'interno del quale i sistemi di relazione personale diventano il luogo principale di affermazione individuale.

La pluralizzazione delle forme contrattuali, la provvisorietà dei legami organizzativi, la flessibilità del lavoro favoriscono indubbiamente questi processi; pongono in primo luogo diffusi problemi di coordinamento e controllo dell'efficacia e dell'efficienza nel perseguimento del compito primario.

All'interno di questo contesto, in una sorta di cortocircuito teorico e progettuale, al gruppo vengono demandate funzioni di autocontrollo che, aggiunte ai livelli sofisticati del controllo informatico, producono un panoptismo diffuso; nel gruppo lavorativo interazione e controllo si contaminano e i confini tra i ruoli si fanno labili e incerti, aumentando le difficoltà individuali di tenere assieme compito e contenimento dell'ansia.

Il gruppo, tradizionale luogo di elaborazione di difesa collettive dalle angosce connesse al compito lavorativo, alle relazioni di appartenenza all'impresa e alla relazione con gli altri, diventa il teatro della manifestazione di comportamenti difensivi inediti.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu D. *Il gruppo e l'inconscio*, Borla, 1986.
 Bion W.R. *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Armando 1979.
 Kaneklin C. *Lavorare in gruppo* oggi in «Spunti», 4/2001.
 Fornari F. *Simbolo e codice*, Feltrinelli, 1976.
 Kaes R. *L'apparato pluripsichico: costruzioni del gruppo*, Armando 1983.
 Jacques E. *Lavoro creatività e giustizia sociale*, Bollati Boringhieri, 1990 (ed. or. 1970).

Il lavoro di gruppo in ambito ospedaliero

LUCIO SCHITTAR

Il lavoro di gruppo è iniziato storicamente nell'ambito della psichiatria, e i suoi vantaggi, che già sono evidenti nella gestione di molte realtà industriali gestite secondo i principi della psicologia di gruppo, si possono ora estendere ad altri ambiti della Medicina. Ne potrebbe ottenere vantaggi, ad esempio, una struttura ospedaliera come la *Stroke Unit* (cioè un reparto dedicato all'*ictus*) che è per sua natura interspecialistica, dato che uno dei suoi scopi è quello di riabilitare precocemente chi è colpito da *ictus*, azione che più facilmente si può conseguire quando molte persone (neurologi *in primis*, ma anche internisti, fisiatristi, fisioterapisti, logopedisti, sanitari dell'Azienda Sanitaria e Sociale territoriale, tecnici della riabilitazione, e, se il paziente ha la fortuna di avere dei familiari, familiari del paziente che a casa lo accudiranno per molte ore al giorno, e dunque devono essere istruiti nel modo migliore) si uniscono per uno scopo comune. Con l'attività di gruppo sarà forse più facile perseguire lo scopo di una grande scommessa: strappare alla morte o alla grande invalidità chi è stato colpito da un *ictus*, cosa oggi possibile (come è stato da poco constatato anche in una ricerca pubblicata su *Lancet*) quando il reparto dedica al paziente la maggiore attenzione.

Non per affermare che questo è un altro esempio di "malasanità", ma si deve registrare che in passato non abbiamo posta molta attenzione a chi era colpito da *ictus*; in altri paesi l'attenzione è sempre stata maggiore: per esempio il *mercy retriever* (un aggeggio che assomiglia ad un piccolissimo cavatappi, che viene immesso nell'organismo con un cateterismo inguinale e poi viene utilizzato nei vasi del cervello sotto controllo radiologico) da noi è quasi sconosciuto, anche se è stato approvato dalla FDA; ancora, uno studio ha di recente dimostrato la validità della *constraint therapy* (una cura dell'*ictus* molto intensa – più ore al giorno – mentre contemporaneamente viene bloccato l'arto sano) che è assai poco praticata da noi. Un altro esempio: un recente studio su pazienti colpiti da *ictus* ha dimostrato l'importanza percentuale della *depressione*, la quale raramente viene trattata; è da notare che l'umore buono risulta essenziale per

perseguire con regolarità gli esercizi di riabilitazione. Son tutte cose che comunque devono entrare a far parte del patrimonio di conoscenze della comunità, conoscenze preparatorie al lavoro di gruppo.

Dobbiamo fare una premessa al nostro discorso sul gruppo: il gruppo (il *team*, l'*équipe*) ha un senso come strumento epistemologico e come strumento terapeutico solo se siamo convinti della sua importanza, se non altro organizzativa. È difficile pensare di poter obbligare un gruppo di persone che ci credano poco a lavorare insieme, a meno che non ci siano dei chiari vantaggi organizzativi nella procedura. Il vecchio adagio di Aristotele *ἄνθρωπος πολιτικὸν ζῷον* («l'uomo è un animale politico») significa che anche l'uomo è gregario, che cioè si aggrega agli altri, che sta bene con gli altri uomini nella città (*pòlis*) e che l'accento che in questi anni è stato posto sull'uomo come "misura di tutte le cose", come ha a suo tempo affermato Protagora, è in realtà una distorsione, utile forse a spiegare l'accumulo di denaro o la valutazione delle persone soltanto economica. Solo se partiamo da questa premessa (comune ad altri animali gregari) possiamo capire il valore di un provvedimento condiviso da più persone, tanto più se ha finalità terapeutiche.

Se pensiamo così valutiamo nel modo giusto il significato del lavoro di gruppo nella Psichiatria e nella Medicina, lavoro nel quale hanno importanza i contributi di tutti, ognuno con la propria esperienza e le proprie capacità personali, che, come si sa, non sempre sono in rapporto diretto con la propria storia accademica. Ciò per il medico può significare ascoltare di più, non solo i pazienti, ma anche i collaboratori, specialmente se il lavoro sanitario (come le leggi costringono a fare, lontani dal rassicurante ospedale) si svolge prevalentemente a casa del paziente, sul territorio. Per il medico si pone dunque con forza il problema di conoscere ed usare la Psicologia Medica, che ora, pur essenziale materia del *curriculum* di studi medici, è relegata fra le cenerentole degli studi, se non fra le materie soltanto facoltative. A dimostrare l'importanza di questo aspetto, in altre nazioni europee

si è pensato di modificare il *curriculum* degli studi di Medicina introducendo per esempio tecniche teatrali che possono favorire la capacità di immedesimarsi nelle aspettative del paziente.

Per gli infermieri lavorare anche sul territorio può comportare la necessità di integrare le loro conoscenze con rudimenti di geografia, di epidemiologia, di legislazione assistenziale, di psicologia di gruppo. Anche il momento della cura eseguita dal medico può essere visto in modi diversi; essa può esprimersi fundamentalmente in due modi: 1) in un rapporto che presuppone che il paziente non sia sempre cosciente (tant'è vero che egli è spesso anestetizzato), o che non si comporti sempre in modo adulto (ad esempio negli interventi di pronto soccorso, in cui più si evidenzia il suo desiderio segreto di ritornare alla situazione di prima della malattia o del trauma – come da sempre succede nei cartoni animati); 2) in una cura prolungata (come ad esempio nella riabilitazione o nella psicoterapia), nella quale il medico si “prende cura” del paziente e fa appello agli aspetti di lui meno infantili. Questo postula che il medico svolga anche una particolare funzione sociale e che il suo ruolo non possa essere solo quello di rappresentare una possibilità di lavoro. Ciò significa che il medico deve essere conscio della sua funzione, e che in nome della sua potestà di cura non può calpestare alcuni diritti del paziente (quali ad esempio la comprensibilità delle istruzioni mediche o il rispetto degli orari).

Soltanto con una lenta modificazione del rapporto con il paziente si potrà forse avviare a soluzione l'annoso problema delle liste d'attesa, che esprime lo scontro fra due termini che appaiono attualmente inconciliabili: da un lato le richieste di salute di un numero sempre maggiore di pazienti, che assistono nei *media* ai miracoli della Medicina e li vogliono subito per loro stessi (comportandosi così come i bambini piccoli che hanno ancora un rapporto illusorio con la realtà), dall'altro una risposta affidata alle sole macchine, e carente del contatto rassicurante che, nella visita medica, servirebbe forse a tranquillizzare l'ansia del paziente.

Questa alta funzione del medico, funzione che ancora per molti è quasi sacra com'era nel lontano passato, di certo lo pone nella comunità in funzione di aiuto ai pazienti, di solidarietà con chi sta male. Ci sembra che l'ideale lavoro del medico debba seguire i principi della solidarietà, e che quindi egli debba curare l'uomo in una rete dove possano prestare aiuto anche gli altri uomini, familiari ed amici, senza mai per-

dere di vista la costruzione di un rapporto umanistico col paziente. Mi rendo conto che questa è una visione ideale della professione di medico e che ognuno potrà raccontare episodi che dimostrano venalità, permalosità eccessiva, impreparazione in medici che ha conosciuto, ma l'utopia è un importante motore delle scelte di vita e non si può trascurarla: molti cambiamenti dell'organizzazione sanitaria quando sono stati formulati sembravano utopici, e sono poi diventati attività quotidiana.

La rivoluzione informatica pare rendere pleonastici i problemi del rapporto col paziente: sembra che la facilità di comunicare renda del tutto inutili queste preoccupazioni; in realtà, paradossalmente, pare che fra gli umani sia in aumento la solitudine, e un esame più approfondito dei mezzi di comunicazione elettronica pare poter spiegare quello stato d'animo.

L'informatica costringe ad un uso familiare, domestico, o personale, degli apparecchi di comunicazione. Pensate all'*iPod*, o al *Walkman* del passato, apparecchi che, con il loro auricolare, presuppongono l'isolamento dell'utente; pensate al *Home Cinema* o al *Home Theatre* che costringono a rimanere in casa per usufruirne; pensate ai diffusissimi telefoni cellulari che richiedono evidentemente un uso personale; pensate pure all'uso del *computer*, che solo per ragioni didattiche viene utilizzato da più di una persona: sono tutti esempi di una tecnologia che dovrebbe migliorare, in realtà ostacola, le relazioni dirette fra uomo e uomo, e paradossalmente finisce per favorire anch'essa la solitudine, la quale sembra essere il male del Terzo Millennio.

Viviamo quindi in un mondo di solo apparente facilità di comunicazione, nel quale anche il rapporto fra il medico e il paziente diventa difficile, mentre il gruppo dei curanti, proprio per la sua caratteristica di pluralità, finisce per aiutare anche il rapporto terapeutico.

L'attività di gruppo non solo consente risparmi di energia e di tempo, ma ha valenze specifiche terapeutiche e umanizzanti: ciò che si condivide non è solo la storia di vita del paziente, ma anche l'attenzione al suo personale destino futuro. Il rappresentante di ogni diversa professione si responsabilizza, e lavorando insieme agli altri si rende conto della propria importanza per il paziente. Ne ricevono quindi un beneficio sia il paziente che i diversi professionisti che fan parte del gruppo. Certamente se ne giova il processo terapeutico, specialmente laddove “curare” non ha una connotazione solo chirurgica, e significa piuttosto “prendersi cura”.

“Burnout”: oltre i confini della demoralizzazione

FRANCO FASOLO

Ho fatto il primario psichiatra per 24 anni, e faccio da più di due anni a tempo pieno (oltre che lo psicoterapeuta) il “formatore”: qualunque cosa significhi questo termine per il lettore, per me è una esperienza intensissima, l'unica che mi fa sentire lievemente in colpa per essermi congedato dal Servizio Sanitario Nazionale, sia quando faccio “supervisioni” con gruppi di lavoro del Servizio Pubblico sia quando le faccio con gruppi di lavoro del Privato Sociale. In realtà, dopo ognuna delle numerosissime “supervisioni” che negli ultimi due anni abbiamo concluso con tanti colleghi, sempre con grande “soddisfazione” e con reciproca stima, oltre che con discreta e sincera e condivisa fatica, mi sento lievemente in colpa perché ho la sensazione di aver solo fatto un importante e necessario lavoro di rianimazione-di-équipe che però consentirà a tutte quelle équipes solamente di rimanere per un altro periodo, più o meno lungo, nello stato di animazione sospesa che oggi è più di moda chiamare “sindrome di *burnout*”. Questo pur lieve senso di colpevolezza mi muove ad una attività che spero almeno parzialmente riparativa nei confronti di tutti coloro con i quali ho lavorato, e che consiste nel breve scritto qui presentato, con il quale cerco di spostare gli accenti, in una situazione complessivamente molto studiata ed anzi assai ricercata ma con pochissimi effetti pratico-organizzativi, su alcuni degli svariati elementi in gioco che secondo me sarebbe più urgente valorizzare con il massimo impegno, qualora ci fosse una intenzione seria di ridurre o eliminare il *burnout*. Mettiamo subito in chiaro che (esattamente come ho messo fra virgolette il formatore, la supervisione e la soddisfazione) metto in serio dubbio la serietà delle intenzioni dichiarate di ridurre il *burnout*, da parte delle aziende socio-sanitarie e/o dei loro manager e/o dei politici che li gestiscono. Il dubbio sarà revocabile, nelle mie serie intenzioni, solo quando avrò modo di verificare personalmente che, almeno in qualche situazione, gli elementi cruciali che qui di seguito vorrei individuare sono stati chiaramente considerati dalle aziende socio-sanitarie e dai loro manager; sui politici in questa sede non

ho nulla da dire e tanto meno da sperare, in considerazione del fatto che la sanità pubblica è stata ormai definitivamente inglobata dalla dimensione biopolitica, con tutte le prevedibilmente tragiche conseguenze del caso.

Inizialmente il *burnout* era stato evidenziato come un problema derivante – sostanzialmente se non esclusivamente – dai limiti e dalle inadeguatezze, se non da qualche disposizione psicopatologica, dei singoli operatori che ne vengono colpiti: come se fosse una malattia individuale. La stessa Maslach, che ha costruito il questionario più usato per la rilevazione del *burnout*, dopo molti anni di ricerca su questa linea, aveva poi proposto di considerare anche l'altro lato dello stesso problema, quello organizzativo: in che modo il contesto aziendale influisce sulla salute dei dipendenti? In che modo eventuali patologie organizzative o, più semplicemente, le normali crisi di crescita e di riaggiustamento che qualsiasi azienda sana deve attraversare possono essere collegate con la sintomatologia del *burnout*?

Dal punto di vista di chi, come me fra tanti altri, considera ben documentato il fatto basilare che gli esseri umani sono biologicamente intessuti dei loro stessi diversificatissimi contesti relazionali, è veramente banale riconoscere che anche il contesto relazionale lavorativo può fare bene ma può naturalmente fare molto male agli individui che vi sono coinvolti.

Ma la prospettiva gruppoanalitica, che ha sviluppato ampiamente e tecnicamente questa idea, è assolutamente sgradevole per, e conseguentemente viene attivamente evitata da, la mentalità aziendalistica corrente, che tende tenacemente invece a riportare l'onere del *burnout* a carico dei singoli individui che ne soffrono, che ne dovrebbero essere benevolmente curati per recuperarne almeno in parte la ridotta produttività, e che semmai dovrebbero finalmente essere rimossi da incarichi lavorativi divenuti per loro, a causa delle loro personali e deplorabili fragilità, purtroppo insostenibili, sostituendoli con soggetti più sani ed adeguati. Il diffusamente mancato utilizzo della prospettiva gruppoanalitica da parte in particolare delle

aziende socio-sanitarie nella valutazione e nella pianificazione di interventi efficaci per la modificazione delle situazioni di *burnout*, che realmente riducono la produttività del servizio e che quindi veramente dovrebbero essere controllate ed anzi prevenute attivamente, mi sembra ben esemplificato da due ricerche recenti, che posso citare senza nessuna istanza recriminatoria dato che sono ben condotte con le migliori intenzioni, e che proprio per questo motivo mi sembrano utili per il mio scopo di calcare gli accenti su aspetti trascurati ma a mio avviso essenziali, nella prospettiva gruppoanalitica.

In Giappone, sono stati studiati tutti i 60 lavoratori aderenti alla *Program Development Section* di una azienda che produce macchinari di precisione; molti di loro presentavano sintomi di ansia e depressione (è noto che in quella specifica cultura la modalità alternativa di presentazione del *burnout* sotto forma di assenteismo, più comune in altri Paesi come l'Italia, è molto meno frequente); circa la metà di questi soggetti ha usufruito di un breve programma di stress-management basato sull'approccio cognitivo-comportamentale (un approccio che ancora oggi, mi preme sottolineare, non risulta riconoscere con piena consapevolezza tecnica l'autonomia importanza del formato grupppale che pure utilizza abitualmente); i risultati sono stati molto modesti, nel doppio senso che, da un lato, la capacità del programma di alleviare i sintomi depressivi mitigando lo stress percepito in relazione al lavoro è risultata *unlikely* ma che, dall'altro lato, gli Autori con sincera modestia attribuiscono la probabile causa (di tale fallimento) al fatto che non sono stati in grado di migliorare le condizioni lavorative, ad esempio riducendo il lavoro straordinario.

Nel caso delle aziende sociosanitarie in Italia, la fase recente dell'impegno sostenuto e quasi strenuo di miglioramento della efficienza dei gruppi di lavoro psichiatrici ha prodotto solo modesti risultati, peggiorando però il carico di lavoro specifico che non è stato ridotto affatto: quanti sono i pazienti che uno psichiatra o uno psicologo o un infermiere possono tenere nella loro mente, ricordandoli, elaborando il senso degli incontri personali con loro, eccetera? Nella mia lunga esperienza di primario ho rilevato troppe volte: – Che nessun operatore può tenere in mente personalmente, progettuamente, o programmaticamente, più di una cinquantina di persone, e a maggior ragione certo non può reggerne 100-150 o 200 come è patologicamente normale che accada in troppi DSM;

– che oltre questo numero, i pazienti vengono inevitabilmente spersonalizzati (altro che "personalizzazione" delle cure!) ed anzi direttamente patologizzati anche dai professionisti più dedicati alla cura;

– che il dispositivo della presa in carico tramite il gruppo di lavoro (in tal modo il carico viene ridistribuito sul gruppo fra tutti i colleghi, esattamente come ogni transfert individuale nel gruppo terapeutico viene distribuito fra il/i conduttore/i e gli altri pazienti) migliora senz'altro questa capienza o capacità individuale ma certo senza che si possa comunque mai arrivare a reggere i suddetti 100-150 pazienti senza trasformarli in "casi da gestire e semmai da sistemare". In Veneto, un "buon" DSM come quello di Rovigo ha esplorato il collegamento fra *burnout*, percezione lavorativa e reazione allo stress professionale.

Sono stati studiati tutti gli operatori non dirigenti (infermieri ex-OP, professionali, educatori, un tecnico della riabilitazione psicosociale) mentre non ha preso parte all'indagine il personale con funzioni dirigenziali in quanto ufficialmente coinvolto ad un differente livello, cioè nella ricerca di soluzioni operative volte a contrastare il *burnout*.

I livelli di *burnout* degli operatori studiati sono risultati più bassi rispetto a quelli riportati in altri studi italiani: ogni "buon" DSM dovrebbe in effetti autovalutarsi e, credo, anche essere valutato aziendalmente in base ai livelli di *burnout* rilevati ad intervalli regolari.

Per converso, ogni livello critico di *burnout* dovrebbe essere riscontrato con intenzionale serietà, esattamente come si fa con la febbre nei singoli individui: di che problema aziendale è attendibile sintomo il *burnout*?

L'alternativa, purtroppo frequentemente praticata, di trattare il *burnout* del dipendente come una sua patologia individuale sembra davvero letteralmente incompetente, oltre che irrealistica, non solo a fronte della evidenza che neppure in Giappone l'intervento positivo sulle strategie di *coping* dello stress risulta sia servito a qualcosa di diverso dalla pubblicazione della ricerca su di una rivista prestigiosa, ma soprattutto a fronte della evidenza che il *burnout* "colpisce" preferibilmente, ed anzi "a grappolo", i dipendenti che afferiscono a singole specifiche strutture operative, diverse da un DSM all'altro, quando semplicemente non riguarda interi e specifici gruppi di lavoro.

L'ipotesi gruppoanalitica sarebbe qui particolarmente a suo agio nel trovare ragione a questa

evidenza: nell'esempio che stiamo utilizzando, il fatto che si sia osservato un livello significativamente più elevato di depersonalizzazione negli operatori che lavorano nelle strutture residenziali rispetto a coloro che sono in servizio presso gli SPDC non sembra davvero giustificabile con l'idea balzana che nelle strutture residenziali siano sedimentati nel tempo o peggio ancora siano stati allocati gli operatori più scassati, rispetto a quelli operativi in SPDC, ma piuttosto con l'ipotesi che il disagio da loro così numerosamente presentato indichi una situazione lavorativa *organizzativamente* malata e dunque da chiarire e da modificare con la massima urgenza. Ad esempio, l'impostazione tecnica di tante strutture residenziali non è per niente affatto modellata sulla efficace e ampiamente verificata formula della terapia comunitaria, e nel corso del tempo gli operatori che ci lavorano, specialmente se sono già abbastanza competenti, se ne possono ben rendere conto; l'impostazione organizzativa di un SPDC può invece sembrare, illusoriamente, più facile.

Se gli operatori dell'SPDC di Rovigo hanno un minor livello di logoramento, un feedback del proprio operato più immediato ed una percezione di status professionale più positiva e qualificante rispetto ai colleghi che lavorano nelle strutture residenziali di Rovigo, si tratterà dunque di organizzare efficacemente anche a questi ultimi, con seria mentalità aziendale, tutte le stesse suddette garanzie anti-*burnout*, così ben chiare almeno agli estensori della pubblicazione. Il punto cruciale che voglio evidenziare nel suo complesso, per poterlo poi esaminare in alcuni aspetti specifici, è la sostanziale (e a mio avviso azienalmente attiva) *ignoranza della dimensione gruppale* nella maggioranza degli studi e delle ricerche sul *burnout*.

I richiami in letteratura all'importanza del "lavoro in équipe" sono, instancabilmente, tanto più frequenti quanto più sono generici ed anzi sostanzialmente ipocriti.

Se il Gruppo, ovviamente nella versione di "gruppo dei curanti", venisse davvero considerato benefico per gli operatori ai fini della riduzione del *burnout*, in primo luogo negli stessi contesti esso verrebbe contestualmente adottato senz'altro anche nella versione di "gruppo dei pazienti" al fine della riduzione della cronicità (che è esattamente l'analogo del *burnout* nei pazienti stessi), ma questa evidenza è documentabile solo per un aspetto davvero singolare.

Infatti, l'attenzione ai gruppi terapeutici, ovvero alla psicoterapia di gruppo, mi sembra anco-

ra in lenta, sparsa e per così dire caustissima crescita, a differenza della crescita ormai esponenziale dei *gruppi sportivi, culturali e ricreativi*, e in generale dei gruppi per il cosiddetto "tempo libero", che vengono decisamente favoriti dagli operatori a cui piacciono (naturalmente, non si capisce come sarebbe mai possibile proporre qualcosa di buono per gli operatori negandolo ai pazienti che ne hanno a maggior ragione bisogno) e che ricevono ormai il positivo riscontro di una crescente attenzione teorizzante anche da parte di quei loro dirigenti che non partecipano personalmente a queste attività psicosociali cosiddette non-tradizionali e non-codificate (ma ci siamo dimenticati di tutto quello che si organizzava in manicomio negli ultimi decenni?): se da un lato questo sviluppo è di per sé da accogliere con la massima "soddisfazione", in quanto segna l'auspicabile avvio del congedo istituzionale dalle pratiche di inserimento lavorativo troppo a lungo fraintese e, peggio, svendute come pratiche terapeutiche, dall'altro mi sembra però un'altra evidenza empirica della profonda ovvero transpersonale vocazione della psichiatria italiana ad un servizio tutto declinato sul piano della concreta realtà somatica, più o meno evidentemente sostitutiva di quella realtà, di qualità a quanto pare più scadente, esperita e/o attesa dai pazienti, piuttosto che ad un servizio specificamente declinato sul piano della mentalizzazione delle realtà e delle opportunità trasformative relazionali, e cioè sul piano (di ben più squisita pertinenza psichiatrica, a mio avviso) della psicoterapia e della socioterapia *sensu strictu*.

Voglio qui sottolineare con fermezza che, in ogni caso, le dimensioni rilevate come portanti della efficacia di questi nuovi strumenti per la salute mentale coincidono tutte precisamente con alcuni degli elementi più caratteristici della dimensione gruppale, tradizionalmente studiati e codificati dalle teorie gruppoanalitiche e praticati nelle tecniche della terapia di gruppo: si tratta infatti della dimensione della appartenenza, della possibilità di riaprire il gioco degli investimenti, della prospettiva di sviluppo e della dimensione della relazionalità.

Rilevata dunque (*tongue in cheek*) la sostanziale traducibilità da una terapia di gruppo a tempo limitato a un gruppo alpinistico o di pallavolo o di teatro, e naturalmente viceversa, si tratterà solamente infine – azienalmente ragionando – di valutare i soliti vecchi parametri, tipo il rapporto costi-benefici, o quello costi-efficacia, eccetera, magari con una più delicata at-

tenzione all'impatto dei diversi trattamenti sulla dimissibilità dei pazienti.

In secondo luogo, se il gruppo venisse davvero considerato utile per la riduzione del *burnout*, la sempre preliminare ed ottativa genericità dell'esortazione al "lavoro di gruppo" si riempirebbe invece di contenuti tecnici puntuali, in particolare del chiarimento su che cosa fa bene del gruppo agli individui, ma soprattutto di una presenza dei capi molto più coerente con il loro significato (teoricamente e praticamente centrale) per il funzionamento ottimale di qualsiasi gruppo.

Per quanto riguarda il primo punto, sembra piuttosto che le nozioni di chi propone la beneficenza dell'équipe siano ancora ben rafferme all'indubbia capacità del gruppo di offrire *sostegno* sociale ai suoi componenti: ora, questa nozione è stata invece solidamente integrata da molti anni, e senza possibili dubbi sulla solida scientificità del quadro complessivo, dalla necessità del pieno ed attivo *coinvolgimento* di tutti i componenti di un gruppo nella sua vita e nelle specifiche funzioni che garantiscono senso e credibilità istituzionale a questa sua vita.

Il fatto che senza coinvolgimento non c'è nessun sostegno sociale significa che nessun gruppo riuscirà mai a mitigare il *burnout* di qualche suo componente, così come nessun DSM, inteso qui naturalmente come gruppo-di-gruppi-di-lavoro, sarà mai in grado di ridurre il *burnout* di una delle sue équipes fintanto che questi gruppi rimarranno nel regime pseudopartecipativo dell'obbedienza agli ordini di servizio, o ai mansionari, o alle linee-guida professionali, o infine – ma peggio ancora – agli ordini di scuderia politica.

Passando al secondo punto, rilevo che dirigenti fanno parte del loro gruppo di lavoro esattamente alla stessa stregua degli altri operatori, e in nessun caso e con nessuna scusa dovrebbero restarne fuori, ad esempio con l'alibi di riunioni ormai troppo ossequiosamente politiche o di convegni ormai sempre più scientificamente sponsorizzati.

Le riunioni e i convegni si fanno sempre, indubbiamente, in piccoli o rispettivamente grandi gruppi di persone, ma non hanno mai quelle caratteristiche peculiari dei gruppi terapeutici, siano gruppi di pazienti o siano gruppi di curanti, che già da qualche anno sono state riconosciute come il comprensibile motivo per cui soprattutto tanti medici se ne tengono accuratamente lontani.

In un gruppo terapeutico, sia di pazienti o sia di curanti, il conduttore è in piena vista pubbli-

ca ed è più esposto al rischio di critiche magari motivate; (anche per questo motivo) la situazione gruppale è sempre più complessa e difficile da comprendere di quanto non lo sia una scena terapeutica a due, e richiede un aggiustamento di posizione radicale, che consiste nel favorire tecnicamente la capacità co-elaborativa del gruppo piuttosto che la sua disponibilità a seguire le indicazioni del suo carismatico leader.

Un gruppo curante nella sua fase matura (se perseguita con cura dalla conduzione) si può costituire addirittura come "gruppo di consenso" capace di organizzarsi attivamente ed anche efficacemente a favore ma talora pericolosamente contro le decisioni della Direzione Strategica, ovvero contro la mentalità corrente dell'Istituzione: in questo senso, i contesti aziendali e le mentalità dirigenziali che privilegiano il comando verticale e la distribuzione dei compiti per ruoli prefissati non possono permettere la nascita e lo sviluppo dei gruppi curanti, troppo pericolosi per l'establishment centrato sulla propria sopravvivenza piuttosto che sulla realizzazione della mission istitutiva dell'azienda socio-sanitaria.

Per questo stesso motivo, sembra davvero che debba essere attivamente evitata qualsiasi impostazione aziendale sinceramente centrata sulla psicoterapia di gruppo che, quando non sia meramente mirata al controllo dei sintomi-beraglio, è funzione di pensiero anche socialmente trasformativo, piuttosto che adattativo.

Credo che con le ultime considerazioni sia più chiaro il senso della mia affermazione che la faccenda del *burnout* riguarda in primo luogo, originariamente, le aziende sociosanitarie e le istituzioni sociali che le esprimono.

Ritengo addirittura che si debba riconoscere che il *burnout* in particolare è direttamente proporzionale alla distanza dei dirigenti di secondo livello dai loro gruppi di lavoro, la stessa distanza che verrà poi automaticamente riprodotta dai dirigenti di primo livello, e così via via trascurando i livelli più essenziali del lavoro psichiatrico clinico, che sono quelli dell'incontro personale faccia-a-faccia.

Un gruppo di lavoro mal condotto potrà dunque tentare di aumentare le specifiche competenze mono-professionali ma – in psichiatria – resterà un gruppo di lavoro estremamente ed anzi dolorosamente sensibile tanto al tipo di logoramento caratteristico di questo lavoro (oggi certamente più pericoloso di quello dei radiologi), quanto alla lunga durata necessaria per il completamento di molti programmi terapeutici

(ma anche alla paradossalmente inaccettabile limitazione temporale di un altrettanto grande numero di terapie efficaci), tanto alla corrente difficoltà di individuare puntualmente le specifiche e dovute e credibili soddisfazioni del lavoro, quanto alla incessantemente distorta immagine professionale sia privata sia pubblica.

Per riassumere quest'ultimo punto, utilizzerò un creativo ed assolutamente illustrativo gioco di parole prodotto da un buon gruppo di lavoro "dei miei" che recentemente ho aiutato in "formazione": un *dirigente* deve sempre garantire al suo gruppo di lavoro una buona e costante funzione *digerente*, altrimenti non è letteralmente altro che un *dirigibile*.

Ed è sorprendente (se non si vuole pensare ad una precisa anche se più o meno transpersonalmente indotta intenzione aziendale) che questa ovvietà resti così ampiamente inaccessibile alla coscienza progettuale e alle tecniche organizzative delle aziende sociosanitarie e dei loro manager, quando i veri manager dei gruppi veramente aziendali sono ormai assai espliciti nell'indicare (pur senza ufficialmente nulla sapere di gruppoanalisi) la necessità di superare la dimensione della *squadra* con quella assai diversa del *gruppo di lavoro*.

Queste considerazioni sono paradossalmente avvalorate, purtroppo, dal fatto che gli stessi dirigenti medici di primo livello, in due ricerche non pubblicate ma di cui ho personale conoscenza per averle realizzate, con la collaborazione del dottor Roberto Boccalon, per il DSM interaziendale di Padova nel 2002 e rispettivamente per il DSM dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate nel 2006, hanno mostrato i livelli più preoccupanti di *burnout*, con un scarto consistente anche rispetto a quelli molto più modesti evidenziati da tutte le altre figure professionali. Intendo sottolineare che se il gruppo di lavoro ha bisogno dei suoi dirigenti, anche i dirigenti (ma non solo quelli medici, ovviamente) hanno biologicamente bisogno del loro gruppo, e che qualsiasi per quanto giustificabile manovra (dall'alto) di allontanamento o di evitamento (da parte loro) di questa realtà non è né sarà mai abbastanza giusta ovvero efficace per tamponare le numerose e differenti ferite, non sempre solo narcisistiche, inferte da un lavoro psichiatrico male organizzato.

Aprò a questo punto il penultimo dei capitoletti critici che ritengo essenziali per un buon uso del *burnout*, al di là dei confini della demoralizzazione, che sono da un lato quello afferente all'area semantica della perdita di fiducia, della

depressione, dello scoramento, ma dall'altro quello invece afferente all'area semantica della *de-moralizzazione*, cioè della perdita di senso morale e dell'allentamento del tono della responsabilità istituzionale.

Il *burnout* viene dunque normalmente attribuito a cause che, dal cantuccio loro, sono certamente significative, come il "fatto" che i pazienti non guarirebbero mai, quell'altro fatto che non è così facile fare carriera se non agganciandosi ad un partito politico, o se non si viene almeno sponsorizzati da una Casa Farmaceutica, quell'altro ancora che non si riesce mai a lavorare come si era imparato nelle Situazioni Preferite ed Ideali (SPI).

Ma credo che si debba finalmente riconoscere che prima di tutto il *burnout* è collegato in linea causale diretta con il problema dell'Istituzione Psichiatrica Accademica (IPA) che non concepisce la guarigione in psichiatria (per motivi aziendali decisamente impropri, cioè con colpevole adesione agli interessi delle aziende farmaceutiche), colludendo in tal senso con l'Aziendalizzazione della Sanità pubblica che non sa che tutti i malati mentali possono guarire e preferisce invece implementare di fatto (non di diritto, ritengo) una missione aziendale decisamente impropria, del tipo "tranquilli, ve li teniamo noi anche dopo di voi" piuttosto che quella, normalmente dovuta a tutti i cittadini, del tipo «vi curiamo noi il meglio possibile ma solo fino a quando possiamo».

Se la missione aziendale consiste prioritariamente nella *fidelizzazione* degli utenti, cioè nella speculare cronicizzazione dei pazienti, allora il quesito che ponevo in precedenza riguardo alla necessità di scegliere, fra le diverse tecniche di gruppo che oggi fortunatamente si possono utilizzare, quelle più efficaci ai fini della costruzione delle condizioni di dimissibilità dei pazienti – cioè dell'avvio della guarigione che è un processo biologico mai finito nel corso dell'intera esistenza umana – risulta avere una risposta facile ed immediata: sono aziendali preferibili i gruppi sportivi, culturali e ricreativi, che saturano finalmente anche il tempo personale rimasto libero dalle molteplici cure specialistiche oltre che dalle attività lavorative psichiatricamente ben temperate, e ferma restando la stabile residenzialità grazie alla quale comunque il paziente intanto è sistemato.

Alternativamente, la scelta strategica, l'indicazione di priorità, l'implementazione organizzativa e la valutazione rinforzante nella direzione dei gruppi psicoterapeutici e delle attività co-

munitarie socioterapeutiche risulterebbero precisi indicatori di una mission aziendale assunta del tutto consapevolmente ed orientata decisamente alla promozione maturativa della mentalizzazione e alla migliore integrazione degli aspetti sani della somatizzazione, cioè agli aspetti costitutivi di senso della mission della psichiatria pubblica; questo secondo approccio, in sostanza, invece della qualità della vita cerca di garantire ai pazienti in primo luogo la qualità delle cure.

Fintanto che la cornice istituzionale resterà globalmente configurata e fattualmente operativa nei termini descritti nel penultimo paragrafo, sostengo che qualsiasi intervento "topico" sia insufficiente se non ulteriormente aggravante a carico del naturale *burnout* che risulta piuttosto, in questa prospettiva, una sana e pertanto auspicabile reazione degli operatori, delle differenti professionalità, dei singoli gruppi di lavoro, ad una grave o ingravescente patologia istituzionale.

Una azienda sociosanitaria che non rilevasse mai nessun sintomo di *burnout* in uno o più dei suoi livelli sistemici sarebbe infatti, non voglio dire morta, ma certamente in animazione sospesa: un inutile monumento a se stessa.

È anzi ulteriormente significativo il fatto che, nelle due ricerche realizzate con Roberto Boccalon, a Padova e a Desio, siano risultati i medici la categoria professionale più prossima al *burnout* conclamato: non dovrebbero essere positivamente proprio i medici l'indicatore più attendibile e sensibile di alcune delle possibili disfunzioni di un DSM, ed in questo senso non dovrebbero essere attentamente auscultati proprio quando, in assenza o scarsa utilizzazione di spazi formali di discussione, diventano almeno, per loro serietà professionale, sintomatici?

In generale, una azienda ben organizzata dovrebbe dunque prestare attenzione ai diversi segnali di sofferenza emessi dalle diverse figure professionali, ciascuna delle quali è competente di aspetti significativi, nella loro diversità, del "buon funzionamento" dell'organizzazione rispetto ai suoi scopi istitutivi.

Ma nello stesso tempo, è chiaro che sarebbe meglio non dover arrivare mai alla sintomatologia aperta, che è comunque espressiva di una reale sofferenza: basterebbe utilizzare piuttosto regolarmente il dispositivo gruppale ascoltando seriamente i vari gruppi, in riunioni appropriate e seguite con attenzione rispetto ad un ordine del giorno precisato, magari anche facendo domande e favorendo sempre le risposte associative del gruppo, utilizzando cioè la risonanza gruppale al-

la stessa stregua in cui in altri contesti clinici viene usata la risonanza magnetica, come strumento diagnostico sensibile, dinamico e non invasivo. Ed è in questa linea di pensiero che possiamo concludere con l'ultimo aspetto cruciale della revisione sull'utilizzo del *burnout* nella gestione aziendale pubblica del lavoro psichiatrico: la formazione.

Anche la formazione, infatti, viene abitualmente invocata come cura o antidoto del *burnout* in termini piuttosto vaghi, con l'aggravante che poi molti interventi di formazione programmati nella realtà aziendale sono spesso costosamente atopici se non addirittura distopici.

Talvolta, ad esempio, le stesse *supervisioni psicoanalitiche* vengono utilizzate da qualche équipe con effetti atopici di fugace soddisfazione drogastica, al punto che alcuni psicoanalisti seri, andando fra l'altro in tal modo solo apparentemente in direzione contraria ai loro stessi indirizzi fondativi, insistono ormai *con passione* sugli esiti applicativi della loro supervisione esigendo di verificare con il gruppo di lavoro, in tempi programmati, la corretta traduzione organizzativa degli esiti della supervisione, che a sua volta rischia allora, circolarmente, di essere depotenziata del suo pieno impatto formativo a causa della facile ridefinizione in termini di distopica consulenza psicosociologica.

Questa forma di formazione tossicomantica non forma certamente le configurazioni mentali utili per ridurre o evitare il *burnout*.

Da quanto ho abbozzato fin qui risulterà con sufficiente chiarezza che sostengo invece la necessità di formare in primo luogo i dirigenti e in particolare i manager delle aziende sociosanitarie, bloccandone la dispersione in un eccesso di attività-altrove almeno nei periodi in cui il rilievo di una situazione di *burnout* richieda un appropriato periodo di cure istituzionali.

Ma i dirigenti e i manager devono soprattutto essere basilamente formati, ben prima dell'eventuale urgenza di un *burnout*, alla teoria e alle pratiche competenti di gestione delle *organizzazioni-di-cura* quali sono le aziende sociosanitarie insieme con le organizzazioni scolastiche e con le organizzazioni religiose: qualsiasi *caregiving organization* deve infatti garantire, per essere veramente produttiva, una serie di specifiche caratteristiche strutturali ed operative che non coincidono con quelle delle altre aziende a cui si chiede di essere altrimenti produttive, e che pertanto in sostanza hanno davvero assai poco da insegnare alle caregiving organizations. Per dirla in termini molto sintetici, la *relazione*

di cura si basa (in tutte le tre grandi aree sopra ricordate) *sull'incontro personale faccia-a-faccia*, è una esperienza basilarmente affettiva, richiede una organizzazione intenzionalmente strutturata e mantenuta con la caratteristica della massima resilienza, per la necessità di garantire esperienze consistenti di base sicura sia ai pazienti sia agli stessi operatori tutti.

Nella lezione gruppoanalitica, perché una *care-giving organization* sia e possa restare aziendalemente ovvero anche efficientemente produttiva del suo specifico prodotto, che è precisamente e solamente una relazione di cura di qualità sufficientemente buona da consentire alla fine delle cure una separazione maturativa ed una competente interdipendenza, tutti i dipendenti devono essere formati alla personale competenza del lavoro di gruppo (mi sembrava incredibile, le prime volte in cui l'ho personalmente riscontrato, ma molti gruppi di lavoro non sanno – ancora oggi – che cosa veramente significa *lavorare in gruppo*).

Su questa solida base biologica, avranno allora pieno senso ed effettiva efficacia gli interventi *localmente mirati* per lo sviluppo di competenze specifiche alle rispettive professionalità; sarà inoltre finalmente fattibile – ed utile per ridurre il *burnout* – una formazione delle équipes mirante al riassetto profondo degli atteggiamenti psicosociali necessari per accostare quel particolare materiale antropologico (già-sempre biologicamente prelaborato) che sono le persone, con tutti i loro gruppi che sono la vera “carne” della loro mente e, senza più continuare ad attivare troppe remore scientiste o difese riduzioniste, anche con tutti i loro significativi e seri e coinvolgenti problemi psichiatrici.

Per guardare ora a tutte queste cose con una qualche prospettiva più ampia (vorrei dire “a volo d'uccello” ma potrei solo ammettere le altezze raggiungibili da una gallina padovana) suggerisco di considerare con discrezione che in fondo, in questo particolare approccio gruppoanalitico al *burnout*, è in gioco un vero cambio di paradigma epistemologico.

Si tratta, in un certo senso, di ripensare a fondo l'efficacia del lavoro psichiatrico disincantandosi dai pur dominanti modelli occidentali che privilegiano la guerra alla malattia, una guerra condotta da leader carismatici che sembra possano vincere le loro battaglie (sì, perché la guerra comunque la perdiamo sempre tutti) solo lasciandosi dietro le debite quantità di soldati morti, sotto le specie degli operatori in *burnout*, ma naturalmente in tal modo stroncando – in-

sieme con la malattia mentale – gli stessi suoi portatori che, come i nemici, devono finalmente restare soggiogati, cioè cronicamente pazienti sedati tranquilli e complianti, magari producendo aggiuntivamente, con un lavoretto protetto, qualche piccolo reddito suppletivo per le lobby interessate.

La mentalità gruppoanalitica, in sorprendente ma profonda rassomiglianza con i criteri di efficacia utilizzati per millenni dalla *cultura cinese classica*, lavora consistentemente sulla processualità delle dinamiche gruppali, valorizzando i fattori portanti o terapeutici e cogliendo di volta in volta, qui-e-ora ma fermamente, l'occasione opportuna al cambiamento sostenibile, non richiede eroici sacrifici (sempre sapientemente distribuiti invece dai capi carismatici), ma favorisce la sopravvivenza vitale di tutti, anche nei termini dell'implementazione puntuale di ogni possibile valore aggiunto.

Fra gli “eroici sacrifici”, va purtroppo annotato quello estremo del suicidio, l'espressione estrema del *burnout*.

Fra il personale scelto della Guardia di Finanza italiana la percentuale di suicidi è diventata allarmante, raggiungendo nel 2006 – secondo i quotidiani – la media nazionale italiana di 10 suicidi ogni 100 mila abitanti; fra il personale scelto degli ospedali psichiatrici “in chiusura” (come era stato frainteso) con l'avvio della Riforma Sanitaria del 1978 la percentuale di suicidi e dei loro equivalenti lavorativi (le pensioni anticipate) fu alta; fra il personale scelto e qualificato e motivato che lavora nei Dipartimenti di salute mentale, nella attuale ingravescente fase di crisi (della illusione) della aziendalizzazione si iniziano a registrare oggi in segreto i primi casi di suicidio da *burnout*.

La cultura d'impresa a matrice gruppoanalitica richiede con insistenza che di queste tragedie da squinternamento aziendale si parli apertamente in équipes, e sollecita che il gruppo vada avanti propriamente attraverso il riconoscimento di queste situazioni.

La cultura aziendale a matrice gruppoanalitica rinnega qualsiasi consumistica necessità di idolatrare leader politicarismatici, ma utilizza a tempo debito quelle competenze che le servono, in modo tale che i capi, quando hanno finito la loro funzione, vengono riassorbiti provvisoriamente nelle faccende ordinarie e magari poi neppure vengono ricordati per qualche loro grande interpretazione: come è giusto che sia se è la vita di tutti (la comunità locale) che deve andare avanti, con i suoi tempi fisiologici,

con le sue reti sociali, con le sue stesse in/compressioni e, invece delle sclerotizzanti connivenze, con le sue banali comuni pubbliche e flessibili e resilienti convivenze.

Con una operazione tipicamente gruppale, concludo con una metafora apocrifia e forse linguisticamente inesatta (come mi hanno fatto notare gli attenti Colleghi di Desio), ma ricca di (anche poetiche, visto che forse l'ha inventata Andrea Zanzotto) aperture di senso aziendale: *burnout* vuol dire in dialetto veneto *mal brusà* (ad esempio, un dirigente di secondo livello può essere, anche senza saperlo, in *burnout* perché è un *primario mal brusà*), mentre un "pezzo di legno" (qui puoi leggere come vuoi, dal rametto-operatore al ciocco-dirigente ma anche viceversa), se ha potuto fare il suo lavoro nel posto giusto *aziendalmente ben curato* (camino ospedaliero o falò territoriale che sia), ha prodotto a seconda delle intenzioni le giuste quantità di calore, e/o di luce, e/o di cenere, e/o di *bronse* per arrostitire la carne ed è, alla fine della sua giornata o del suo periodo contrattuale di lavoro (come nel mio caso personale), stanco ma soddisfatto – senza virgolette! – del suo onesto e discreto lavoro.

Un operatore o ancor meglio un gruppo di lavoro psichiatrico che non abbia fatto fino in fondo il suo specifico lavoro psico- e socio-terapeutico non può esserne né personalmente né professionalmente soddisfatto, ed esprimerà naturalmente una indicativa condizione di *burnout*.

Ma – anche se il progetto qui rappresentato dovesse tardare ad attivarsi localmente per qualche ingiustificato motivo superiore – evitiamo almeno di attivare troppo automaticamente, a prevedibile peggioramento della situazione, la pratica veneto-globalistica del "brusa e getta".

SPUNTI E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

La prospettiva gruppoanalitica cui mi riferisco si trova ben esemplificata dai due libri seguenti:

Di Maria, Lo Verso (a cura di): *La psicodinamica dei gruppi*. Raffaello Cortina, Milano 1995.

Di Maria, Lo Verso (a cura di): *Gruppi - metodi e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano 2002.

I motivi personali di evitamento della scena gruppale da parte di tanti dirigenti medici sono ricompresi nella categoria-calderone dell'"antigruppo", e sono serenamente ben illustrati in Motherwell & Shay, *Complex Dilemmas in Group Therapy*, Brunner-Routledge, New York 2005.

Sulla mia idea (gruppoanalitica) di guarigione ho pubblicato con Ilaria Mochen "Il Progetto Convivenza, ovvero come guarire... dal condominio" in *Psichiatria di comunità*, Vol. V, N. 2, giugno 2006, ma suggerisco vivamente ai lettori di seguire soprattutto Malcolm Pines nelle sue *Riflessioni circolari*, Roma, 2000.

Sulle comunità terapeutiche bisogna leggere Aldo Lombardo: *La comunità terapeutica*, FrancoAngeli, Milano 2004, e riscontrare attentamente le evidenze raccolte da Lees, Manning, Menzies e Morant in *A Culture of Enquiry*, Jessica Kingsley Publishers, London 2004.

In questo libro si conferma che la ricerca è possibile se il *burnout* non è eccessivo, ma che a sua volta la ricerca fa bene ai gruppi di lavoro, come sostengono giustamente Toniolo e collaboratori, *vide infra*.

Sulla questione del carisma c'è un buon Capitolo di Rapoport in Corulli (a cura di), *Terapeutico e antiterapeutico*, Bollati Boringhieri, Torino 1997.

Roberto Boccalon lavora su questa storia del *burnout* da molti anni. Si vedano i suoi lavori seguenti:

"Riforma della Sanità e pratica del cambiamento, analisi psicosociologica di un'USL", pubblicazione a cura del *Consiglio Regionale del Lazio*, 1983.

"Organizzazione del lavoro, soggettività e *burnout* nelle strutture sanitarie", in *Stress e lavoro*, a cura di Michele La Rosa, Franco Angeli, Milano 1992.

"Chi cura rischia di bruciarsi", *Il Sole 24 Ore - Sanità Management*, 37, Marzo 2001.

"Fattori di soddisfazione e di stress in psichiatria, dati e riflessioni da una ricerca sul campo", Atti del 53° *Congresso Nazionale della SIP* su "La conoscenza e la cura", Bologna 2003.

Il lavoro giapponese a cui mi riferisco è quello di Mino, Babazono, Tsuda e Yasuda, "Can Stress Management at the Workplace Prevent Depression? A Randomized Controlled trial", in *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (3) 2006.

Il lavoro rodigino a cui mi riferisco è quello di Toniolo, Canato, Andreotti, Mazzetti e Lasalvia, "*Burnout*, percezione lavorativa e reazione allo stress professionale negli operatori di un Dipartimento di Salute mentale: un'indagine esplorativa", in *Psichiatria di comunità*, Vol. V, N. 3, settembre 2006.

Spero che il libro di Bateman e Fonagy, *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Raffaello Cortina, Milano 2006, si diffonda sempre più rapidamente, visto che è ormai ben più empiricamente fondato del mio vecchio slogan da sbarco sulla mission della psichiatria di comunità, "ridurre la somatizzazione e promuovere la mentalizzazione".

Molte delle posizioni che qui sono state integrate brevemente nella tematizzazione specifica sul *burnout* si trovano variamente sviluppate nei due seguenti libri di fine carriera del sottoscritto:

Fasolo, Ambrosiano, Cordioli, *Sviluppi della soggettività nelle reti sociali*, CLEUP, Padova 2005.

Fasolo, *Psichiatria senza rete*, CLEUP, Padova 2005.

Per quanto riguarda l'aziendalizzazione (oltre al mio umoristico "Psichiatria senza rete") segnalo solo – perché è più che sufficiente – il solido trattato di William Kahn, *Holding Fast: the Struggle to Create Resilient Caring Organizations*, Brunner-Routledge, Hove 2005, e spiego subito il perché. Morosini e Ferraro, nella loro *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino 2000, così definiscono l'Effetto alone o Hawthorne: «È l'equivalente per l'organizzazione di quello che è l'effetto placebo per un paziente: si ha quando le prestazioni del personale migliorano perché si sente osservato e oggetto di attenzioni e non per le specifiche caratteristiche dell'intervento manageriale». Orbene, Kahn sostiene esattamente che le "specifiche caratteristiche manageriali" riscontrabili in quelle organizzazioni di cura che sono in grado di ridurre il loro *burnout*, anche quando gli doveva venire, consistono esattamente nella capacità tecnica di badare al personale con attenzione. Infine, segnalo che il libro di François Jullien, *Pensare*

l'efficacia, Laterza, Bari 2006, che confronta con creatività attenzione la grande diversità dei parametri di efficacia fra la Cina classica e l'Occidente, è tratto da una serie di conferenze per manager francesi.

Pier Luigi Celli, esperto di organizzazione d'impresa e manager di successo, discute se "fare squadra o fare gruppo?" in *Un anno nella vita*, Sellerio Editore, Palermo 2006, concludendo che senz'altro ha più senso aziendale parlare e praticare di gruppo.

Ma, per ricominciare insistendo ancora sul dovere dei dirigenti dei gruppi di lavoro aziendali pubblici di formarsi alla gruppalità (non solo per curare meglio i pazienti ma anche) per ridurre la quota inutile ed imbarazzante del *burnout* da malessere organizzativo, segnalo che – per quanto riguarda la analoga categoria dei gruppi di lavoro "psicoterapeutici" – c'è da leggere subito il buon libro sulla centralità della passione del conduttore scritto da Richard Billow, *Relational Group Psychotherapy*, Jessica Kingsley Publishers, London 2003.



A scuola dai bambini

Un lavoro in équipe con alunni e insegnanti

MARCO PACELLI

L'associazione *Labor* (Laboratorio Romano di Psicoanalisi e Psicodramma analitico) ha ideato un progetto di intervento nella scuola riguardante il tema del disagio comportamentale: realizzato in dieci istituti elementari e medi di Roma, il progetto ha coinvolto insegnanti ed alunni in un lavoro comune attraverso l'utilizzo del gioco di ruolo.

In una prima fase è stato chiesto ai dirigenti e agli insegnanti di scegliere le classi destinatarie dell'intervento, sulla base di una valutazione collegiale dei problemi delle stesse. La condizione principale posta è stata quella che vi fosse, da parte degli insegnanti, un interesse ad affrontare il tema del disagio comportamentale in un lavoro di équipe tra di loro e con gli alunni. Gli insegnanti sono stati invitati, in alcuni incontri introduttivi, a parlare delle difficoltà incontrate nel loro lavoro e sono stati individuati alcuni temi di interesse. Sono stati quindi avviati incontri con gli alunni e, nello stesso periodo, sono proseguiti gli incontri di gruppo con gli insegnanti, attraverso i quali si è potuta proporre una elaborazione dei contenuti e delle dinamiche osservate in classe. Questa modalità di lavoro ha permesso di coinvolgere insegnanti e studenti in un percorso comune, con il fine di restituire a ciascuno parola e competenza riguardo ai problemi trattati.

La descrizione di una breve sequenza di incontri con gli insegnanti e i bambini di due classi di una scuola elementare mi sembra possa essere la maniera più interessante per introdurvi al lavoro che abbiamo compiuto.

In un incontro introduttivo, ad un piccolo gruppo di insegnanti abbiamo chiesto di parlare del tema del disagio comportamentale. Alcune insegnanti hanno subito dichiarato che non si poteva parlare del disagio dei bambini senza citare il loro disagio. «Il disagio è anche nostro: non abbiamo gli strumenti per capire, per spiegare ai genitori» dice un'insegnante, a cui fa eco un'altra: «È difficile affrontare questi problemi, noi non siamo degli specialisti!». Vengono raccontati alcuni casi di bambini "difficili" e di come si sia cercato di affrontarli: da questi esempi appare come problema di rilievo quello di

comunicare con i genitori, di riuscire a segnalare la difficoltà del bambino senza essere accusati di allarmismi esagerati o, al contrario, di scarsa professionalità, di incompetenza.

Si propone di mettere in scena, attraverso il gioco di ruolo, un episodio nel quale una mamma aveva accusato un'insegnante di usare metodi educativi troppo severi e, per questo, di avere "allarmato" i bambini. Nella scena, un'insegnante più anziana andava in aiuto della giovane collega. La mamma viene descritta come una persona all'apparenza calma, capace però di esplodere "come una pentola a pressione". Nella parte della collega che va in aiuto viene scelta un'insegnante anziana, che fino a quel momento era rimasta silenziosa ad ascoltare.

Nel gioco, alle rimostranze della mamma, l'insegnante giovane risponde un po' adirata: «Ho alle spalle dieci anni di precariato, è la prima volta che mi capita una cosa del genere!». La discussione si pone su di un piano di confronto speculare, dal quale sembra difficile che possa emergere una soluzione. Nel gioco, la collega anziana arriva provvidenzialmente in aiuto: spiega amabilmente le difficoltà della classe, si pone con fermezza di fronte alla mamma che cede e quasi si scusa. Viene proposto il cambio di ruolo: l'insegnante giovane prende il posto della mamma e la interpreta con notevole vivacità. La collega, al suo posto, adotta subito una modalità ferma di fronte alle proteste ed argina le accuse così bene che non c'è bisogno dell'intervento della collega anziana. Dopo il gioco, alcuni commentano la differenza di atteggiamento delle due insegnanti, riconoscendo alla più anziana una maggiore capacità di reggere la frustrazione e di far valere la propria professionalità.

Nell'ultima parte dell'incontro è stato concordato il tema da proporre ai bambini prima degli incontri in classe: gli insegnanti, interrogandosi su come introdurre la questione del disagio comportamentale, hanno scelto di chiedere ai bambini di fare un disegno su di un "momento brutto" accaduto in classe o a casa.

Ha avuto quindi inizio il lavoro nelle classi: cinque incontri con cadenza settimanale per cia-

scuna classe, svolti alla presenza di due psicologi, uno nella funzione di animatore della seduta, l'altro in quella di osservatore che, al termine di ciascun incontro, esponeva delle brevi notazioni sulle questioni emerse. In classe era sempre presente una insegnante, anch'essa in funzione di osservatore silenzioso.

Inizierò descrivendo il lavoro in una prima elementare di circa venti alunni, dove le insegnanti lamentavano la difficoltà di alcuni bambini di mantenere a lungo l'attenzione e la disciplina.

Nel primo incontro i bambini hanno commentato il disegno fatto su di un "momento brutto". Con una certa difficoltà dovuta all'eccitazione per la novità, ognuno descrive il suo disegno e si scopre che molti momenti brutti sono in realtà "brutti sogni". Un bambino, invece, narra di un fatto realmente accaduto: una notte di temporale che egli ricorda con paura. L'animatore propone di mettere in scena l'accaduto attraverso il gioco di ruolo: la situazione si trasforma, nel gioco, nella scena di una intera famiglia alla finestra che si diverte a vedere i fulmini da lontano. Il tutto avviene in una situazione di confusione: alcuni bambini non riescono a stare nel gruppo e si rifugiano sotto i banchi che sono stati messi alle pareti per fare spazio.

Nel secondo incontro, sin dall'inizio alcuni bambini si mettono sotto i banchi accostati al muro e dicono che quello è il "rifugio segreto". Alla domanda dell'animatore su cosa si dica nel rifugio, alcuni rispondono: «I segreti della tana dei segreti». Uno dei bambini, Roberto, ad una ulteriore domanda su cosa si faccia di tanto segreto in quella tana, risponde fiero: «Abbiamo una pozione tutta verde che si appiccica, che distrugge le femmine, perché non ci piacciono, perché sono impiccione!», anche se nessuno ricorda di cosa le femmine si siano "impicciate". L'animatore propone allora di parlare dei "segreti" dei maschi e delle femmine e i bambini iniziano ad elencare: tesori, bambole, stelle, ma anche, dicono alcuni maschi, che i maschi sono più forti, le femmine sono "schiappette", "ricotte", a cui subito rispondono alcune bambine dicendo che non è mica vero, le femmine sono più forti. Alcuni bambini, gli stessi del primo incontro, tendono a stare fuori dal gruppo e solo con difficoltà si fanno coinvolgere. L'animatore propone un gioco sui maschi e le femmine, alcuni bambini chiedono di fare il papà, altri la mamma. Il gioco avviene con un po' di difficoltà, ma con grande partecipazione: le mamme raccomandano di non farsi male e di non ammalarsi, i papà vogliono soprattutto proteggere

i figli. Alla fine dell'incontro l'animatore chiede ai bambini di fare per l'incontro successivo un disegno sui "segreti".

Nel terzo incontro tutti sono ansiosi di incontrare gli psicologi. Roberto vuole commentare per primo il disegno sui "segreti": c'è una roulotte, un albero e un gatto, l'albero cade, uccide il gatto e distrugge la roulotte. Roberto dice che non è un fatto vero, ma è un segreto che a lui fa paura. Negli altri disegni sono rappresentati bei momenti, qualcosa che ciascuno ha fatto e gli è piaciuto molto: andare allo zoo, ricevere un regalo e così via. Roberto, dopo aver commentato il suo disegno, per l'intera durata dell'incontro rimane fuori dal gruppo, a tratti cercando di attirare l'attenzione dell'animatore: invitato a fare un gioco di ruolo, non accetta. L'animatore commenta che forse i segreti a Roberto fanno molta paura e lo fanno stare così agitato.

Nel quarto incontro, all'arrivo Roberto annuncia all'animatore che la "tana dei segreti" è chiusa, ma non vuole spiegare il motivo. L'incontro è più tranquillo, si parla di momenti "belli" e tutti i bambini riescono a far vedere il loro disegno. Si propone di giocare un momento in cui si è fatto qualcosa di bello con i genitori e alcuni si offrono come papà: Roberto porta al parco due figli che si divertono moltissimo a rincorrersi, un bambino porta un numero imprecisato di figli e figlie allo zoo a vedere tanti animali, mentre un altro prende la sua numerosa famiglia e la porta a fare un giro in aereo seguito da una coda festante di bambini.

Nel quinto ed ultimo incontro è stato chiesto ai bambini di fare un disegno su quello che era accaduto in classe negli incontri precedenti. Alcuni dei disegni si riferiscono alla "tana dei segreti": in uno di questi, una bambina ha disegnato alcuni compagni che giocano mentre altri sono sotto ai banchi e alla domanda sul perché secondo lei è accaduto ciò, risponde che loro si divertivano da soli e non volevano parlare, mentre nel gruppo ci si divertiva e si poteva parlare.

Ecco invece un resoconto del lavoro svolto in una quarta elementare di dieci alunni, della quale, nella riunione introduttiva, non erano state date molte informazioni.

Nel primo incontro si commenta il disegno sul "momento brutto". Quel che colpisce subito è il fatto che i disegni siano molto simili tra loro e caratterizzati tutti dalla presenza di immagini di solitudine o di morte. Due in particolare attirano l'attenzione: quello di una bambina che si ritrae morta davanti alla scuola, sulla quale campeggia un cartello con su scritto: "È

morta la scuola”, e due fantasmi che aleggiano terribili dicendo «Morirai... di nuovo...», mentre su di un altro vi è disegnata la tomba di un bambino con due fiori secchi («Meglio di niente...», commenta ironico un compagno!) e un impiccato, il bambino stesso, che penzola dalla scuola. Il bambino aggiunge che per lui è un onore morire davanti alla scuola e un compagno aggiunge ridendo: «Il morto scolastico!». Un bambino racconta del papà che lo manda in garage a recuperare il triciclo del fratellino e della paura che ciò comporta: nel gioco di ruolo che viene proposto egli dice di sentirsi meglio nella parte del fratellino piccolo che ottiene facilmente quel che chiede o degli adulti che decidono e obbligano.

Dopo l'incontro, l'insegnante chiede un colloquio con gli psicologi: si dice meravigliata dai disegni dei bambini e descrive la situazione. Attualmente la classe è composta solo da dieci elementi perché, nel corso dei quattro anni, molti bambini hanno cambiato casa a causa dello sgombero di alcune palazzine abusive del quartiere. L'evento ha avuto una grande eco a livello mediatico ed è avvenuto in maniera spesso cruenta, con l'intervento costante della polizia. Infine, ci confida che si sente molto triste non solo per questi fatti ma anche perché questa sarà l'ultima classe nella quale insegnerà, poiché il prossimo anno andrà in pensione.

Nel secondo incontro si torna a parlare della scuola e dei bambini che se ne sono andati via, e, in particolare, di un amico che li ha lasciati da poco. Il loro amico, tornando a trovarli, aveva commentato di essere triste perché andava via ma contento di avere una nuova casa. Alcuni bambini sono stranieri e forse torneranno al loro paese d'origine, altri parlano delle palazzine sgombrate e del loro degrado, di quanto sia pericoloso vivere lì. Si sceglie di giocare il momento in cui l'amico andato via è tornato per salutare. Nel gioco, uno dei bambini nel ruolo della maestra, quando l'amico bussa alla classe, risponde ridendo: «Andate via, qui non c'è nessuno!» suscitando l'ilarità di tutti, compresa la maestra che ammette che è sua consuetudine rispondere così a coloro che bussano alla porta della classe. Nel gioco, i bambini fanno mille domande al loro compagno, felici di poterlo rivedere. Dopo il gioco, ai commenti dei bambini si unisce la maestra, che può dire: «Ho una tristezza nel cuore, il prossimo anno vado in pensione...».

Negli ulteriori incontri si è parlato principalmente del rapporto con gli adulti, anche attra-

verso un tema. Ecco quello che scrive un bambino: «Il mio rapporto con i grandi ve lo sconsiglio. Quando faccio qualcosa che non si deve fare mi picchiano. Io vivo con i nonni. Loro sono impossibili, non ti lasciano vivere. Ma non potrei fare a meno di loro. Non ce la faccio più ad aiutarli nei loro problemi, soprattutto mia sorella. Mi piace però aiutarla ... anche se è un po' pesante perché la vita è fatta di dolore oltre che di cose belle».

Nell'ultimo incontro, ai bambini è stato chiesto di fare un disegno sull'esperienza fatta. Tutti i disegni rappresentavano il gruppo classe mentre parlava o giocava con gli psicologi, e molti bambini avevano disegnato uno per uno i compagni, designandoli con il nome o con qualche segno caratteristico.

Negli incontri di gruppo con gli insegnanti, avvenuti durante il lavoro nelle classi, si è passati dalla richiesta di strumenti oggettivi ed esterni per capire gli alunni alla possibilità di interrogarsi sul proprio ruolo, in particolare riguardo al tema della esperienza e della maturazione professionale. Si è posta attenzione particolare a come si possa essere in prima persona strumenti in continua evoluzione e cambiamento. È stata sottolineata la possibilità non tanto di dotarsi di strumenti oggettivi per rilevare fenomeni o sintomi, quanto di utilizzare il lavoro in gruppo per far emergere le soggettività dei bambini e di usare tale soggettività come strumento. Tra le competenze dell'insegnante vi è proprio quella di dare la parola ai bambini, mentre con i cosiddetti strumenti oggettivi si rischia piuttosto di toglierla, per rubricare il caso in una nomenclatura generale e impersonale.

I bambini delle due classi prese ad esempio hanno mostrato di essere al lavoro rispetto ai temi proposti: il dispositivo del progetto ha cercato, dunque, di trattare le questioni poste dalle insegnanti attraverso l'elaborazione che i bambini in classe hanno operato sugli stessi temi. Ai bambini si propone l'occasione di poter prendere parola in prima persona, con i rischi e le difficoltà che ciò comporta: è l'occasione per poter dire, attraverso la mediazione del gioco, qualcosa riguardo al proprio desiderio soggettivo e alle proprie difficoltà.

Tale possibilità è ben illustrata, negli esempi sopra riportati, dalla “tana dei segreti”, invenzione dei bambini che, con i suoi richiami alla questione sessuale, rappresenta il luogo del segreto, l'enigma di ciò per cui non vi è istruzione per l'uso. Si potrebbe pensare ad essa come ad una figurazione dell'inconscio lasciato nella sua opa-

cità, relegato ai margini della scena rassicurante di tanti papà che vanno felicemente a spasso con i figli, luogo di apertura e chiusura, al confine del quale il bambino può articolare qualcosa del suo desiderio, dunque della sua mancanza, condizione fondante per il reperimento di un oggetto che orienti in un percorso di separazione.

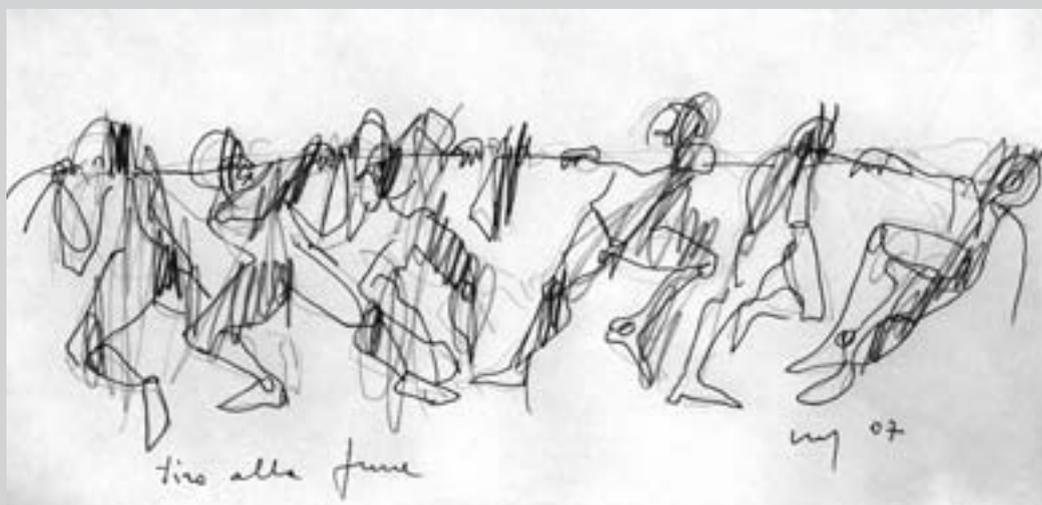
Rispetto all'offerta del gioco, esso appare come un campo particolarmente congeniale per il bambino, "via regia" per l'inconscio, attraverso il quale fare al bambino l'offerta di un luogo di parola nel quale egli si possa collocare come soggetto, soggetto al lavoro per trattare un Altro simbolico che spesso – le sedute del "morto scolastico" lo rappresentano bene – è vissuto nel reale come capriccioso e arbitrario, e rispetto al trattamento del quale i bambini mostrano estrema competenza. Si potrebbe più precisamente considerare il lavoro del bambino nel gruppo, e attraverso il gioco di ruolo, come una *trattazione* preliminare dell'Altro, nel senso di una narrazione degli elementi significanti che sostanziano la sua alienazione fondante all'Altro della cultura, lavoro che può aprire, come si è visto, spazi di interrogazione per il bambino stesso e per gli insegnanti. Nel caso specifico, da una situazione di solitudine e di anonimato, che i bambini hanno rappresentato nei disegni iniziali, si è arrivati, nei disegni finali, a poter menzionare nella loro singolarità i compagni, riunendoli in un gruppo nel quale la parola e l'ascolto reciproco possono arginare l'angoscia di morte. L'operatore che voglia seguire l'etica analitica deve assumere la posizione di partner del bam-

bino, ponendosi in uno spazio liminare e assumendo il compito di mediatore, al fine di permettere una pacificazione temporanea e un rilancio delle questioni. In questo senso lo psicodramma, attraverso il gioco, si presta bene ad un tale *lavoro di confine*, sostenendo nel gruppo la parola del singolo.

Infine alcune riflessioni sull'utilizzo dello psicodramma analitico nel contesto istituzionale della scuola. Il gioco di ruolo è una metodica che nasce dalla matrice dello psicodramma analitico ma si distingue da esso per alcuni aspetti: il contesto nel quale viene usato, l'attenzione alle tematiche del ruolo e l'utilizzo di pre-testi per introdurre l'argomento della seduta.

Riguardo al contesto, il gioco di ruolo si presta ad essere usato in ambito socio-educativo e di formazione, laddove si voglia operare una sensibilizzazione ad un ascolto di se stessi e degli altri nell'ottica della conoscenza e della messa in discussione dei propri modi di relazionarsi. Il gioco, inteso come spazio di rappresentazione e di parola, rimane l'aspetto caratterizzante di tale metodica, con la funzione preminente di destrutturare il racconto cosciente e condurre ad un confine dove possa prodursi un capovolgimento, una novità che meraviglia e apre per un istante ad una scena altra.

Infine, per circoscrivere il tema intorno alle questioni riguardanti il ruolo, è spesso opportuno introdurre all'inizio della seduta dei pre-testi: la proiezione di brevi filmati, la lettura di un brano, l'utilizzo di disegni possono essere utili, a seconda dei contesti, a questo scopo.



L'équipe si barcamena

CESARE MARIA CORNAGGIA E ENRICO BIAGI

Nella pratica quotidiana del lavoro di comunità (nello specifico dell'esperienza dei Centri Riabilitativi ad Alta Assistenza) possono verificarsi momenti durante i quali ci si sorprende a disagio, slegati e soli, senza riuscire a ricondurre tali vissuti ad una possibile causa scatenante. Un luogo, che fino a qualche tempo prima appariva accogliente, è vissuto ora come estraneo, poco familiare, inquieto.

In queste circostanze ci si chiede perché sia diventato così difficile interagire con le altre figure professionali che ci appaiono, parimenti, più scontente e meno disponibili.

Gli ospiti stessi si aggirano con sguardo smarrito quasi volessero aiutare a ricreare il clima andato perso. Forse l'équipe? Ma nei discorsi circolanti durante momenti di incontro, «consegna», pensati e orientati alla condivisione e al confronto, sembra che tutto funzioni per il meglio: la vita quotidiana del paziente viene vivisezionata in ogni dettaglio, si gareggia per il primato a chi conosce il particolare sfuggito all'osservazione dell'altro, ci si confronta su aspetti che, inattesi, perché fuori dalla prevedibile consuetudine, assumono importanza vitale o su cavilli burocratici che appaiono insormontabili. Ci si impegna e viene impegnato un ragguardevole numero di ore per "il bene del paziente". Ma di quale "bene per il paziente" si tratta?

Il gruppo trae in inganno, indotto alla difesa inconsapevole di se stesso, dei propri confini, in un maldestro tentativo di soffocare ogni sforzo di discussione o di messa in questione della sua identità. Tutto ciò può svolgersi in un'apparente armonia o al contrario in un surriscaldato clima di litigio intestino. Ma lo scopo sembrerebbe il medesimo: difendere il proprio precario equilibrio, rifugiarsi nel gruppo, allerta da improbabili ma temute incursioni esterne.

In queste circostanze l'interrogativo che ci si pone è se il problema è del singolo individuo o della dimensione collettiva. Esiste forse una incompatibilità fra i due?

O noi restiamo in questo manicomio, oppure il mondo intero diverrà un manicomio. O noi ci cancelliamo dalla memoria degli uomini, oppure tutta l'umanità verrà cancellata dalla faccia della terra.

F. DÜRRENMATT, *I fisici*.

«La malattia di quella che noi chiamiamo équipe risiede nella sua inevitabile dimensione grupale.

GRUPPO: realtà sociale votata alla difesa e al mantenimento di sé e dei propri assicuranti confini;

ÉQUIPE: realtà transitoria ed aperta, giustificata in prima

istanza da un compito che si spiega solo nel suo rimando alla comunità. Mentre il gruppo si giustifica da sé, l'équipe deve giustificarsi in relazione all'istituzione da cui riceve il proprio mandato e per le cui finalità terapeutiche deve operare»[1].

Osservando le riunioni, sembra emergere il tentativo di ciascuno di arroccarsi sul proprio mandato istituzionale: «ma se la TAB – Terapia Al Bisogno – è, per definizione, un trattamento farmacologico di competenza medica, può una figura professionale quale l'infermiere somministrare la terapia al bisogno in assenza o mancata reperibilità del medico? È, in altre parole, compito dell'infermiere valutare se, nel caso di una condizione di "urgenza" psicopatologica imprevista, sussistano i reali presupposti per la somministrazione di una "terapia al bisogno" (in caso d'ansia 30 gocce di...) senza prima aver consultato lo specialista»[2] (per via telefonica? No, perché anche in questo caso non potrebbe osservarlo direttamente e dovrebbe attenersi a quanto riferito dall'infermiere).

L'infermiere rischia di assumersi una responsabilità che non gli compete? Verrebbe tutelato l'infermiere? Quali sono i rischi che corre l'infermiere? Cosa dicono i protocolli? La prestazione può essere delegata? Il paziente soffre? Quanto soffre? Esistono strumenti per poter quantificare la sua sofferenza? È paziente il paziente?

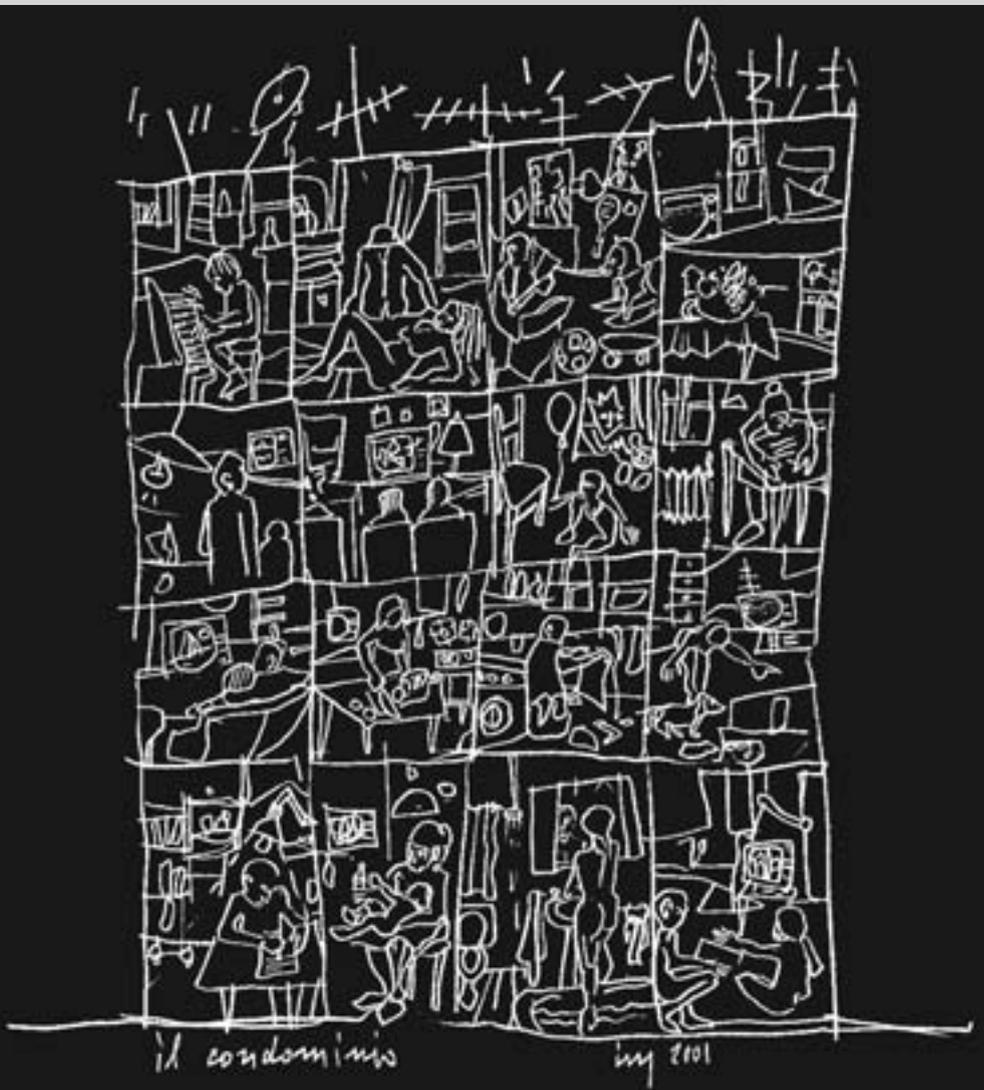
Ma dov'è il paziente?

Non sembra esserci apertura, non sembra possibile vivere e interrogare le proprie contraddizioni, i membri sembrano rifugiarsi dal responsabilizzarsi. Ci si trincerava in una interminabile discussione che non sembra avere soluzioni né apertura a domande nuove perché appare asse-

condare e soddisfare le esigenze di impedire e precludere ogni eventuale "invasione di campo". L'équipe è stata presa dai fantasmi inconsci dei singoli componenti, prigionieri dei propri narcisismi. Tutto ciò che permetteva la licenziosa circolazione di libere associazioni sembra pietrificarsi: la quotidiana condivisione degli spazi, il prendersi cura giorno per giorno di un luogo vissuto come il mondo stesso, anche se come sua appendice forse più protetta, il partecipare comune, ospiti e operatori, a occasioni che nel sembrare "banali", consuete, rendono la comunità luogo di cura, di passaggio, di mediazione tra il soggetto e la realtà.

Programmi, applicazioni severe dei piani personalizzati di trattamento, periferici e parcellizzati gruppi di intervento sui pazienti, svincolati dal riferimento ad un orientamento comune, alimentano tra gli operatori il senso di sfiducia reciproca e di impotenza.

Il gruppo sembra aver sostituito l'équipe. Il suo vissuto inconscio, il pensiero etico-culturale vengono turbati dalle fantasie di onnipotenza terapeutica dell'operatore, il quale cede alla tentazione narcisistica di poter curare il paziente, indipendentemente dall'istituzione e dal lavoro dei colleghi. Animato da fantasie di onnipotenza terapeutica opera in direzione inversa



al trattamento comunitario che l'équipe ha predisposto per quel soggetto².

In tali situazioni è facile essere catturati dall'«illusione gruppale», più complesso è sforzarsi di rimettere/rimettersi «in questione ciascuno personalmente»[3].

È opportuno che ogni soggetto¹ che compone l'équipe porti il suo *munus*², che non è solo un patrimonio ma anche un atto di rinuncia; che ognuno «si equipaggi per realizzare un compito, per progettare la realtà anziché subirla; si dia strumenti, risorse, obiettivi per costruire la scena terapeutica, per offrire pareti dentro le quali consegnarsi ad una storia»[1].

Solo allora l'équipe può diventare «nel lavoro istituzionale[...] la condizione prima del transfert come rimessa in moto e ridefinizione dei legami del paziente con gli altri della sua storia, legami che si attualizzano nella relazione con la comunità che lo ospita, all'interno di un ordine discorsivo dove egli possa rileggere le scansioni importanti della sua vicenda umana al fine di ricavarsi una nuova posizione»[1].

Questo «piccolo insieme di persone che si ritrova a dover gestire i suoi “casini” quotidiani, le incomprensioni e le scarse gratificazioni che le piovono addosso» riuscirà a far scorrere all'interno della comunità libere associazioni che oltre a rendere fruttuoso e gratificante il proprio lavoro la sosterranno nel difficile compito di «mettersi di traverso rispetto alla tendenza cronicizzante che è propria di ogni istituzione?»[1].

L'équipe, dunque, come contesto che smuove, mobilita e consente lo sviluppo delle risorse creative degli operatori al fine di inventare e reinventare continuamente il lavoro con i pazienti. Il rinnovamento, dunque, che la sfida della psicosi orienta negli operatori, può trovare nell'équipe il suo luogo di riconoscimento, evoluzione e condivisione. Un luogo di promozione della creatività come dimensione imprescindibile del lavoro riabilitativo in ambito psichiatrico, in direzione inversa, contrastante la “tendenza cronicizzante” che sembra cristallizzarsi in un tutto pieno e immutabile. È rilevante l'importanza che in questo processo assumono le attività riabilitative pensate per e con i pazienti, a cui i diversi operatori partecipano nell'esperienza riabilitativa al pari degli ospiti nella condivisione di conoscenze nuove che confluiscono nell'incontro con la comunità esterna: lo spettacolo messo in scena dal laboratorio teatrale, presentato al pubblico del territorio ospitante la struttura, la vendita dei lavori artistici prodotti durante l'anno, l'organizzazione di eventi in cui si presenta-

no le performances del gruppo dei coristi, le partite di calcio in trasferta, le gite, gli incontri con personaggi e realtà di interesse per i pazienti. Esperienze queste che costituiscono la quotidianità del lavoro e della vita di comunità, comunità che, proprio nel suo quotidiano svolgersi, permetterà che possa avvenire “l'interpretazione” che «è proprio quella che si agisce, si recita, sul set istituzionale nell'incontro tra i vari attori (con i loro ruoli e funzioni), nel momento in cui viene ad animarsi il nuovo legame con il gruppo di cura che si dà come partner reale del paziente»[1]. È auspicabile, perciò, evitare il rischio di creare una “falsa vita” dove il fare non corrisponde al dire, sostenendo l'illusione di una non radicale differenza tra operatori e pazienti. La consueta rassicurazione che, fasulla, spesso riecheggia in comunità, «ma questa è casa tua», sembra sostituire, infatti, la menzogna del manicomio: «Quando vado a casa?»: «Domani!». La falsità di tale affermazione sembra appoggiarsi alla negazione di quello scarto incolmabile tra operatori e ospiti delle strutture riabilitative.

Come si esce dall'ipocrisia?

L'équipe rappresenta il luogo di interpretazione e riconsegna di senso soltanto a condizione che si realizzi uno spazio dove l'équipe stessa viva il suo essere in comunità come domanda di senso. Solo allora avviene l'incontro e l'équipe assume una funzione terapeutica.

1. Individuo e soggetto: *individuo* etimologicamente significa non ulteriormente divisibile, il mito dell'uomo moderno che non è tenuto a rispondere a nessuno, il contrario di *soggetto* (*subiectum*, il sottomesso), assoggettato alla dimensione simbolica nella quale ha trovato posto (le relazioni di parentela, le regole e le leggi della comunità umana, il linguaggio).

2. Comunità: da *comune* propriamente «che compie il suo incarico (*munus*) insieme con (*cum*) altri»; *munus* in latino vale anche per dono: cioè il soggetto, privandosi di qualcosa di proprio, si impegna nel legame con i suoi simili.

BIBLIOGRAFIA

[1] F. Stoppa, *La prima curva dopo il Paradiso*, Ed. Borla, Roma, 2006.

[2] P. C. Racamier, *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*, Ed. Cortina, Milano, 1993.

[3] D. Anzieu, *L'inconscio e il gruppo*, Ed. Borla, Roma, 1979.

Lo spazio di supervisione in équipe come organismo vivente

RAUL CATALANO

È interessante, e forse non poi così strano, notare come la tecnica della formazione e supervisione del lavoro dello psicoterapeuta abbia seguito nel tempo un percorso assolutamente simile a quello della terapia stessa. Per lungo tempo la relazione di supervisione è stata vista come un rapporto *strettamente privato* fra un terapeuta (in genere giovane e/o poco esperto) ed un supervisore (anziano o comunque riconosciuto nella sua lunga esperienza clinica).

In questo scenario viene evidentemente sottintesa una relazione formativa monodirezionale, in cui fundamentalmente la sapienza di uno viene travasata nell'inesperienza dell'altro, ed il sapere passa da chi ne sa di più a chi ne sa di meno. Non è difficile vedere in questo schema una forma di trasmissione del sapere ereditata dalla storia stessa della psicoanalisi, e cioè dal comparire sulla scena di *maestri* che hanno portato *la lieta novella* in paesi ostili e fra persone ancora *non evangelizzate*; qui la metafora religiosa vuole sottolineare polemicamente il peso di certe "fantasie messianiche" (più vicine alla mistica che ad un modello di aperta e "laica" comunicazione scientifica) che troppo spesso si presentano alla nostra attenzione quando qualche *grande nome* appare nei congressi psicoanalitici alle masse adoranti degli psicoterapeuti. Ciò non toglie naturalmente che questo modello tradizionale abbia ancora in sé meriti e grandi potenzialità, a condizione di tenerne ben a mente i limiti ed i rischi, efficacemente riassunti da J. C. Rouchy: «Riproduzione più che creazione, la formazione si pone non solo sotto il segno del narcisismo (a immagine del formatore-Pigmalione-Geppetto innamorato dell'opera prodotta), ma anche sotto quello dell'ossessività del gioco ripetuto degli specchi che rimandano la stessa immagine all'infinito: i cloni».

L'evoluzione verso modelli di supervisione/formazione più aperti, ricchi e meno dogmatici è stata possibile principalmente attraverso l'interazione della psicoanalisi con due diversi luoghi di elaborazione teorica e pratica: l'équipe ospedaliera e le scuole di psicoterapia. È soprattutto qui che uscendo dall'ambito ristretto

dell'attività privata individuale, e aprendosi alla necessità di confrontarsi quotidianamente con professionalità e domande cliniche differenziate, la psicoterapia ha dovuto e potuto inventarsi modi diversi di proporsi e trasmettersi. Tutto ciò è andato di pari passo con lo sviluppo di tecniche differenziate di psicoterapia e di conduzione in ambito gruppale/istituzionale, che hanno fornito preziosi motivi di evoluzione e di ripensamento teorico/pratico. Nella mia esperienza come psicoterapeuta individuale e di gruppo, e come consulente presso il Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Ospedale San Raffaele di Milano, ho potuto toccare con mano l'enorme valore formativo che per tutti i partecipanti può avere una supervisione clinica gruppale fra psicoterapeuti di diversa esperienza e talvolta anche di diverso approccio teorico/pratico.

Eppure presso gli appartenenti di numerose équipe e istituzioni di cura sono frequentissime le esperienze negative, le frustrazioni legate ad incontri ridotti a pura raccolta di informazioni, o in cui gli scontri e le competizioni interne fra i membri dominano la scena ed impediscono lo sviluppo di un pensiero realmente costruttivo. Si pone perciò la necessità di comprendere le condizioni che consentono ad un momento di incontro gruppale di sviluppare le sue piene potenzialità. A livello ideale, ogni gruppo può diventare una risorsa importantissima di crescita ponendosi (in modo analogo al gruppo primario, la famiglia) come *organizzatore* di esperienze e vissuti. Per farlo deve però continuamente fare i conti con spinte consapevoli e inconsapevoli che (per usare la terminologia di Bion), possono dirottare il "gruppo di lavoro" verso un gruppo apparentemente orientato al compito esplicito ma in realtà dominato da pericolosi "assunti di base" inconsci. La stessa storia della psicoanalisi dà prova di quanto possano essere distruttive queste forze, attraverso i continui conflitti e scissioni che ancora oggi caratterizzano l'associazionismo psicoanalitico.

Lo spazio di supervisione gruppale ci appare perciò come un vero e proprio *organismo vi-*

vente, al cui interno nascono e si sviluppano tensioni e bisogni non sempre coerenti con gli obiettivi espliciti, che può crescere e svilupparsi solo all'interno di una cornice consapevole di elementi di stabilità e di rassicurazione per tutti i suoi membri. Per questo è fondamentale la costruzione di un setting quanto più stabile per scopi, luogo, durata degli incontri, composizione e soprattutto continuità di lavoro. Quando queste condizioni si realizzano, ed un insieme di individui prima uniti solo dalla partecipazione esteriore ad una istituzione o da un ruolo professionale iniziano a funzionare davvero come un gruppo attraverso il senso di un lavoro comune, il momento di supervisione gruppale può davvero cominciare ad esprimere le sue vere potenzialità.

Sono molti gli elementi distintivi e qualificanti di un gruppo di supervisione rispetto ad una situazione duale tradizionale; innanzitutto, alla comunicazione monodirezionale si sostituisce la possibilità di far risuonare la molteplicità di voci e di punti di vista dei diversi partecipanti; cambia perciò anche la posizione del supervisore, che da punto di riferimento unico finisce per assumere un ruolo di "primus inter pares", dove la *parità* è data dalla possibilità per tutti di pensare/associare/condividere, a fronte di una *diversità* di esperienza/formazione/carattere personale. Il supervisore mantiene una posizione importante ed autorevole, ma deve continuamente dialogare con gli altri e spesso prendere in considerazione anche quegli elementi che emergono spontaneamente dalla interazione dei partecipanti. Ciò può permettere di recuperare e di mettere in evidenza quel concetto di *conoscenza come processo* che è al cuore dell'indagine psicoanalitica, e che troppo spesso tende a perdersi nella rigidità dei riferimenti teorici e delle gerarchie istituzionali. Nella complessità dei diversi livelli di esperienza del soggetto, nessuno, nemmeno il supervisore più esperto, può coglierli tutti contemporaneamente. Il gruppo di supervisione può invece costruire l'immagine del caso in esame attraverso i diversi contributi dei partecipanti, allargando il campo di osservazione ed utilizzando i transfert e le esperienze di tutti per cogliere anche quegli aspetti scissi o silenziosi presenti nel caso in esame che non sempre trovano modo di apparire alla coscienza del singolo osservatore.

Ciò appare ancora più necessario quando dal singolo caso si passa a lavorare su situazioni gruppali o istituzionali, in cui solo il gruppo di

supervisione può realisticamente sperare di recuperare ed elaborare la complessità del gioco delle identificazioni multiple e dei transfert laterali. Formare in gruppo significa per il conduttore/supervisore assumere una funzione molto complessa ma stimolante: catalizzatore dei movimenti del gruppo, ma anche sentinella rispetto al pericolo costante che dinamiche coscienti o inconsce, istituzionali o personali, allontanino pericolosamente i partecipanti dallo scopo esplicito condiviso. Per fare ciò si pone ovviamente la necessità di avere una certa familiarità non solo con la clinica individuale ma anche con le dinamiche di gruppo, per poter distinguere i movimenti trasferali che arricchiscono la discussione comune da quelli che ne ostacolano lo sviluppo. Pensare al gruppo di supervisione come un organismo vivente significa anche affermare che tale gruppo avrà un suo *ciclo vitale* ed una sua *storia* (cfr. Corbella, 2003), fatta di ostacoli, vittorie, incidenti, con l'obiettivo sempre in divenire di costruire e mantenere uno spazio di condivisione del pensiero.

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W. R., *Esperienze nei gruppi*, Armando, 1971.
 Corbella, S., *Storie e luoghi del gruppo*, Cortina, 2003.
 Flem, L., *La vita quotidiana di Freud e dei suoi pazienti*, BUR, 1987.
 Neri, C., *Gruppo*, Borla, 2001.
 Rouchy J. C., *Il gruppo spazio analitico*, Borla, 2000.

Quale integrazione per la salute mentale?

PASQUALE EVARISTO

Il lavoro integrato è una necessità progettuale per affrontare/governare le politiche sanitarie e sociali, secondo il dettato della attuale legislazione (L. 328/00; LR. 6/05) in materia. Inoltre a Trieste ed anche nella regione Friuli Venezia Giulia c'è stata continuità fra la cultura sanitaria delle Aziende Sanitarie Territoriali e l'esperienza psichiatrica comunitaria di Basaglia, in antitesi alla precedente attitudine ospedalocentrica.

Concettualmente la programmazione sanitaria regionale riparte da un'altra prospettiva rispetto alla malattia, cioè da indicatori sociali di salute (favorire la soddisfazione dei bisogni di: abitare, lavoro, socialità, cultura), soprattutto in relazione alle categorie deboli. L'indice di morbosità, cioè di malattie croniche (le patologie psichiatriche di solito lo sono), è doppio nelle fasce povere, deprivate, di popolazione [5].

Bisogna tornare a leggere questi bisogni inevasi nel territorio prima che si strutturino in domanda sanitaria, molto più costosa e difficile da affrontare. Bisogna creare strategie che permettano agli operatori della sanità di manipolare questi bisogni, di coinvolgere altre agenzie sociali per favorirne risposte, promuovendo salute. Dal curare la malattia al prendersi cura delle persone.

Come? L'istituzione va verso i cittadini, a conoscere le loro condizioni di vita e di rischio per la salute, a incontrare gli esclusi dalle cure e facilitarne l'accesso ai Servizi. Costruendo *reti di servizi* che lavorino insieme per ottimizzare risposte sanitarie. Favorendo *reti di cittadini* per il recupero di potere decisionale sulla loro vita reale.

Riconoscendo/investendo sulla *capacità trasformativa* di tutti i soggetti presenti nella comunità (operatori, malati, familiari, condomini, terzo settore, cittadini...), dando loro voce/protagonismo, coinvolgendo le loro potenzialità e pluralità di saperi e risorse (=empowerment) nella definizione dei problemi, nelle riflessioni e soluzioni, con la dignità di lavoratori od abitanti del rione, col diritto di partecipare, di incidere sulle scelte dei Servizi Pubblici in loco e dialettizzarle verso nuove opportunità.

Queste sono le basi dei progetti locali triestini come Habitat (attuato dal 1998 fra Ass1, Ater, Comune e Associazioni per ricostruire vivibilità in agglomerati Ater multiproblematici), *microaree* (dal 2005 fra strutture dell'Ass1 fra loro e con Associazioni per ottimizzare nei microcontesti le risorse sanitarie ed umane) e Budget di Salute (dal 2006 riconversione della spesa sociosanitaria responsabilizzando tutti i soggetti coinvolti in progetti di cura personalizzati e ben definiti, oltre l'erogazione di prestazioni).

Nello specifico la strategia dell'Ass1 triestina, con la sua giusta dose di utopia, spinge tutti gli operatori ad incontrare i microterritori coi loro abitanti ed assumersene il disagio, senza spezzettarlo fra i vari Servizi. Poi costruire «*coesione sociale*, contesti sociali integranti» [2] nell'area, ponti di comunicazione fra l'irriducibilità individuale ed il bisogno di incontrare l'altro, non solo interventi di aiuto ai singoli cittadini/famiglie. Nel disagio diffuso il contesto non regge i conflitti, i diversi, e le spinte alla disgregazione sociale. È necessario quindi guidare interventi concreti, con l'occhio a privilegiare soprattutto condivisione e legami sociali fra gli abitanti dell'area. La teoria del capitale sociale prevede la produzione di benessere attraverso l'organizzazione comunitaria (quando favorisce scambi, fiducia, reti nei contesti di vita), che deve essere indirizzata e supportata da culture, norme e misure istituzionali. Ognuno deve essere portato a mobilitare le sue connessioni personali, contribuendo a solidificare i legami di comunità.

«La logica del prodotto non soffochi la logica del processo» [3]. Ogni processo deve essere sentito proprio da chi vi partecipa. Quindi abilitare anche *operatori aspecifici*, non formati all'aiuto sociosanitario e non connotati solo dalla delega sanitaria, che possono offrire «sguardi di normalità» e nuove prospettive, un capitale umano meglio investibile in territori meno tecnici e più dialettici, individuando, decostruendo e ridefinendo i problemi e le soluzioni insieme ai cittadini che li subiscono.

Le esperienze di recupero con progetti statali delle concentrazioni di case popolari nelle peri-

ferie degradate di Milano, Torino (Cinisello Balsamo, Stadera) affidate con coraggio ad architetti, assistenti sociali, giovani disponibili, più con le qualifiche di attivatori sociali che di tecnici, hanno prodotto originali soluzioni sociali di problemi urbanistici, culturali, sanitari ed economici interconnessi. Gli spazi architettonici predeterminano le relazioni al loro interno; assumendosi la responsabilità di modificare gli uni, coinvolgendo Ater, Comune, Associazioni si facilita il cambiamento delle altre.

La promozione della comunità locale si fa ascoltandola su tutte le sue difficoltà per decostruirle insieme con azioni partecipate, coinvolgendola e responsabilizzandola sulla comunicazione dentro i condomini ed il quartiere e su soluzioni abitative e di servizi e accompagnando il processo [4].

Come declinare le competenze professionali in questi territori su compiti non specifici, come depotenziare lo sguardo medico, psicologico, infermieristico... tutti con letture parziali? Più che definire sintomi e cure, che diventano barriere escludenti, tentare di spogliarsi del solito ruolo in un insolito contesto e dentro una compagnia variegata, tentare di riaprire la comunicazione, ricostruire ponti col mondo per persone ai margini, nascoste in casa, con dignità ferita e talora parassitando/parassitati, disinteressati alla loro salute fisica e psichica; poi ridare diritti, rendere relative le loro scelte folli, improduttive, rendere sopportabile e scambiabile ciò che non è cambiabile.

«La salute è un *progetto*, non un prodotto» (F. Rotelli). Da ruoli diversi impegnarsi su concreti obiettivi: ricostruire biografie delle persone, rompere l'isolamento, coinvolgere figure terze, ricostruire legami sociali, socializzare le contraddizioni, promuovere le abilità nascoste, ridare credito, aumentare il loro campo d'azione, riattivare cioè il capitale sociale.

«Coinvolgere le persone sofferenti in progetti di vita più ampi, in cui i loro problemi si sciolgono e si mescolano a quelli altrui, con una complicità nel progetto comune» (F. Basaglia Ongaro). La malattia si può relativizzare, storificare, depotenziare. Solo i soggetti possono trasformare i loro diritti in titolarità effettiva, in capacità e libertà di agirli. «Investire in un territorio per trasformare con le persone i loro contesti di vita» [4].

Per i servizi di Salute mentale l'integrazione significa ripartire da Basaglia per rivitalizzarsi nella progettualità attuale. «Mi interessa la *persona* malata più che la malattia», l'esistenza ma-

lata nel suo contesto di vita, l'«esperienza umana abnorme non separata e nascosta nell'Ospedale Psichiatrico, ma *riconnessa* alla sua storia personale e sociale» [3].

La medicina dà risposte parziali, oggettivanti... e non solo in psichiatria. Medicalizzare un problema è un valore solo su un acuzie fisiche, oltre diventa disvalore, crea attese false, di soluzioni esterne, e una cultura di risposte separate, aliene dal contesto; riproduce domanda sanitaria, trasformando bisogni altri in sanitari. Produce ospedalizzazione, istituzionalizzazione e ghetti. Determina riduzione dei diritti. Crea aumento dei costi.

Basaglia inventa la strategia della *deistituzionalizzazione*: le istituzioni devono essere smontate e ricostruite in continuazione secondo i nuovi bisogni, perchè tendono a deteriorarsi, a cronicizzare compiti momentanei. Bisogna rimodellare i dispositivi di risposta (Ospedali, Aziende Sanitarie, Dipartimenti, Distretti, Medici di Medicina Generale...) ai bisogni sempre in evoluzione. Anche le famiglie ed i condomini si istituzionalizzano. Curare il singolo significa lavorare sul contesto.

La competenza trentennale di deistituzionalizzazione e di pratiche territoriali della psichiatria triestina ed italiana deve rinnovarsi, reinvestendo sulle nuove presenze dei suoi territori (nuovi target di popolazione: immigrati, persone sole, nuove fragilità, povertà e derive sociali) e collaborando coi nuovi Servizi.

Bisogna investire di più anche sulle proprie risorse umane perchè ormai la maggioranza degli operatori della salute mentale sono giovani, non hanno partecipato alla creazione di questo modello, al cambiamento scientifico e culturale del paradigma psichiatrico ed hanno diritto di essere aiutati a vederlo ed applicarlo sul campo, di avere tempi per rifletterne soprattutto nei passaggi teorico-pratici del Servizio.

L'esperienza travolgente di chiusura dei manicomi sembra lontana, non vissuta dai più; il principio di riconversione delle risorse dall'OPP al territorio non è stato molto rispettato, per la mancanza allora di vincoli precisi e per la progressiva opacizzazione mediatica e contrattuale delle fasce deboli della popolazione coinvolta. Se quasi ovunque sono stati approntati Servizi sotto un cappello dipartimentale, in nessun DSM italiano (nemmeno in regione) il budget attuale raggiunge il 5% di quello sanitario come previsto pochi anni fa dalla Consulta delle Regioni (che già è la metà di quello di molti paesi sviluppati).

Inoltre emergono in Italia scollamenti fra le strutture psichiatriche e pericolose segmentazioni delle risposte, contenzioni fisiche delle persone in crisi, gravi sottrazioni di diritti soprattutto per gli utenti più gravi, sia per le strutture psichiatriche chiuse sia per prestazioni sociosanitarie scadenti offerte a clienti meno contrattuali dai MMG, dagli Ospedali e dai Servizi Sanitari e Sociali.

La psichiatria è sempre stata una disciplina di confine, ma ora i Servizi di salute mentale, se devono essere tali, cioè intervenire a sostegno dei diritti di salute nei frequenti momenti di fragilità esistenziale (passaggi delicati del ciclo di vita, invecchiamento, lutti, fallimenti economici, insicurezza lavorativa, ospedalizzazioni, malattie invalidanti, tumori, trapianti...) di tutti i cittadini del loro territorio e non solo come specialisti delle malattie psichiatriche, non hanno confini, quindi non possono essere relegati nell'angolo culturale ed economico di oggi; deve essere ridefinita la loro mission nella attuale organizzazione sociale.

Se aumenta l'afflusso di situazioni di malessere, più che di malattia, queste devono a priori essere sempre condivise con altri Servizi ed i percorsi di collegamento (verso i MMG, specialisti pubblici, ospedali, distretti...) devono essere facilitati, per evitare l'incapsulamento psichiatrico o la dispersione di queste domande. Il DSM di Trieste ha sempre scelto di privilegiare le persone più gravi (non solo per livello diagnostico, ma per deprivazione economica, sociale, culturale, affettiva; condizioni che tendono a riprodurre il disturbo psichico) e si è organizzato per permettere loro di vivere più dignitosamente nella città e nelle sue vie, nella comunità, scambiando almeno qualcosa con gli altri. Ma come ci poniamo di fronte alle pressioni di nuove popolazioni sofferenti, che chiedono direttamente o attraverso altri Servizi (Distretto, MMG, Comune, Forze dell'Ordine...) prestazioni ai CSM? Popolazioni che vivono la loro salute mentale già deprivata socialmente, compromessa in «malattia costruita» (P. A. Rovatti), non nelle vecchie istituzioni pubbliche ma da culture psicoterapeutiche di stampo individualistico passivizzante, o che semplicemente soffrono di fronte a sfide esistenziali e non hanno strumenti individuali o di rete per reggere.

Come ricollocare i nostri CSM, le strutture di accoglienza della domanda, soprattutto nel lavoro di integrazione operativa e culturale con gli altri Servizi sanitari e sociali in espansione,

talora più posizionati a selezionare o smistare le richieste, che tendono a proporci loro situazioni di confine (comportamenti della popolazione senile, alcolismo, emarginazione, handicap, comportamenti devianti...) e quasi mai quelle più vicine al nucleo della psicopatologia psichiatrica, che così rischiano di scivolare ancora più nell'ombra?

In effetti molti problemi potrebbero essere affrontati fuori della psichiatria, se altri operatori territoriali potessero dedicare tempo e attenzione alla storia ed alla valutazione dei sintomi e dei comportamenti attuali, che probabilmente così riprenderebbero un senso ed una "normalità", senza venire psichiatrizzati. Si ridurrebbero i costi umani, ma anche quelli economici, perchè Servizi più specifici riproducono costi maggiori di Servizi meno specifici. Oltre un maggior tempo spesso bisogna assumersi più responsabilità nel trattenere la domanda senza il ricorso/delega di una situazione complessa a specialisti.

Da parte loro gli operatori della Salute mentale potrebbero proporre non la delega ma la contaminazione esperienziale con gli altri colleghi del territorio, la co-costruzione di un sapere operativo minimo, che dovrebbe essere previsto in un lavoro territoriale integrato (cfr. esperienza del GCP, Gruppo Cure Primarie nel Distretto 2 dell'Ass1 TS).

Quindi bisogna «ripartire dal riconoscimento del proprio oggetto di lavoro» [3] nella sua naturalità, nel suo contesto di vita ed anche in dialettica con gli altri partner territoriali, per reinvestirvi idee e risorse. Qualche limite alla domanda ed al mandato di totopotenza verso gli operatori psichiatrici bisognerà pensarli, prima che venga sfondata ogni programmazione organizzativa dei Servizi, finora un pò difesa dalla remora del pregiudizio e dalla presa in carico divisa fra tutte le figure professionali presenti (infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione, educatori...), anche se di solito la domanda è orientata solo allo psicologo o al medico.

E per superare progressivamente la logica delle competenze bisogna che anche tutti i Servizi sul territorio la abbandonino, sennò un bisogno che non è di competenza di nessuno basta dimenticarlo ed avrà presto molta probabilità di diventare di nostra competenza, la competenza dei bisogni inevasi altrove e trasformati per progressivo scivolamento in psichiatrici.

I bisogni di salute, compresa quella mentale, devono essere affrontati dai MMG e dai vari Servizi, con la consulenza dei CSM, se necessaria. I CSM devono mantenere risorse e tempo per ri-

lanciare attivamente specifici programmi preventivi o precoci o almeno di cura per gli utenti più gravi, rivalorizzando il lavoro fuori della sede, la visita domiciliare con le sue molteplici finalità di lettura della realtà dal vivo, di ristrutturazione e connessione dei contesti anche nella presa in carico dell'individuo più desocializzato ed incistato, facilitando il suo diritto ad accedere anche agli altri Servizi sociosanitari.

Oggi sembra più facile *costruire alleanze* coi loro operatori, molto più vicini di un tempo, su strategie di salute comunitaria. Progetti Habitat, Microaree... sono nuove occasioni di produrre deistituzionalizzazione nei vari Servizi per il bene dei cittadini che devono sostenere. Questo creerebbe le condizioni per valorizzare *tutti gli attori*, anche sofferenti e deprivati, presenti nel territorio, in Microarea, i loro saperi, le loro risorse; accreditare i cittadini e coinvolgerli, renderli protagonisti dei percorsi di salute.

Basaglia aveva cominciato il lavoro di trasformazione manicomiale attivando assemblee giornaliere di operatori ed utenti in OPP; oggi nella psichiatria internazionale si investe sul protagonismo degli utenti rispetto al loro recupero (*recovery*), altrove si scommette sulle potenzialità degli emarginati nei ghetti quando si riaprono le contraddizioni. «Il dispositivo istituzionale deve essere rimodellato, coscienti della "circularità fra soluzioni adottate e problemi da risolvere» [3]. Il cittadino problematico, se valorizzato, può contribuire alle soluzioni; se oggettivato, escluso, può lasciarsi andare ad una deriva sociale, costosa per la comunità. Con lungimiranza civile la persona «da problema diventa risorsa» (L. Ciotti)

«Offrire al cittadino un nuovo vocabolario e nuovi spazi per esprimere il suo disagio e la sua solitudine lo allontana dalla domanda sanitaria. Il processo di cura è sempre un processo di promozione di cittadinanza, un processo di individuazione e socializzazione delle persone» [3].

Emerge però un interrogativo: come creare luoghi di condivisione non artificiale fra diversi, fra soggetti forti, soggetti deboli e soggetti ancora più fragili per un grave disturbo psichico, senza che questi ultimi vengano schiacciati, come vasi di coccio fra vasi di ferro?, ed anche condivisione fra operatori con sensibilità, esperienze, culture e competenze diverse, cioè di salute fisica e di salute mentale?

La commistione fra diversi è naturale e proficua di per sé, ma deve salvaguardare le caratteristiche e fragilità di ognuno e non semplicemente ignorarle; spesso all'inizio il processo deve esse-

re accompagnato con lucidità e discrezione. Purtroppo permangono nella cultura degli operatori sanitari difficoltà legate a:

- disparità di modello, potenzialmente più complesso nella salute mentale (non prevalentemente biologico, con trattamenti meno ambulatoriali, meno clinici, con una persona spesso resistente all'accesso ai Servizi);
- comprensibilità dell'oggetto-malattia o del soggetto-persona più oscura e di più difficile identificazione;
- persistenti pregiudizi sulla follia (incomunicabilità, pericolosità, incurabilità...);
- tendenziale delega allo specialista verso risposte e luoghi separati, col rischio di diventare contenitori di vecchie e nuove contraddizioni sociali (immigrazione, disoccupazione, povertà...);
- difficoltà a confrontarsi con la scarsa coscienza del disturbo e la resistenza all'intervento sanitario.

Oggettivamente tuttora c'è diseguaglianza di diritti per le persone con disturbi psichici per loro frequente incapacità ad autodifenderli, ma pure per la *cultura totalizzante* comune sul disturbo che vi ingloba malattie fisiche, bisogni comuni..., cioè il resto della vita. Si pensa che è migliore la gestione dello specialista psichiatra anche per problemi internistici, forse perché questi è più abituato alla manipolazione del consenso, alla creazione di un rapporto... Se questa impostazione forse facilita l'approccio all'inizio, poi riduce l'impatto positivo con la realtà e il diritto a cure sanitarie dignitose, perché lo psichiatra non è di solito un buon internista; in nome dello specialismo iniziale si sottraggono cure efficaci. È soprattutto il setting chiuso in se stesso e l'allontanamento dai diritti comuni demotiva le persone dall'autonomizzarsi.

Inoltre la notizia di un'anamnesi psichiatrica o di un comportamento un pò disturbante spesso fa bypassare l'analisi dei veri problemi presenti e le risposte conseguenti, con un invio allo psichiatra per disturbi fisici molto più rischiosi per la sopravvivenza (scompensi glicemici o metabolici, ematomi cerebrali, intossicazioni...). L'operatore della salute mentale può sempre essere coinvolto, ma per contribuire all'inquadramento generale, aumentare la collaborazione dell'utente e la garanzia dei suoi diritti, non per delegargli il caso "dalla testa ai piedi".

Anche la maggior penetrazione e conoscenza del territorio, l'illuminare nel porta a porta delle Microaree le situazioni a rischio con le loro deviazioni dalla norma potrebbe, se l'occhio non è limpido, deviare verso una tendenza al

controllo più che verso una risposta più adeguata ed un aumentato rispetto per le diversità. La condivisione del lavoro in Microarea prevista fra operatori CSM e distrettuali costituzionalmente è più facile per i primi, perchè più abituati a domande eterogenee e comportamenti professionali flessibili.

Questo talora può produrre la tendenza a delegare, non tanto per malafede ma per difficoltà o rapidità, i casi con aspetti specifici a operatori CSM, rischiando di perpetrare i pregiudizi precedenti e mantenere la cultura della separatezza. Anche la diversa organizzazione e dotazione storica di risorse dei Servizi sanitari extraospedalieri (Servizi psichiatrici da decenni con più penetrazione territoriale di quelli sociosanitari di base), ora modificatasi, tende ancora per inerzia ad incanalare le risposte per disagio aspecifico, alcolismo refrattario, deriva sociale, problematiche igieniche gravi, assenza di rete, disturbi del comportamento senile, verso il CSM ancora tante volte vissuto subliminalmente come un contenitore erede del manicomio e raggiungibile senza filtro ad ogni ora nelle sue dislocazioni; ma poi queste situazioni rischiano di bloccarsi lì per scarsità della grande energia progettuale necessaria per ricoinvolgere risposte altrui, talora impreparate o resistenti.

La cultura territoriale presenta ancora tante incertezze, nonostante le intenzionalità progettuali. Questo deve obbligare tutti gli operatori sanitari, ma pure chi lavora sull'organizzazione della domanda, ad un'attenzione continua a che l'azione congiunta sul territorio mantenga una qualità che non riproduca le «sottrazioni di diritti»[8] che dichiara di combattere. Accompagnare gli utenti psichiatrici con problemi internistici verso strutture con più competenze e risorse per quei bisogni non significa delegare il proprio lavoro, ma completarlo avvicinandoli al diritto di tutti i cittadini di accedere a quelle risorse. Surrogare con competenze mal possedute a Servizi a ciò attrezzati depriva di risposte dignitose i nostri utenti e ci fa interrogare sulla organizzazione sociosanitaria attuale, divisa per competenze, risorse, responsabilità e poteri d'intervento, ma ancora poco permeabile alla domanda.

D'altronde da un approccio ospedalocentrico forse si è passati ad uno territoriale, ma bisogna continuare a confrontarsi con la cultura degli specialismi ambulatoriali (spesso diventati specialismi della normalità, valutata secondo un parametro sempre più ristretto, forse per rincorrere la catalogazione delle anomalie umane, oggi più palesi), indirizzandosi verso una presa

in carico della complessità della persona, spostando su di essa le conoscenze e non il contrario. E l'emergenza psichiatrica deve riprendere un percorso di depotenziamento e non continuare ad essere appesantita dalle "scorie" di ogni comportamento umano disturbante.

Anche dalle istituzioni sanitarie del territorio, oltre le buone intenzioni, arrivano domande improntate a residui culturali di stampo iperspecialistico o di responsabilità su "scarti socio-sanitari", di casi di nessuno... talora più col timbro della delega che con quello della condivisione. Condivisione difficile resta quella sui problemi sociosanitari, anche gravi, di persone con psicosi, spesso sole con noi o talora abbandonate anche da noi, distratti da una domanda diffusa anche se meno prioritaria.

Centri di salute mentale attivi 24 ore, con un'organizzazione già molto complessa (urgenza e continuità, posti-letto, visite ambulatoriali e domiciliarietà, accesso senza filtri e richieste continue di responsabilità e garanzie per la comunità sociale...), con una cultura e risorse umane in calo, più appesantiti da situazioni periferiche, dalla gestione del disagio sociale in crescita, coinvolti in ore di UVD, reti... per progetti, a volte più formali che sostanziali, con altri Servizi che hanno tempi e modalità di risposte, teorie e definizioni della presa in carico ed uso delle risorse differenti (la domanda si orienta dove trova risposte più rapide o più adeguate), i CSM diventano una barca troppo appesantita. Evitano quotidianamente istituzionalizzazioni lavorando sulla rete naturale o inventandosi soluzioni di sopravvivenza per le persone, ma quando l'integrazione è impedire il ricovero in Casa di Riposo di un anziano, magari con storia di psicosi, con pluripatologie, assenza di rete (correlato frequente della psicosi) e di risorse economiche, spesso ci si trova poco accompagnati nelle soluzioni da adottare.

Su persone, viste e definite per la loro trascuratezza *icto oculi* come casi psichiatrici da altri sanitari, spesso sono ancora gli operatori psichiatrici, magari intervenuti per ultimi, a difendere il diritto alla salute riconoscendo un disturbo fisico serio, nemmeno preso in considerazione da colleghi fermatisi alle apparenze. Anche il peso della risposta o dell'accompagnamento verso una risposta più integrata per i bisogni sociosanitari, spesso correlati dei disturbi psichici gravi o delle persone in deriva sociale, per i CSM collocati nelle aree più degradate è elevato e dispendioso.

La fatica, il carico di far vivere i nostri utenti

nelle loro case, nelle loro famiglie, dentro una rete cittadina, dentro un'attività, è molto più pesante e dispendioso che non il curarli dai loro sintomi; questo dovrebbe essere valutato anche per i risparmi umani ed economici di molte istituzionalizzazioni evitate. Deistituzionalizzare lo specialismo psichiatrico significa non solo darsi di maggiori risorse ad un prezzo minore, ma riprodurre una cultura dove una miglior attenzione di base alla persona da parte di tutti gli operatori comunitari evita disattenzioni gravi o costruzione di carriere speciali, distruttive eppure molto costose per i bilanci pubblici.

In sintesi, se la deistituzionalizzazione delle culture sulla diversità è tuttora un valore, bisogna tarare tutte le riflessioni e le prassi su un range di normalità il più ampio possibile, perché i bisogni di persone fragili o diverse sono, prima di tutto, gli stessi di tutti. Quindi bisogna riaccentuare la centralità dei MMG nei percorsi di salute e malattia di tutti i componenti della comunità, anche se psichiatrici, se lungoassistiti nel CSM, se anziani in Case di Riposo, se pluriproblematici. I percorsi sanitari delle persone più fragili devono essere facilitati dal MMG, gli interventi in rete ed i progetti congiunti devono essere visti come un'opportunità per le cure delle persone, verso cui il MMG sollecita la collaborazione dei Servizi, mobilizzandosi insieme e non derogando alla propria regia se non per spezzoni specifici concordati con gli specialisti. La consulenza psichiatrica, oltre a reclutare i disturbi più severi, dovrebbe permettere una discussione col MMG o altro inviante, per offrire un minimo inquadramento sui bisogni di salute mentale della persona, che l'inviante dovrà poi continuare a gestire, e non solo una prescrizione farmacologica. Quindi le intenzioni e le condizioni dovrebbero essere di *formazione congiunta sul campo* in modo che l'oggetto malattia mentale diventi più conoscibile ed avvicinabile dai non specialisti.

Una iniziale valutazione di alcuni progetti integrati inseriti nei Piani di Zona evidenzia che sono sempre i Servizi sociosanitari con più esposizione alla domanda e con più flessibilità (non specificità) di risposta quelli su cui ricade quasi tutto il carico del caso. Ciò crea uno spostamento di risorse verso casi periferici alla specifica mission, che entrano in competizione per le risposte a situazioni specifiche più gravi.

Di qui la necessità di uniformare, pur nella specificità dei diversi Servizi, l'organizzazione che interfaccia i cittadini: modalità di accesso, orari di apertura, tempi di risposta, reperibilità degli

operatori, risorse attivabili, responsabilità istituzionali, circuiti di recupero dei *dropout*... per permettere una reale integrazione fra Servizi e garantire meglio i diritti dei cittadini utenti.

Molti scambi formativi teorici e sul campo sono tuttora necessari ed auspicabili perché diventi possibile «progettare, realizzare e gestire insieme» (F. Rotelli) un materiale prima umano che psichiatrico, internistico, sociale. Gli operatori dei CSM devono forse uscire un pò di più dalla solitudine della follia, dal loro ghetto specialistico per lavorare insieme, come ne sono già usciti a Trieste oltre 30 anni fa, approfittando oggi di una maggior presenza di altri interlocutori sul campo.

Ma non possiamo lasciare indietro i nostri clienti più gravi parcheggiati nei CSM, *desaparecidos* in manicomi casalinghi o in strutture riabilitative chiuse, per dedicarci a ripulire comportamentalmente ed emotivamente categorie più visibili e più contrattuali; anche i «veri matti» devono entrare nel contratto sociale e quindi anche altri devono occuparsene con noi per la parte che compete loro.

L'inclusione è un valore potente di trasformazione sia dei diversi che del loro contesto e la presenza del Distretto sanitario, oltre che dei MMG, sul territorio, anche come cultura dell'accoglienza e regia dei bisogni sanitari di tutti i cittadini, è una realtà che deve ulteriormente garantire sensibilità alla diversità e *inclusione* nelle regole e nei diritti comuni, prima ancora che specifiche cure.

BIBLIOGRAFIA

- [1] F. O. Basaglia, *Sanità e salute* in "Per la salute mentale" 1988.
- [2] P. Da Col, *Primi appunti per un avvio alla comprensione del progetto Microaree-Habitat e Salute*, Ass1 Trieste 2005.
- [3] O. De Leonardis e T. Emmenegger, *Le istituzioni della contraddizione*, in «Rivista sperimentale di freniatria» n. 3, 2005.
- [4] L. Canaia, *Responsabile di un progetto urbano complesso: manager, architetto o macchina da guerra?* in "Corso di antropologia culturale", 2001.
- [5] G. Costa, relazione a *Giornate della salute*, Trieste maggio 2006.
- [6] F. Sabatini, *Il concetto di capitale sociale*, dottorato di ricerca 2004.
- [7] F. Rotelli, *Nodi*, 2004.
- [8] G. Tognoni, relazione a *Giornate della salute*, Trieste maggio 2006.

L'équipe e il suo leader dialogante

ANTONELLO CORREALE

I gruppi hanno bisogno che i loro lutti, le loro perdite siano in qualche modo resi pubblici, fatti circolare in modo adeguato, perché se il lutto viene rinnegato esageratamente, il gruppo soffre di questo aspetto depressivo non riconosciuto e lo trasforma in lotta, in odio. I gruppi quindi possono deprimersi, ma hanno bisogno, per accettare il lutto, di mettere in moto un complesso sistema rituale per la trasformazione del lutto stesso, in un'acquisizione nel patrimonio gruppale: se questo non viene fatto, il gruppo si paranoicizza.

Questo fenomeno avviene anche nell'individuo, ma nel gruppo assume caratteri così marcati, così intensi, che quasi sempre, se un servizio psichiatrico vive molta persecutorietà e lotta, conviene chiedersi quali perdite ci siano state. Se si indaga sui lutti e gli eventi degli ultimi due o tre anni, si scopre quasi sempre che qualcuno se n'è andato, che qualcuno non ha avuto una promozione, che qualcuno è morto, che qualcuno ha avuto un incidente, che ci sono state vicende che non hanno avuto nel gruppo un'adeguata elaborazione e che questo lutto congelato è diventato una tematica persecutoria.

Ora, chi può favorire questa circolazione, se non un leader che abbia il coraggio di proporre al gruppo gli eventi accaduti in forme sopportabili, con i rituali adeguati, per cui il gruppo possa attraversare questo percorso, senza rinnegare ciò che è successo? Perché nel gruppo la negazione diventa persecutorietà.

È necessario che questo venga fatto da chi ha, da parte del gruppo, l'investimento per garantire l'unità del gruppo, tramite l'attraversamento di questi momenti di perdita. Ho parlato quindi delle perdite come primo compito del leader, e questo può sembrare eccessivo, ma penso che l'aspetto depressivo sia importante perché i gruppi, per coltivare la loro vitalità, hanno bisogno anche di questo riconoscimento di qualche cosa di perduto.

Un'altra funzione, che a me sembra particolarmente importante, è quella dell'idealizzazione,

Per gentile concessione dell'autore, riportiamo qui uno dei tanti passi che Antonello Correale, nel suo ultimo lavoro *Area traumatica e campo istituzionale* (ed. Borla), dedica alla questione della leadership di gruppo.

di cui già ho lungamente parlato. I leader attraversano fasi in cui sono idealizzati o meglio devono accettare dei transfert positivi nei loro confronti senza narcisizzarsi troppo, ma senza neanche respingerli esageratamente: questo è un compito molto difficile.

A questo proposito, Kernberg descrive il funzionamento dei servizi psichiatrici alla luce della struttura caratteriale dei loro capi. Come sarà il servizio psichiatrico con un primario ossessivo? Come sarà il servizio psichiatrico il cui il primario è un paranoico? In cui il primario è narcisista, in cui il primario è depresso? Queste sono cose ovvie e un po' caricaturali, con un uso eccessivo delle categorie diagnostiche, ma Kernberg ha il coraggio di metterle in forma ordinata ed esplicativa.

Egli sostiene che il capo di un gruppo deve essere sufficientemente narcisista e sufficientemente paranoico. Sufficientemente narcisista significa che deve farsi amare, senza avere paura dei transfert idealizzanti, paranoico invece che deve sapere che i gruppi possono anche essere pieni di odio, di rabbia, di invidia, e di non fare il bambino innocente che scopre che il mondo è cattivo. Si sa che i gruppi sono anche luoghi dove ci si attacca, ci si tratta male, si parla male gli uni degli altri, e che quindi non bisogna sentirsi troppo perseguitati dal fatto che il capo sia preso in una dinamica di questo tipo. Un compito del capo è quindi articolare continuamente la dinamica di idealizzazione e persecutorietà: il gruppo ha bisogno di idealizzare e se non idealizza abbastanza si paranoicizza. È possibile che il capo alterni continuamente una dinamica di riconoscimento del bisogno di idealizzare e di limitazione dei bisogni persecutori, in modo tale che questi due aspetti si possano armonizzare, possano concretizzarsi e non incidere sul gruppo danneggiandolo. Credo che sia necessario che il leader abbia la capacità al tempo stesso di farsi amare e di farsi odiare, senza farsi troppo turbare né dall'uno né dall'altro di questi due sentimenti. Mi rendo conto benissimo

mo che sto parlando dal punto di vista del leader e meno dal punto di vista del gruppo, ma è importante pensare che non sto dicendo che il gruppo non abbia una sua storia, e tutte le sue dinamiche, ma che è importante vedere tutto questo anche dal lato del nostro capo.

Infine, il capo vivrà molto facilmente tutto questo come *un sentimento di solitudine*. Questo è un altro elemento importante: i leader sono in grado di sopportare un certo sentimento di solitudine, che la leadership impone, oppure no? Perché se non sono in grado di farlo, potrebbero reagire in modo esagerato a queste istanze dinamiche così forti, per esempio, controeagendo nel gruppo elementi difensivi persecutori o accettando le idealizzazioni maligne, accettando il narcisismo distruttivo, circondandosi solamente di persone che li adulano, che dicono quanto sono bravi, cose molto note, ma che si continuano a verificare nei gruppi istituzionali. Dopo l'idealizzazione e la persecutorietà, vorrei citare un altro elemento, e cioè la circolazione. Credo che si sia molto sottolineato, nella funzione del leader, l'aspetto di coordinamento, ma non si sia sufficientemente sottolineato l'aspetto di circolabilità. Un leader deve essere una figura che fa circolare e non deve soltanto coordinare, cioè deve essere un messaggero fra le varie parti di cui il gruppo è composto, avere una grande mobilità, una grande capacità di accoppiarsi con tutti i membri del gruppo a certi livelli: Mercurio e non solo Giove. Senza idealizzare gli effetti di questo accoppiamento, che in certi casi può provocare risultati parziali, in certi casi produrrà risultati ottimi, questo bisogno di accoppiarsi in certa misura con tutti i membri del gruppo, cioè di fare in modo che in tutti gli angoli del gruppo arrivi in qualche modo l'immagine di *un leader dialogante* anche con quell'angolino di gruppo rimasto sconosciuto e nascosto, è di grande importanza. Il primario di un servizio dovrebbe girare costantemente per il servizio e non pretendere che le persone vadano nella sua stanza in lista d'attesa per cinque minuti di colloquio. Dire «vengo io qua, vengo io là; vengo da voi, vengo con voi a vedere», ma non come un aspetto di oblazione, ma nel senso di dire «mi piace essere dove sei tu in questo momento – e quindi informarmi – portare informazioni, sentire informazioni».

A questo proposito, credo che sia molto importante che individuiamo, in aggiunta alla grupalità organizzata, *una grupalità diffusa*. Per grupalità organizzata, intendo il riunirsi in

gruppi organizzati, il cui prototipo è quello che nei servizi si chiama riunione d'équipe; in alcuni servizi si fanno riunioni continuamente. C'è sempre il bisogno di rendere visibile al gruppo tutto quello che si fa, attraverso un'informazione organizzata. Questo, che sulla carta sembra molto bello, in realtà, a mio parere, può non funzionare del tutto, perché l'esperienza che si può fare in queste riunioni troppo frequenti, è che spesso queste riunioni divengono stereotipate, ripetitive, meccaniche: parlano sempre le stesse persone, c'è un gioco dei ruoli spesso stantio. Le cose importanti non vengono dette e prevale, all'interno del gruppo, il meccanismo psicoanalitico dello spostamento: anziché parlare di una cosa che conta, si parla di una cosa collaterale, sperando che attraverso una cosa collaterale si capisca che si sta parlando di una cosa che conta. Questo in genere è quello che succede in questi gruppi. Sono convinto che di queste riunioni conviene farne un certo numero e non troppe.

Trovo invece molto utile promuovere una grupalità diffusa, cioè una formazione di gruppi, che avvenga sotto forma di agglomerati anche provvisori, gruppi che si riuniscono per un caso, gruppi che si riuniscono per un progetto particolare, gruppi che nascono anche su un'esigenza spontanea, ma che hanno questa capacità di formarsi e sciogliersi, di non essere rigidamente costituiti.

Le istituzioni, contrariamente a quanto può sembrare, non devono essere troppo in luce: ci vuole una mezza luce, ma non nel senso che non si deve sapere cosa succede, ma nel senso che le persone devono sapere di poter operare con una certa libertà. ■

L'integrazione difficile e i paradossi dell'istituzione

MARISA ANASTASIA

Quando si parla di integrazione sociale è possibile rintracciare due fondamentali declinazioni del concetto:

– *Integrazione* intesa come cooperazione tra i diversi attori che caratterizzano la comunità, in contrapposizione alla specializzazione e alla frammentazione della produzione sociale.
– *Integrazione* intesa come inserimento sociale, in contrapposizione al concetto di esclusione, o in senso più ampio di istituzionalizzazione.

I vari sistemi istituzionali deputati al benessere dei cittadini (welfare) proclamano di attuare entrambe queste declinazioni a fronte di una realtà caratterizzata da un aumento esponenziale di alcune patologie cronico-stabilizzate (anche grazie ai successi della medicina), degenerative (soprattutto legate all'età) e di origine sociale (l'immigrazione, per esempio), che richiedono la presa in carico per anni da parte dei servizi sociali e sanitari.

La crescente concentrazione di alcune problematiche nelle cosiddette "fasce deboli" (handicap, dipendenze, salute mentale, minori, anziani...) genera domande complesse e disarticolate rendendo sempre più incerto il confine tra l'intervento sociale e sanitario, la cui integrazione diventa condizione imprescindibile. Anche la qualità dei servizi attesa dai cittadini cresce: non più servizi frammentati e disaggregati dove la ricomposizione dell'unitarietà diagnostica e assistenziale ricada su di essi.

Spesso opera un implicito convincimento: l'unitarietà istituzionale garantisce l'integrazione operativa e riconduce ad unitarietà l'offerta per l'utente. Si pensa che il vero strumento per raggiungere l'integrazione sia quello di collocare tutti i servizi e gli operatori in un'unica istituzione. Questo, di fatto, non la impedisce, ma raramente è apparsa come la variabile decisiva, anzi. Ne è da esempio la stessa delega dei Comuni della Provincia di Pordenone all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 per la gestione dei ser-

Sempre più siamo consapevoli della necessità di "procedere in rete", al di là di sterili settorializzazioni, per far sì che le comunità locali si riappropriino della capacità di accompagnare tutti i cittadini in ogni fase della loro crescita.

GUIDO TALLONE, *L'integrazione dei percorsi di progettazione. Decalogo della "Progettazione condivisa"*, in «L'Ippogrifo. Gioco e violenza».

vizi sociali per l'handicap, ai sensi della normativa regionale. La presenza all'interno dell'Azienda di servizi, sia sanitari che sociali, non ha impedito ad entrambi di ignorarsi o addirittura di confliggere.

Lavorare nei servizi che si occupano della salute e del benessere delle persone significa avere a che fare con un sistema così articolato e complesso che rischia di farci perdere di vista l'oggetto del nostro intervento: il paziente, l'utente, il cliente,

il beneficiario, che sia esso handicappato, psichiatrico, minore, adulto, anziano, immigrato o quant'altro.

Nella pratica quotidiana, l'operatore si trova di fronte, da un lato, alla richiesta di aiuto, all'emergenza, alla necessità di predisporre progetti rispettosi della soggettività, dall'altro a dover rispondere all'istituzione alla quale appartiene. Un'istituzione che chiede sempre di più la misurazione, la classificazione e la valutazione del bisogno secondo parametri e indicatori utili esclusivamente all'attribuzione delle risorse economiche che, come si sa, scarseggiano. Una richiesta che non tiene conto di quella *complessità* caratterizzata da diversi elementi che, per loro natura, non sono statici, al contrario, sono mutevoli, se pensiamo alle particolarità, alle episodicità del quotidiano, alle forme molteplici della realtà, agli eventi che, il più delle volte, sono imprevedibili.

Oggi l'operatore si trova innanzitutto a dover assolvere ad un compito assegnato, a rispondere ad un mandato *aziendale*, a render conto del proprio operato che fondamentalmente si riduce a *far tornare i conti*. Uno scenario dove prevale una logica per adempimenti, il cui orientamento è quello dell'*oggettivazione del bisogno* attraverso la somministrazione di test e scale di rilevazione che non possono che rilevare in maniera frammentata un dato complesso e variabile qual è la vita di ogni persona. Eppure sono le stesse istituzioni che diffondono slogan qua-

li: intervento globale, integrazione, progettazione, coprogettazione, lavoro di rete... in ottemperanza alle disposizioni normative di settore. Alcune volte la legge può sembrare lungimiran-

te rispetto alla sua applicazione. Un esempio può essere dato dalla legge regionale del Friuli-Venezia Giulia, n. 41 del 1996 che individua, negli articoli dedicati alle finalità e agli obietti-



vi, la previsione di una rete di servizi che si appropria ai problemi dell'handicap in maniera coordinata ed integrata in modo che le risposte, pur articolate, abbiano caratteristiche di unitarietà. La centralità della persona e del nucleo familiare di appartenenza sono incisivamente riconosciuti, così come il ruolo della componente privata di solidarietà.

La legge, oltre che individuare i ruoli istituzionali dei vari soggetti che operano nel settore indicando gli ambiti delle rispettive competenze, istituisce e riconosce l'Équipe Multidisciplinare come luogo dove poter realizzare l'integrazione dell'intervento sociale e sanitario a favore delle persone con handicap. Infatti, come enunciato dall'articolo 8, l'Équipe Multidisciplinare è l'unità operativa del distretto, composta da figure professionali sia sanitarie che sociali, che ha il compito di farsi garante della presa in carico e dell'elaborazione del progetto di vita con la condivisione e la partecipazione della persona handicappata e della sua famiglia, assolvendo ad un ruolo di progettazione, di coordinamento e di operatività, assicurando la continuità degli interventi. Dovrebbe realizzare questi compiti attraverso la promozione dei necessari contatti con le figure professionali e con i servizi coinvolti nella trattazione dei casi, attivando iniziative volte ad assicurare l'azione integrata con i Comuni, i soggetti privati e del privato sociale e con le istituzioni scolastiche, nonché assumendosi le funzioni di raccordo con l'intera rete di servizi socio-sanitari operanti nel territorio.

La pratica dell'Équipe Multidisciplinare in 10 anni di applicazione ha dimostrato che siamo lontani dal poterne sostenere la validità in termini di luogo di reale integrazione dei servizi e di unitarietà nell'intervento a favore del disabile. Di fatto l'Équipe Multidisciplinare è uno strumento formale e burocratico, non è l'équipe.

A questo punto ci si può chiedere se, anziché ricercare nuovi protocolli o modelli organizzativi che di per sé non garantiscono processi di integrazione, non si debba riflettere sul *come* integrare l'esistente, ovvero aggiungendovi quello che manca o che si sta perdendo: una pratica di lavoro non senza pensiero. «L'équipe, ovvero il dispositivo grazie al quale dare testimonianza, nel vivo dell'esperienza quotidiana, della reale praticabilità di legami sociali improntati ad una logica di comunità, al rispetto e alla valorizzazione delle differenze. L'équipe – scrive ancora Francesco Stoppa – come ingragnaggio vivente che si prende cura, innanzitutto,

dell'istituzione, che con costanza ne pensa e organizza l'umanizzazione».

L'équipe è uno stile di lavoro discorsivo in cui ciascuno si dispone all'ascolto e prende la parola mettendo in gioco quello che sa senza anteporre ruoli e specifiche competenze. L'équipe è anche quel dispositivo dinamico e temporaneo che preserva l'istituzione dall'irrigidimento burocratico e *aziendale*. È la storia che ci dimostra come l'integrazione nell'intervento di varie professionalità e saperi, così necessaria se la finalità è la promozione della salute, supera la separazione determinata dalla spinta alla specializzazione dei servizi e degli operatori, producendo qualità effettiva, non rituale, nelle relazioni.

Di fronte ad una situazione in cui la specializzazione tende a produrre burocrazia, diventa più marcata la necessità di operare secondo una logica di connessione e di collaborazione tra tutti i servizi, tanto più se è necessario razionalizzare le risorse a disposizione. E se *razionalizzare* significa introdurre accorgimenti opportuni atti a rendere più funzionale un sistema, una organizzazione o un'attività, in modo che risulti più idoneo a conseguire, con il minor spreco possibile di tempo e di spesa, gli scopi ai quali tende, il lavoro in équipe ne faciliterebbe il compito.

Il lavoro in équipe, utile e conveniente per gli operatori implicati nei casi, risulterebbe di grande vantaggio anche per tutti coloro che, ai vari livelli dell'istituzione, hanno la responsabilità di orientare gli investimenti di spesa definendo quali servizi erogare e come organizzarli. Altrimenti ci si può trovare in situazioni paradossali. Ne è un esempio recente una gara d'appalto indetta dal Centro Servizi Condivisi (organo preposto a instaurare processi razionali di gestione delle risorse della sanità) riguardante l'erogazione di un servizio di trasporto per soggetti disabili.

La gara è stata impostata in modo tale che le cooperative locali, da diversi anni impegnate nell'erogazione del servizio, con rammarico si sono trovate costrette a comunicare la propria astensione: le condizioni richieste risultano essere economicamente impraticabili e prevedono, per le risorse umane impiegate, una flessibilità oltre i limiti del sostenibile.

Ora, se gli interventi da erogare devono rispondere ad una pura logica di mercato anziché a criteri di razionalità dei servizi che tenga conto della qualità delle prestazioni, significa che è mancata la condivisione di tutte le informazioni riguardanti il servizio da appaltare e, dunque, che il *procedere in rete* non ha funzionato.

Il lavoro d'équipe raccontato dagli operatori

DANIELE PAVESE

[...] Ci proponiamo in questa ultima parte del nostro lavoro di presentare, raccolte per grandi aree, le tematiche che hanno caratterizzato il racconto offerto dai singoli operatori intervistati e ciò che abbiamo rilevato essere presente in tutte le interviste effettuate.

A PROPOSITO DELLE DIFFICOLTÀ E DEI VANTAGGI NEL LAVORARE IN ÉQUIPE *Lavorare in gruppo con questo genere di pazienti è una fortuna, una rete di salvataggio, puoi condividere le responsabilità, non ti senti abbandonato a te stesso [...] e poi c'è sempre confronto...* (Luigi, coordinatore).

Innanzitutto è un'opportunità di crescita... c'è un confronto sempre acceso, che è positivo, perché ti mette in gioco, non ti permette di decidere da solo, ti costringe a proporre le tue idee, a doverle giustificare... e non a fare tutto di tua iniziativa... Poi è una possibilità per smussare un po' il mio carattere... certo è difficile ma ti dà delle aperture il fatto di lavorare insieme... (Giovanna, operatrice socio-sanitaria).

La forza sta sicuramente nel fatto che siamo tanti cervelli diversi, ma questo è anche il limite... la questione infatti è: come lavoro con il mio collega? Solo se mi pongo questa domanda sto lavorando per l'ospite... (Alice, infermiera professionale).

Sembra allora che il lavoro di gruppo sia decisivo per tollerare l'incontro con gli utenti, con la gravità di alcune situazioni, che il gruppo può contenere, metabolizzare e restituire in maniera bonificata, sia al singolo operatore, che al paziente. Inoltre esso è un'opportunità innanzitutto di crescita personale, di sviluppo di alcune potenzialità che gli operatori sono chiamati a condividere in gruppo, ma che rimangono poi come bagaglio individuale.

C'è anche, addirittura, chi sottolinea che la clinica istituzionale, passi in maniera decisiva per quelli che sono i rapporti tra colleghi, per la possibilità che il gruppo non sia abbandonata a

Questa è la parte conclusiva di una tesi di laurea in Psicologia (Università di Padova, relatore prof. Vezzani) sulla cura della psicosi in istituzione. L'autore ha realizzato una serie di interviste agli operatori di due comunità terapeutiche (Villa Bisutti del Dsm di Pordenone) e Madonna Nicopeja (Venezia-Lido).

ripetere dinamiche conflittuali, ma trovi al suo interno le risorse per organizzarsi come forma di pensiero.

Per quanto riguarda le difficoltà... beh... non tutti la pensiamo allo stesso modo e non ci garba essere contraddetti quando proponiamo un'idea che secondo noi ha senso... penso che sia una cosa generale per tutti gli uomini... che infastidisce un po'

chiunque... (Elisa operatrice socio-sanitaria).

Beh, a volte l'équipe rischia di diventare una forma di pensiero unico, quasi un'ideologia... facciamo così perché si fa così... non ci si contraddice più... si fanno le cose più comode perché vanno fatte... diventa quasi una massa e non tante persone diverse, con risorse diverse... (Alice, infermiera professionale).

Beh... tra gli svantaggi metterei sicuramente le differenze personali, alcuni tratti di carattere che si conciliano veramente con difficoltà... così come le questioni personali, che spesso si sovrappongono a quelle lavorative... si rischia di perdere di vista i pazienti, facendo così... (Eleonora, psicologa).

Una difficoltà che ritorna è quella legata al lavorare insieme a persone con idee diverse dalle proprie; le differenze personali risultano essere un ostacolo al funzionamento dell'équipe, ma se guardiamo più da vicino, si nota che, dalle risposte, emerge un carattere anche positivo, legato al valore della differenza. Alcuni la descrivono come l'unica opposizione a quello che rischia di divenire il pensiero unico, all'interno del gruppo. La questione è aperta; come fare in modo che le differenze personali diventino una risorsa e non si leghino alla paura del giudizio, della disconferma che l'altro mi può dare?

L'ÉQUIPE AL LAVORO O IN IMPASSE *Non sono d'accordo col dire che un'équipe funziona... per me non arriva mai a funzionare, almeno non do-*

vrebbe... se no si è arenata, si è ammalata, altrimenti perde gli stimoli che vengono dal lavoro... bisogna sempre migliorare... puntare sulla comunicazione... Nella mia équipe invece le riunioni sono troppo formali, contestualizzate... il gruppo non si apre e non espone... non fa emergere quello che non va del lavoro... bisognerebbe affrontare subito i problemi, non aspettare le riunioni... (Giovanna, operatrice socio-sanitaria).

Per me l'équipe sta lavorando quando si permette di provare qualcosa di nuovo con un ospite, prova a costruire qualcosa insieme, per lo meno a crescere... questo per me vuol dire che può anche litigare, se lo fa in maniera costruttiva... (Luigi coordinatore).

Ma... l'équipe funziona se non la si pensa tutti allo stesso modo, se qualcuno riprende il tuo modo di lavorare, ti fa notare alcune cose, ti dà suggerimenti... se no è la stasi... poi funziona anche quando c'è un bel turnover, quando magari in Comunità arrivano tirocinanti, volontari che ti costringono a pensare a quello che fai, che ti costringono a giustificarlo... loro riescono a vedere le cose da fuori... (Elisa operatrice socio-sanitaria).

Rimango molto colpito dalla prima risposta, quella di Giovanna: è molto significativo pensare che l'équipe funzioni proprio quando ritenga di non essere giunta ad un funzionamento ottimale, definitivo.

Sembra che l'équipe risulti essere al lavoro quando è dinamica, in movimento; quando i suoi membri si autorizzano a proporre cambiamenti, a ridiscuterli in gruppo. Inoltre è ribadita l'importanza anche di un continuo monitoraggio, che sia interno al gruppo stesso, oppure in seguito all'incontro con elementi esterni all'équipe, che interrogano le modalità consolidate di lavoro (tirocinanti, volontari, responsabili, supervisori). L'esterno, l'elemento inatteso, diventa una risorsa; piuttosto che inaridire e segregare l'équipe in una pacificata coincidenza con i suoi consolidati processi, questo occupa veramente una posizione terza, che costringe il gruppo a stare sul confine; non troppo barricato nelle sue certezze, non troppo esposto a novità rischiose.

Mi verrebbe da dire che il gruppo è fermo se non si richiede più il perché delle cose, dei movimenti stessi dei pazienti, dei cambiamenti che avvengono, ma che magari facciamo fatica a vedere... ma allora stiamo perpetrando cronicità in noi, ma soprattutto sui pazienti... la vera croni-

cià anzi è nel gruppo degli operatori [...] Il gruppo allora è fondamentale, se un operatore non ce la fa più con un ospite particolarmente difficile, l'équipe ti può contenere, ti alleggerisce, diventa non uno strumento di giudizio, ma un luogo dove poter trovare sollievo, trovare anche aiuto... l'équipe permette allora di distaccarti da un particolare paziente e tu hai la possibilità di elaborare il disagio... di dirlo, magari in gruppo, se no hai questo non-detto che per forza ti porta al distacco, al burn-out... (Alice infermiera professionale).

L'équipe, secondo me, funziona quando ha ben in testa il paziente, quando si ricorda che sta lavorando per lui, che non si perde nell'amicizia o che non agisce secondo routine... (Eleonora psicologa).

Sembra che se l'équipe perda di vista i suoi pazienti, si appoggi sul consolidato movimento routinario, le conseguenze siano multiple: la cronicità che si sviluppa all'interno del gruppo di operatori, oltre a diminuire la motivazione lavorativa, ha conseguenze dirette sugli ospiti; i loro gesti, le loro domande non vengono più accolte, ma soddisfatte in maniera veloce e aporetica; e questo rischia di perpetrare cronicità anche negli ospiti.

Inoltre l'équipe, a detto degli intervistati, risulta equilibrata quando le difficoltà del singolo operatore trovano uno spazio di pensabilità, un accoglimento in gruppo; se l'équipe risulta in grado di fermarsi ad aspettare l'operatore in difficoltà, rispettosa dunque del limite dello stesso (ed è qui tutto il valore della funzione del vuoto), essa potrà rianimarsi nel lavoro, continuare a divenire strumento nel processo curativo dei pazienti.

INTORNO AGLI ACCIDENTI DI CUI SI PUÒ "AMMALARE" L'ÉQUIPE Abbiamo chiesto se anche l'équipe si possa ammalare, nella sua pratica quotidiana, come se fosse un organismo, con un suo principio vitale; consci del fatto che un'équipe è qualcosa di inestricabile dagli elementi che la compongono e dal tessuto istituzionale in cui è inserita.

Ma chi è il soggetto della sofferenza? Solo il paziente? Solo l'operatore? Per Kaës l'istituzione è «un oggetto psichico comune; propriamente parlando essa non soffre. Siamo noi a soffrire del nostro rapporto con l'istituzione, in tale rapporto».

Immersi nei nostri dubbi abbiamo provato a fare un po' di luce...

Se si arriva in Comunità e si vive alla giornata, non ci si evolve... il gruppo è stanco e questo influisce molto, innanzitutto sugli operatori... non separi più tanto bene il dentro ed il fuori... non riesci a stare qui al lavoro, perché pensi ai fatti tuoi, magari ai tuoi problemi... gli ospiti non capiscono che anche tu hai delle difficoltà... per loro sei sempre l'operatore, sempre allo stesso modo, senza problemi... (Elisa, operatrice socio-sanitaria).

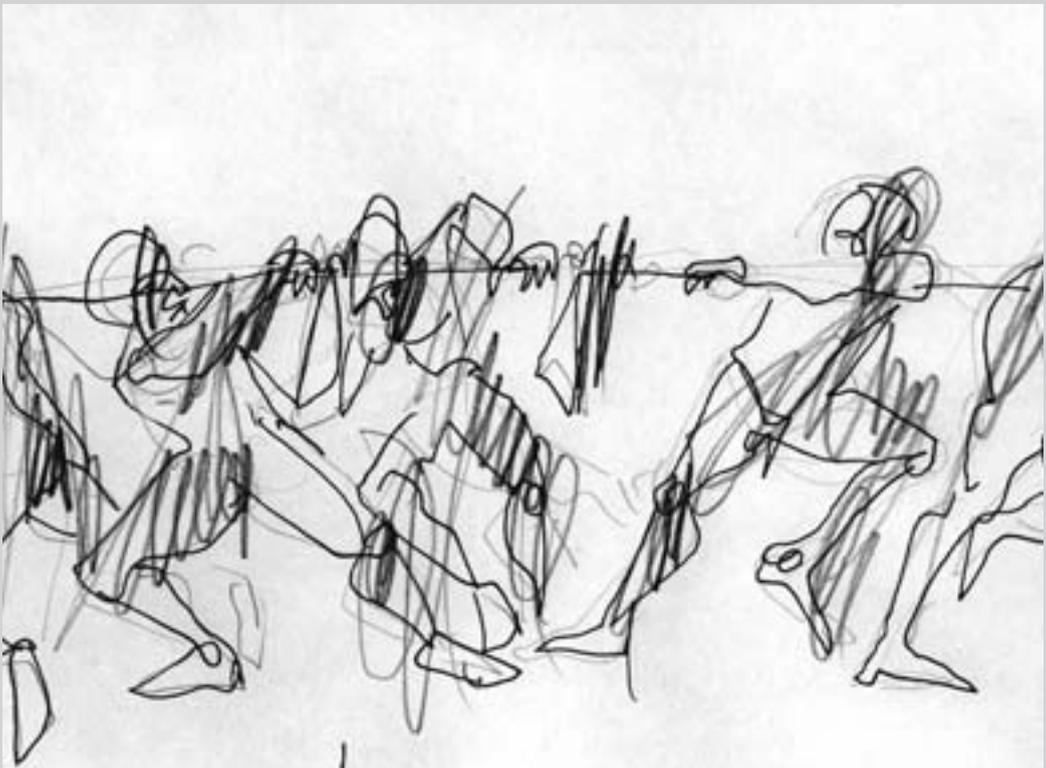
Ribadisco che per me l'équipe innanzitutto si può ammalare, e non mi sembra scontato... nella fattispecie di cronicità di pensiero... della demotivazione magari nascosta da altre scuse... allora così la frustrazione dell'altro diventa la tua [...] Magari inizi a leggere tutto quello che il paziente fa in maniera polemica... sei stufo... gli dici "basta!" invece di domandarti perché fa così, anche nelle sue ripetizioni... (Alice, infermiera professionale).

Secondo me l'équipe si ammalata... e si è ammalata... e questo succede quando l'operatore divide nettamente il lavoro dal resto... in realtà i tuoi problemi li porti tutti i giorni sul lavoro e sta a te far notare ai tuoi colleghi che non ce la fai, che

hai un momento particolare, per cui, magari, un certo ospite ti infastidisce, o non lo reggi... qui è importante l'équipe. (Giovanna, operatrice socio-sanitaria).

Beh... l'équipe si ammala delle malattie che hanno gli ospiti... autismo, cioè chiusura di ogni operatore nel suo mondo e assenza di comunicazione... (Eleonora, psicologa).

Sembra allora che ciò che si può ammalare non sia tanto un singolo elemento istituzionale, ma il legame che tiene insieme la Comunità. Istituzione, équipe, operatori e pazienti risentono tutti delle difficoltà, degli accidenti che possono contagiare la vita insieme. L'assenza di progettualità, l'attitudine routinaria ha conseguenze, secondo gli operatori intervistati, sia nella loro vita extra-lavorativa che sul lavoro; qui la perdita di motivazione, della possibilità di investire piacere sulla propria attività (transfert di lavoro), sembra portare ad un'ipersensibilità verso il malessere proprio ed altrui, oltre che ad un disinteresse netto per le particolarità di ogni singolo paziente [...].



Effetti d'équipe in una Casa Famiglia

ANNALISA DAVANZO

La Casa Famiglia a cui farò riferimento ospita ragazze, nubili o sposate, che sono madri o sul punto di diventarlo. Le invia, e ne paga la retta, il Comune di residenza su segnalazione di uno dei servizi della rete assistenziale: dal centro Anti-violenza al servizio Area Adulti, al servizio immigrati, oppure il CSM, dato che certi casi sono manifestamente psichiatrici.

Di norma, solo le straniere si rivolgono ai servizi competenti, perché le italiane sono sotto osservazione già da tempo, loro, i genitori, i fratelli, e sono quasi obbligate a far gestire la loro maternità ai servizi, sotto rischio di perdere il figlio.

Arrivano dunque a muso duro, vittime innocenti della prepotenza del mondo, portatrici di un solo valore, il bambino, che lo stato vorrebbe peraltro portarsi via. Alcune hanno già fatto l'esperienza di perdere i figli e la mettono in conto all'istituzione, dunque anche a Casa Famiglia, che si trova a confrontarsi non con una domanda ma con una rivendicazione di necessità assoluta, correlata ad inerzia-resistenza passiva. Della serie: ho bisogno di tutto, non ho niente, io e la creatura mia, parte di me.

Se una domanda si può intravedere nella loro posizione, è una domanda così assoluta che potrei chiamarla solo *domanda di vita per intermedia persona*: se volete che il bambino viva, fate vivere me. E che nessuno, finora, le abbia chiamate alla vita è mostrato nell'unico tratto che hanno in comune, fin dall'inizio: una passività massiccia che dà conto di come siano riuscite a sopravvivere in contesti famigliari che è perfino difficile definire traumatici, perché, come sappiamo, *trauma* è una ferita, una lacerazione, mentre queste ragazze sono dei grumi di carne dolorante e piena di paura.

Seguendo Freud, traumatica è la famiglia "normale", quella che da sempre adempie alla funzione di operare la mediazione tra il fuori e il dentro, tra la società e il piccolo gruppo in cui il soggetto nasce e che soddisfa i suoi bisogni primari. Questa mediazione si fa in un'operazione che consiste nel limitare il godimento privato, intimo, per immetterlo in circuiti socialmente ammessi, condivisibili.

È un'operazione in senso chirurgico, dunque ugualmente traumatica e terapeutica con i suoi *stop and go*, stop al godimento senza limiti e via libera ai piaceri articolabili, che si possono dire a voce alta, o almeno a mezza voce.

Quando si dice che la famiglia installa il soggetto nelle sue prime fondanti identificazioni, vuol dire che gli si offre un modello, un progetto di come e dove trovare quello che gli ci vuole per essere felice. Che lo accetti o lo rifiuti, il soggetto avrà intravisto comunque una strada percorribile, congrua rispetto al luogo e al tempo in cui si è trovato a nascere e a vivere.

Queste identificazioni fondamentali si ordinano, come tutti sappiamo, nello schema edipico. La psicoanalisi si fonda su questo perché su questo si fonda la nostra società. Aldilà della storiella, ciò significa che il rapporto del soggetto si ordina col mondo su uno schema triangolare: lui, l'oggetto e l'ostacolo che si mette di traverso. Il padre, il Nome del Padre, viene come spiegazione dei no, come causa della mancanza che scava nel soggetto il vuoto dell'oggetto: se questo non è lì, se non è a sua disposizione, è tutta colpa del padre, come un paio di generazioni fa si diceva è colpa del bayon. In questo – povero – senso, il padre è il perno dell'azione civilizzatrice della famiglia, che pure è compiuta dalla madre, se e quando è compiuta. L'afasia delle nostre ragazze non ha conosciuto tagli, la loro parola non ha avuto un interlocutore: le loro madri sono come spalmate intorno a loro, occupano interamente lo spazio come un blob in cui può succedere di tutto, dalla violenza delle percosse all'incesto, in una promiscuità e in una miseria diffuse, in cui non è neanche reperibile il trauma freudiano come effrazione violenta, perché, se c'è stata, è diventata invisibile in quello che regna su tutto: un profondo, inestricabile disordine che condiziona anche il tempo, il senso del tempo, smarrito nel loro discorso.

Le loro storie sono intessute di casualità (gli incontri balordi, i preservativi difettosi) e di fatalità (è andata come doveva andare), e allora, se il caso si dà nel tempo puntiforme dell'evento, il fato è iscritto nell'eternità dell'oracolo: da

sempre era scritto che... Resta fuori portata il tempo lineare del prima e del dopo, il tempo orientato in cui ogni vita si iscrive nel simbolico come esistenza.

Insomma, quello che si richiede è un lavoro dalle fondamenta, perché dietro la dicitura burocratica "sviluppare la genitorialità" ciò di cui si tratta è di aprire in queste vite lo spazio inedito dell'amore. E lo incontrano da subito nella struttura stessa della Casa, che si specifica per il fatto di sostenersi sull'apporto volontario di sette coppie di sposi che coprono giorno e notte, e nel suo funzionamento.

L'ingresso non è automatico. Decisivo è un colloquio col direttore, un familiare, e con l'assistente sociale, per una conoscenza reciproca. La ragazza visita la casa e viene informata delle regole, che in realtà sono più che altro una carta dei diritti delle ospiti e comportano, dunque, anche dei doveri. La Casa vuol capire "se la ragazza è adatta", ma in quattro anni che sono lì non è mai successo che una sia stata rifiutata, per quanto sporca brutta e cattiva si presentasse, e quindi, al messaggio di lei che dice negli atti – anche se a bocca chiusa – «Tu sei il mio padrone», la Casa risponde «Tu sei mia figlia», lo risponde nei fatti, che ripetono l'accoglimento di ogni soggetto: *sei come sei, e come sei*, ma risponde anche, secondo il detto di Lacan, «In te più di te»: *io so, perché lo desidero, che puoi fare bene*. Dentro a quel fagotto di dolore e paura, vedo un soggetto compiuto e lo riconosco. Trent'anni fa si chiamava pratica dell'obbiettivo, ed è quello che fa l'analisi: riconoscere l'altro come soggetto lo crea, lo fa esistere, sia pure come soggetto supposto, dove riconoscerlo soggetto vuol dire non supporlo come simile, sovrapponibile a me, ma rilevarne e studiarne la diversità mettendo alla prova i suoi modi e i suoi tempi.

In questo concorrono le due équipes, i familiari e gli operatori, che non chiedono prestazioni né fanno scuola, ma fanno insieme. Che cosa fanno?

Casa Famiglia è un'emanazione della Diocesi di Venezia, c'è una cappella consacrata, e c'è un delegato del Patriarca che partecipa sia al Consiglio di amministrazione che alla riunione congiunta di operatori e familiari; partecipa, non presiede, perché la specificità di questo luogo, rara se non unica, è il fatto che la religione cristiana ha "scelto" di esserci facendo valere non i principî dogmatici della dottrina, ma i principî evangelici che si congiungono, e forse promuovono, di sicuro motivano, i principî etici del le-

game sociale. E questi valori li fa valere non in precetti, ma nella loro pratica concreta, quotidiana, *in corpore vivo*, nel vivo corpo dei suoi martiri, *gli sposi*.

Martiri nel senso etimologico di promemoria vivente, di ricordarci qualcosa con la loro presenza. E che cosa ci ricordano con questa loro presenza? Che *si può*, non si deve ma si può, *vivere facendo per amore*, con gioia, *quello che si deve comunque fare per forza*, per necessità, per vivere alla meglio, qui ed ora, se non si vuole entrare in rotta di collisione col mondo, dato che questo, per la stragrande maggioranza della popolazione, vuol dire soccombere, e le nostre ragazze sono tra questi; e quello che dovrebbero, e possono, imparare a Casa Famiglia è niente di meno che a stare bene nel mondo, loro e i loro bambini.

La Casa, per educare e formare, punta insomma sull'amore, come l'analisi.

Qualunque consenso civile si costituisce per permettere agli esseri umani di vivere insieme, più o meno piacevolmente, dato che i vantaggi che si ricavano dall'aggregazione, e che sono vantaggi vitali, hanno un loro costo nelle limitazioni della nostra libertà: in primo luogo la libertà di seguire semplicemente gli istinti; Freud direbbe seguire il principio di piacere, che vorrebbe tutto e subito, come i bambini piccoli che, appena si presenta uno stimolo, non aspetterebbero neanche mezzo secondo. Se poi accettano di mangiare e di evacuare quando glielo chiediamo noi, è perché ci amano, siamo diventati parte della loro vita, parte di loro.

L'amore nasce nell'ambito, sanamente egoistico, del narcisismo primario, e ne porta per sempre il segno. Quando diciamo «Questo mi piace, questo non mi piace», che si tratti di cosa o di persona, è perché ci ritroviamo qualcosa di nostro. Si dice «Mi piace a pelle, o a naso, a istinto», e infatti è l'entità sensibile, cioè dei sensi, a decidere. Veniamo attirati oltre l'interesse dell'unità narcisistica dal miraggio di rifare uno, un uno più grande e più ricco con il nostro complementare: uno + uno = uno. È la coppia come copula.

È una dimensione importante, che ci vuole, è anche una conquista, perché il bambino che ha fretta di eliminare lo stimolo, che non riesce ad aspettare nessun tempo, ha anche la capacità di allucinare la comparsa immediata dell'oggetto di soddisfacimento, e di appagarsene, solo che è una condotta mortifera, perché l'allucinazione non cambia in niente il suo bisogno. Ma, nella maggior parte, lo sviluppo psico-affettivo

delle ragazze che passano da noi è arrivato alla coppia-copula, anche col bambino, o alla capacità di fare un'alleanza con un'altra ragazza, ma non è andato oltre e non sa andare oltre l'uno, *il mio*. E del resto questo è un dato in grande estensione nella cultura imperante, che è una cultura di isolamento dal quale si esce magari per un giro di giostra, che è poi quasi sempre un autoscontro, ma poi ci si rientra.

Come si arriva all'amore per la differenza, che ci fa interessare all'altro in quanto diverso, lasciandogli la sua esistenza anche al di fuori di me? Qui c'è spazio per tante ipotesi, ma quello che è verificato da 30.000 anni di storia umana, ma soprattutto è verificato drammaticamente nella cultura e nella patologia odierna, è che in questo punto c'è un salto di qualità, uno scarto in cui qualcuno può situare Dio. Lacan ci mette la funzione del Nome del Padre, comunque lo scarto c'è e non si colma da solo, e superarlo non è una cosa che si insegna o si impara, ma *si trasmette*. L'amore per l'altro ci viene primariamente dal di fuori, ci viene dato, come un dono, o come un prestito che apre un debito verso quelli che vengono dopo, e che, quindi, non è mai saldato una volta per tutte. Io e tutti i volontari del mondo siamo a dimostrare che si può amare anche nella distanza, non senza il sospetto che, più che l'altro, si ami proprio la distanza.

Ora, l'inaudito dell'insegnamento cristiano, su cui l'etica sociale tace, ma non la psicoanalisi, è che si ami il vicino, il prossimo a te.

Gli sposi ce l'hanno fatta, ce la fanno, a mettere insieme il «Questo mi piace, e non un altro» e il «Questo lo amo come altro», come ogni altro. È una cosa rara, non necessariamente cristiana, ma certo si fonda su una fede nell'uomo, nella sua capacità di elaborare il legame sociale in un modo che saldi insieme il particolare e l'universale, una fede così profonda da aprire nella pratica sociale quasi un'area di sacralità, perché è davvero sacro il patto che garantisce, di fronte all'istituzione, religiosa o civile, la continuazione della specie umana parlante e pensante, che garantisce cioè la trasmissione del valore dei soggetti, non del loro numero.

Questa trasmissione non solo ammette ma anzi richiede la diversità, e per questo, fatte salve alcune, poche regole fondamentali, il fatto che ciascuna coppia le segua o le trasgredisca a suo modo non solo non nuoce allo spirito della Casa, ma ne è la vera risorsa. La sola cosa che hanno in comune è la capacità di sostenere nel tempo quel prezioso equilibrio di slancio e di rigore, di passione e di rispetto, di

trasgressione e di legge, che diventa desiderabile e possibile anche per le ragazze, per sé e per i loro figli.

Questo equilibrio non è raggiunto una volta per sempre, è il frutto di un lavoro quotidiano che nella coppia può restare inconsapevole ma nell'istituzione, in cui si sono impegnati, si manifesta nel continuo interrogarsi e ricercare le condotte più adeguate. Per esempio, si è manifestato nel desiderio di farsi accompagnare da delle figure professionalmente preparate a trattare il disagio psico-affettivo, costruendo un'équipe che agisce con una competenza psicologica "scientifica" che è completamente "altra" rispetto alla loro competenza, che è, per così dire, una competenza di psicologia "applicata", vissuta. Proprio questo ha instaurato nella Casa uno stile, di vita e di lavoro, che costituisce una sorta di filtro, tanto più preciso in quanto impalpabile, rispetto agli esperti professionali, un limite con cui nessun provvedimento può evitare di fare i conti. Nessuna decisione di giudici, psichiatri, psicologi o assistenti sociali vale come giudizio insindacabile, e la Casa lo misura sul suo proprio giudizio, senza delegare a nessuna "scienza" la responsabilità delle sue scelte. Questo filtro agisce non solo sugli esperti (il che spiega la qualità straordinaria del gruppo di operatrici), ma anche sulle coppie stesse, perché non basta sposarsi in chiesa per costituire una coppia di sposi cristiani, e non basta neanche desiderare di diventarlo: la Casa è una scuola di vita dura nel mettere alla prova gli ideali altruistici, perché non si tratta di volere il bene dell'altro, ma di volergli bene.

Qui possiamo vedere l'amore per l'altro proprio al suo nascere.

Infatti, qual è l'atto che trasmette al soggetto piccolo, al bambino, il senso del suo valore, del valore della sua propria esistenza di soggetto in quanto tale, di soggetto nuovo e originale, anche diverso da ogni aspettativa?

Mentre la considerazione narcisistica di sé passa negli atti in cui la madre *risponde* al bambino con la padronanza di chi pensa *tu sei mio, so cosa ti ci vuole per star bene, ce l'ho e te lo dò, quello che ti manca*, il valore di esistenza dell'altro passa nell'atto in cui la madre *non risponde*, sospende la risposta ad un'esitazione, della serie «O no?», e se non volesse quella cosa lì che penso io, se volesse qualcos'altro?, cosa puoi volere, piccolo?, e cerca altre cose, altre risposte possibili, che rompono la Risposta in tante diverse offerte che sono altrettanti atti d'amore.

Infatti, come insegna Lacan, «amare è dare ciò che non si ha», e rinunciare alla risposta che sa e può tutto, per passare alle offerte che esplorano il desiderio dell'altro: significa rivelargli e consegnargli la nostra mancanza, e in questo senso ogni oggetto offerto è un nome della nostra propria castrazione.

Ebbene, i nostri sposi lo hanno fatto. Il loro mandato, dal cardinale Cè era, semplicemente, e genialmente, «*Voégbe ben*», ma questo bene lo hanno subito interrogato: gli avrebbe suggerito le cose giuste da fare? Avrebbero saputo capire quei soggetti, avrebbero saputo aiutarli a superare una sofferenza sempre più o meno devastante, bastava quello che avevano dato ai loro figli? Alle ragazze hanno scelto di offrire non solo un affetto, ma anche delle competenze, l'assistente sociale, la psicologa, le educatrici, reinstaurando nella sua essenza, aldilà degli oggetti contingenti, l'atto con cui ciascuna coppia si era costituita prima e poi confermata nella genitorialità. L'atto che riconosce nell'altro non solo un simile a me, contiguo a me, ma anche un mistero, mai totalmente esauribile, mai davvero conoscibile, e questo è così difficile da accettare perché rispettare il mistero dell'altro vuol dire accettare di essere, noi stessi, un mistero, per gli altri ma anche per noi.

In "lacanese", tutto ciò vuol dire abbonarsi e far abbonare all'inconscio, il che comporta qualche rischio, poiché, con una parafrasi forse blasfema, l'uomo propone e l'inconscio dispone, e l'offerta-inserimento delle operatrici sociali è costata ai famigliari molto di più del budget previsto per gli stipendi, e continua a costare loro il tempo di una riunione plenaria quin-

dicinale a cui sono tutti presenti, per discutere i problemi non solo delle ospiti ma anche della coesistenza tra le due componenti implicate nella gestione della Casa.

Infatti, capita che i famigliari non capiscano o non condividano certe scelte di comportamento delle operatrici, e che, viceversa, queste si risentano di certi interventi dei famigliari, e capita anche che, a turno, ciascuna componente si senta delegittimata, mortificata dall'altra. La mia consulenza-collaborazione è cominciata quando hanno tutti cercato un elemento che potesse intervenire da una posizione esterna, aprendo nel triangolo ospiti / famigliari / operatrici il luogo di un quarto posto non meglio identificato se non come istanza che rappresentasse l'esigenza che, simbolicamente e immaginativamente, nessuna componente debba avere l'ultima parola. In altri termini, la mancanza strutturale dell'Altro.

Quando poi ho accettato di partecipare ad una riunione mensile di supervisione delle operatrici, dunque più "tecnica", alcuni famigliari hanno espresso il loro rammarico di esclusione chiedendomi se non sarebbe stato utile anche a loro saperne di più su certe patologie con cui entravano in contatto. A mia volta, ho chiesto a loro di riflettere su quello che avevano imparato dai loro genitori: «Che coi figli si sbaglia sempre», mi ha risposto uno; «Ma io ho imparato soprattutto dai loro sbagli, a non rifarli» ha detto un altro, per fare lo spiritoso, e, siccome si stavano ascoltando, nessuno ha mai varcato la porta, peraltro ben aperta, della riunione "tecnica". Ci si affacciano, scambiano qualche parola, ma non entrano, perché hanno altro da fare, di là, con le ragazze.



I pirati della coprogettazione clandestina

L'équipe all'arrembaggio

GIORGIA BOTTER

Lavoro, da qualche anno, come psicologa per una Cooperativa Sociale del Nordest. Tra le mansioni di cui ho mandato rientra la supervisione di una comunità per disabili, faccenda in cui mi arrabatto, non lo nego, più che volentieri.

Lo preciso subito: è, il mio, un uso improprio del termine, perché la supervisione è ben altra cosa. Nella nuova accezione che le attribuisco tento di convogliare tutta una serie di significanti che potrebbero altrimenti risultare, presi singolarmente, incompleti e imprecisi (gestione, conduzione, coordinamento, sostegno psicologico, tenuta motivazionale...?). Proseguo. Nel contesto di tutto ciò che afferisce a questa parte del mio lavoro, ho la fortuna, e a volte insieme la dannazione, di relazionarmi con differenti attori istituzionali e a diversi livelli. Ebbene, ho scoperto, dannazione a parte, che se le relazioni, o meglio i rapporti istituzionali, che nascono e crescono intorno ad un progetto – dalle sue origini fino alla sua realizzazione, e poi ancora, in tutto il suo evolversi – sono *sani**, quel che stiamo facendo si chiama coprogettazione. Quel che invece già sapevo, e qui alle relazioni, ai legami sociali mi riferisco, è che un'istituzione è fatta di persone. Banale? Forse. Ciò che voglio dire è che quando ci relazioniamo con l'altro dell'istituzione ci troviamo di fronte ad un soggetto che può abitare bene o male quella sua stessa istituzione.

Se fin'ora sono stata parca nelle definizioni, adesso è indispensabile ch'io mi dilunghi un po': rispolverando vecchi studi classici trovo che dal verbo latino *habitare* deriva il sostantivo *habitus*, significante prezioso per le sue molteplici sfumature e quindi tanto propizio ora nell'aiutarmi a descrivere quanta complessità vi sia in un soggetto che lavora all'interno di un'istituzione.

Habitus significa modo di essere, posizione, condizione, qualità e disposizione d'animo. Non ci sono forse, come si direbbe in tempi moderni, tutti gli indicatori che "misurano" il lavoratore e, visto che il progresso della certificazione e del sistema qualità si estendono generosamente anche al Privato Sociale, anche al

socio-lavoratore? Spigolature a parte, è ben vero che un operatore del sociale dovrebbe muovere il proprio lavoro anche sulla base di quelle competenze che gli appartengono come soggetto (*modo di essere e disposizione d'animo*, recuperando la suggestione latinistica) o quantomeno è auspicabile che abbia, nel suo contesto lavorativo, la possibilità (e il desiderio) di attivarle.

Cerco di spiegarmi meglio. Torno alla personale esperienza cui accennavo qualche riga sopra: molto spesso, con un'espressione ormai da tempo divenuta *a la page*, si inneggia al "lavoro di rete"; Pubblico, Privato e Terzo Settore devono (dovrebbero) operare congiuntamente per rintracciare percorsi, mezzi e risorse uniti dal comune obiettivo di fornire servizi migliori, cosa che sta a cuore a tutti, visto che di servizi alla persona si tratta.

Capita che tali percorsi assumano le fattezze di vere e proprie strade: tortuose, polverose, talvolta ripide, talvolta rese impraticabili da buchi, talvolta ancora zeppe di obblighi alla fermata. Mi fermo qui con questo spiccio simbolismo, ma indugio ancora un poco su quel soggetto di cui raccontavo poc'anzi (e nel quale forse ora è più semplice ritrovarci): come fa dunque un operatore a muoversi nella rete senza correre il rischio di finire imbrigliato nella maglie della stessa? Altra risposta banale: non può mai pensare di muoverci da solo.

Ma decidere di lavorare *con* gli altri è sempre una scelta soggettiva. Qualcuno potrebbe obiettare che non è vero, banalmente perché è evidenza lapalissiana che le istituzioni (comprese le Cooperative) sono attraversate e frequentate da persone che si relazionano in quanto colleghi: ma se un certo numero di colleghi, anche rappresentanti di professionalità diverse, si incontrano e si parlano non è detto che stiano lavorando assieme, non è detto neppure che siano un gruppo (figuriamoci un'équipe!)... piuttosto possono assomigliare ad aggregati di individui più o meno composti in un supposto assetto istituzionale.

Lavorare con gli altri è la scelta che si fa quando si decide di confrontarsi con i colleghi uti-

lizzando come strumento *l'équipe*: scelta doppia, l'una riferita alla volontà di utilizzare questo strumento (non è certo l'unico), l'altra – fondamentale – relativa a come si decide di stare all'interno dell'*équipe*. È soprattutto la seconda scelta che dà senso all'*équipe* perché questa, potremmo dire, si *rifonda* ogni volta che i soggetti si incontrano ed esiste solo nell'*hic et nunc* della sua stessa precarietà: tutto questo perché *l'équipe* non ha come obiettivo se stessa, bensì il permettere alle persone di trovare un tempo di sospensione dalla operatività del quotidiano.

Il quel tempo ciò che accade è che – se il soggetto lo ha scelto – ci si confronta, si condivide e, essenziale, si pensa. Questo è il piccolo miracolo dell'*équipe*: realizzare un tempo di pensiero. Pensare è insieme mettere salutare distanza tra sé e il proprio lavoro, è ascoltare l'altro, è (ri)motivare e (ri)motivarci, è rinsaldare reciproci legami sociali... pensare è *pensare*: un "lusso" che pare sempre più le istituzioni non siano disposte a concedersi (o meglio a concedere ai propri operatori).

Ho scritto già più di qualche riga e ancora non ho svelato il perché del titolo, ma ora ci arrivo. Azzardo: credo che *l'équipe* se non c'è vada pretesa, non certo come emanazione gerarchica dall'organigramma dell'istituzione cui apparteniamo, ma piuttosto come un volontario e consapevole riappropriarsi di quel tempo di pensiero così vitale per il soggetto. È quindi un pretendere che dobbiamo chiedere in primo luogo a noi stessi. Persone che desiderano lavorare in *équipe* ne esistono ancora e, fortunatamente, fanno parte di istituzioni diverse appartenenti sia al Pubblico che al Privato Sociale.

Quale la mia esperienza? Piratesca, appunto. Già nel '38-'39 Bertold Brecht, nella *Vita di Galileo*, faceva dire al suo protagonista: «Sventurata la terra che ha bisogno di eroi». Basta eroi, il mondo non ha bisogno di martiri. Il mondo necessita di soggetti che non rinuncino alla verità, quella che si scopre e si concretizza proprio nell'istante dell'*équipe*. Per non peccare di protervia, abbandono citazioni forse poco moderne e ricorro a immagini più attuali come quelle che l'odierna cinematografia americana ci propone.

Parlo ad esempio dell'antieroe Capitan Jack Sparrow, protagonista del film *La maledizione della prima luna*, dove un tanto affascinante quanto sudicio Johnny Deep riesce nelle sue imprese (piratesche, come avrete intuito) gra-

zie ad alleanze che certo non ne evidenziano il suo versante eroico, ma stanno concretamente sul qui ed ora dell'obiettivo da raggiungere. La metafora sarà un po' (tanto, forse troppo) tirata: in sintesi, se davvero crediamo di operare per il meglio del servizio, del progetto, dell'intervento e quant'altro ci compete, incontrarsi in *équipe piratesche* si può e si deve.

Ecco detta la mia esperienza: fermamente convinta di operare per l'aumento della qualità di vita dei disabili di cui mi occupo, ho incontrato nel mio lavoro persone che hanno insieme a me condiviso l'obiettivo che ho appena esplicitato e costituito una piccola *équipe*. Perché piratesche? Perché la volontà di ognuno si è mossa prima dell'autorizzazione istituzionale (che è giunta "postuma"), prima, fortunatamente, è arrivata la scelta del soggetto.

Mi piace pensare che *équipe all'arrembaggio*, o forse, più propriamente, all'arrembaggio dell'*équipe* vogliano muoversi soggetti che oggi si trovano a lavorare in luoghi come l'Ospedale (termine ormai obsoleto ma che conserva un che di "romantico" rispetto al corrente imperversare del significante *azienda*) dove l'organizzazione interna ha una così forte impronta gerarchica da rendere di fatto impraticabile l'incontro in *équipe*. Ancora mi piace immaginare che verso *l'équipe* vogliano spingersi i soggetti per i quali *l'équipe* è per lo più ancora un terreno inesplorato e qui il mio pensiero va al mondo della Scuola e dell'Università.

Concludo con una riflessione in merito a ciò che invece vivamente mi auspico: spero che *l'équipe* trovi sempre più accoglimento all'interno delle Cooperative Sociali, in particolare a quei livelli là dove ancora stenta a realizzarsi (paradossalmente direi, visto che il livello cui alludo è quello della cosiddetta "testa", che dovrebbe essere proprio il luogo più indicato per pensare). In tal senso la Cooperativa, intesa come l'impresa sociale che ancora può – ahimè sempre più faticosamente – resistere alle tentazioni aziendalistiche, rappresenta forse uno degli ultimi baluardi a tutela di forme sane di pensiero.

* Lat. *sanus*: onesto e ragionevole.

Accordi d'équipe

Dall'équipe stabile all'équipe come organizzazione temporanea

MORENO GAUDENZI

LE PAROLE Propongo la modifica del sottotitolo *Dall'équipe stabile all'équipe come organizzazione temporanea* sotto forma di interrogativo, in: *La trasformazione dell'équipe è possibile?* Soprattutto dall'équipe stabile all'équipe come organizzazione temporanea? Ma soprattutto con quali strumenti? Da subito vanno precisate alcune seppur brevissime precisazioni sulle parole *trasformazione, équipe, organizzazione, stabilità, temporaneità, e gruppaltà*. La *trasformazione* è

intesa come processo e passaggio dall'apprendimento alla crescita (W. R. Bion). L'équipe è intesa come gruppo strutturato sul compito di diagnosi, cura, prognosi e profilassi dei pazienti di una comunità e non solo di quelli che accedono al servizio.

L'*organizzazione* è intesa come l'insieme delle funzioni e dei ruoli operanti nel gruppo di lavoro con un setting funzionante. In quanto tale, l'*organizzazione* non è assimilabile all'*organizzazione* dell'istituzione che comprende l'équipe (G. Bonazzi). C'è un'équipe e la sua organizzazione – istituzione permettendo.

«Non dimentichiamo che questi processi triangolari (gruppali) si realizzano all'interno di istituzioni che "danno l'impronta" a tali gruppi. La presenza delle istituzioni non è solo esterna ai gruppi, ma anche interna; la ritroviamo inoltre all'interno di ogni partecipante, ne accompagna i fantasmi o è uno di loro. Di conseguenza la triade di funzioni (compito, organizzazione gruppale e coordinazione) e il processo gruppale dovrebbero essere rivisti in una nuova dialettica a spirale che include l'"imponente" presenza della stessa istituzione» (Bauleo e M. De Brasi, p. 22). La componente di *stabilità*, come pericolo di burocratizzazione e di resistenza, e la componente di *temporaneità* sono insite nel processo gruppale.

Deve risultare chiaro che con gruppaltà si entra in un terreno di notevolissima complessità

Quasi mai potremo dire che la superficie dei corpi illuminati sia del vero colore di essi corpi... se il lume che li illumina non è in tutti di esso colore. Nessun colore che rifletta nella superficie d'un altro corpo tinge essa superficie del suo proprio colore, ma sarà misto con i concorsi degli altri riflessi che risaltano nel medesimo luogo.

LEONARDO DA VINCI,
Trattato della pittura.

manifestata e latente, dove «nei momenti acuti di incertezza, l'interrogativo diventa il metodo essenziale» (Bauleo, p. 8).

Le trasformazione, che sono sempre sia individuali che collettive (quindi gruppali, istituzionali e comunitarie), attengono dunque all'apprendimento intrapsichico e alla crescita gruppale, e alla crescita sia individuale sia gruppale, a partire dall'esperienza e dall'idea che abbiamo della rappresentazione, dell'idea e del significato di quello che vediamo,

sentiamo affettivamente, diciamo e facciamo, del nostro operare (P. Castoriadis-Aulagnier). Il terreno su cui stiamo ricercando "buone" domande è quello della filosofia della conoscenza e non della filosofia della scienza, né umana, né naturale. Le questioni che attengono al lavoro dell'équipe centrano con l'idea di realtà, del senso comune, dei luoghi comuni, dell'idea di salute e di malattia, dell'esserci nelle relazioni umane e della veridicità di queste relazioni (H. G. Gadamer).

QUALE OGGETTO Quando parliamo di un oggetto e di un soggetto e vogliamo che queste due entità arrivino a costituire un ambito trasformativo occorre che il soggetto operi una concettualizzazione teorica riguardante il suo oggetto di studio o di operare. Il concetto ha una valenza simbolica e il simbolo apre a più significati. Se abbiamo un soggetto che si pone in relazione ad un oggetto, costituito da un altro individuo, la sua collocazione non può essere disgiunta dall'essere parte del campo osservato, all'interno del quale si trovano soggetto e oggetto. A questa situazione può essere dato il nome di vincolo, come concetto.

Soggetto-oggetto si trovano legati da un concetto. Quando il soggetto è collettivo, come nel nostro caso dell'équipe, va comunque definito l'oggetto e con quale idea di relazione l'équipe dovrebbe collegarsi all'oggetto.

Nella concezione del gruppo operativo il concetto che lega l'équipe all'oggetto del suo lavoro è il compito di quell'équipe. Il compito dell'équipe sarà "solamente" quello del pensare l'intervento terapeutico, cioè la diagnosi, la cura, la prognosi e la profilassi, non solo del paziente, ma della sua famiglia (E. Pichon-Riviere).

Le tematiche sottostanno alla più ampia problematica della gruppalità, per la quale si rimanda più semplicemente alla lettura del testo *Clinica gruppale clinica istituzionale* di A. Bauleo (mio Maestro – che ha pazientato sulla mia lentezza – e di M. De Brasi – mia analista – che ha sopportato la mia ripetitività).

SULL'ORIGINE DELL'ÉQUIPE Bion si chiedeva: «Un gruppo comincia...?».

Ma a partire da cosa, da quando, con chi, dove, ma soprattutto con quale compito? «Il compito manifesto, latente, concreto, metaforico, come principio di realtà, come progetto, come finalità, è il punto di partenza di qualsivoglia processo gruppale. Di più, potremmo dire che è impossibile pensare ad un gruppo senza un compito» (A. Bauleo e M. De Brasi, p. 19).

Il compito è il primo dei tre elementi funzionanti del concetto di gruppo; il secondo è l'organizzazione gruppale ed infine il terzo la coordinazione. Per poter affrontare il tema, prima di trasformarsi deve esistere un'équipe. Ma abbiamo appena dichiarato che senza un compito chiaro l'équipe non esiste. Solo nella forma iniziale del raggruppamento i diversi lavoratori (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, agenti tecnici, assistenti sociali, educatori, riabilitatori e psicologi) si incontrano e spesso stazionando in questa posizione statica di attesa di processo. Addirittura è proprio l'istituzione stessa che blocca sul nascere qualunque brandello di attivazione di processo gruppale, ad esempio attribuendo all'équipe, già presunta tale, il compito di pensare all'organizzazione dell'istituzione, senza che questo lavoro determini comunque sostanziali modificazioni. Questa costituisce la trappola più consueta e "barocca" in cui i gruppi di lavoro vengono incastriati; attribuendo un obiettivo che non dipende dal loro potere e dai loro strumenti. L'attribuire frequentemente all'équipe una veste democratica di riflessione e di consultazione, senza che le opinioni emerse costituiscano però nessun vincolo a decisioni differenti, rappresenta la più "squisita" componente di un "istituzione perversa" o di un'istituzione "come se". Ma perché un gruppo possa essere di tipo tera-

peutico, o di tipo formativo, oppure di lavoro, come l'équipe deve comunque avere e rispettare un setting. Non solo deve esserci l'équipe, per poter parlare della sua trasformazione, ma l'elemento strutturante dell'équipe è la attivazione di un setting funzionante, non fittizio. Posto un setting, la trasformazione riguarderà il compito, gli affetti che appaiono nel lavoro di confronto tra i partecipanti, cioè i professionisti, i loro vincoli, i vincoli fra i terapeuti e i pazienti, i loro familiari. L'équipe dovrebbe poter essere in grado di analizzare la tenuta sulle proprie componenti del setting, il tempo e lo spazio. Non esiste nessuna équipe chirurgica che operi senza rispettare i tempi, le cadenze del tipo di intervento richiesto, dove il risultato non dipende solo dal chirurgo.

Franco Rotelli ha scritto che il Centro di salute mentale dovrebbe assomigliare alla piazza di Marrakech, ma in quella piazza esiste comunque una tale rigorosa organizzazione della distribuzione dello spazio, delle diverse attività, nello svilupparsi della giornata, con il mutare graduale e completo di ogni metro quadrato, da lasciare esterrefatti! Ogni attività ambulante resta attiva per un periodo di qualche ora e alla sua partenza segue una nuova bottega. Ogni bancarella ha la propria mercanzia, affiancata alle altre bancarelle ed è a suo modo rigorosa, quasi "etica"; poi c'è la fase delle orchestre, poi quella dei cantastorie, e tutto con una precisa delimitazione dell'operare, spesso simultaneamente. Quello che non confonde è dato dalla qualificazione della singola attività, dove soprattutto "non tutti fanno tutto".

Come terza funzione della nozione di gruppo si deve prendere in considerazione la coordinazione. In A. Bauleo e M. De Brasi (*Clinica gruppale clinica istituzionale*) sono definite le caratteristiche del coordinatore nella concezione operativa, ma qui vale subito sottolineare che la funzione di coordinazione non ha nulla a che vedere con quella di capo servizio, o con un qualsivoglia posto gerarchico designato dall'istituzione. Anzi l'equivoco che il responsabile di un settore debba essere di guida, inseguendo la leadership di quel gruppo, produce un alibi per il lavoro del gruppo, che dovrebbe essere unicamente sul compito. Si finisce per stabilizzare il dialogo con un fantasma, presunto detentore di un sapere che si rivela inesistente, che mai promette di essere all'altezza della situazione, come avviene nelle migliori illusioni.

In un'équipe multi-professionale la funzione della coordinazione è svolta da chiunque riesca

a vedere e poi a dire di una *resistenza* in atto, ostacolo al lavoro per il compito. Quella resistenza così illuminata farà luce sul percorso ostacolato del pensare di gruppo. Incontro dopo incontro si forma un processo di lavoro e può succedere che il risultato non arrivi subito dopo l'illuminazione di una resistenza; arriverà a tempo dovuto, quando il gruppo sarà pronto ad adottare un nuovo pensiero.

Resistenza *aspecifiche* sono:

- dare sempre precedenza agli aspetti organizzativi,
- l'esibirsi tramite una parola infinita e ripetitiva, ma non comunicativa, l'ostentazione nel tono del potere, il non lasciar spazio ai contributi degli altri, la prepotenza del ruolo, il dirigere la discussione,
- il cambiare continuamente argomento,



– il ritardo nella presenza alle riunioni di gruppo, l'andarsene in anticipo, o il non esserci, dimenticandosi della riunione stessa,

– la superficialità limitata agli aspetti manifesti delle problematiche.

Molto spesso le resistenze del singolo seguono le caratteristiche dei meccanismi di difesa al confronto con l'altro. Occorre inoltre considerare la mancanza di *compliance* alle riunioni, e, come per il farmaco, non si può poi criticarne l'efficacia se non viene *assunto* correttamente.

La caratteristica dominante delle resistenze aspecifiche è data dall'attitudine speciale a *mettere in ombra* i pensieri, ad *opacizzare* la mente, a *bloccare* lo scambio, *inceppare* e *annacquare* la creatività grupppale.

Le resistenze *specifiche* sono invece quelle del gruppo determinate dalla discussione onesta sul caso del paziente in discussione, che può acquisire anche le caratteristiche della ripetizione a specchio delle modalità relazionali e comunicative del paziente; queste resistenze, se verbalizzate, possono arricchire le idee e produrre soluzioni.

Solo le resistenze *specifiche*, che attengono al compito, illuminano un percorso, seppur tortuoso, e valgono la pena di essere attraversate, come i segni indecisi dello schizzo di un futuro ritratto, mentre le resistenze *aspecifiche* sono da considerarsi come zavorra da accantonare: l'“in più” di una scultura.

La solidità di un'équipe dipende dalla capacità di evidenziare conflitti, di trasformarli in dilemmi poi in problemi, evolvendoli in scelte riguardanti la realtà dei pazienti e non l'idea della realtà degli operatori. Fermo restando che la realtà non esiste, si apprende e che «il reale non è mai ciò che si potrebbe credere, ma sempre ciò che si sarebbe dovuto pensare» (G. Bachelard). È di fondamentale importanza nel lavoro d'équipe la capacità contenitiva delle angosce. La forza del contenitore permette di risolvere i problemi del contenuto.

La Nissan anni fa si è trovata in forte crisi economica ed ha lanciato un concorso di idee per rilanciarsi sul mercato. Il concorso è stato vinto da un ricercatore che ha proposto l'acquisto da parte della Nissan di posti macchina, a partire dall'evidenza che gli acquirenti potenziali non possedevano garages. Trovato il posto garantito per i clienti è seguito il boom degli acquisti. È l'offerta costituita da un luogo presente che permette la domanda.

Una volta “aperta” l'équipe, i partecipanti arrivano con quale topica, cioè quale schema di ri-

ferimento teorico-pratico, quale idea di funzionamento dell'apparato psichico, quali precedenti nel vivere quotidiano?

Intendiamo con *topica* una teoria che spazializza, schematizza legami psichici, funzioni e relazione fra questi legami. In una topica vanno ad ubicarsi operazioni del processo terapeutico con le angosce e il fracasso del processo della componente creativa (H. J. Fiorini).

Quando cerchiamo di creare un pensiero grupppale, scopriamo di possedere i saperi in grado di farlo, ma nessuno si è assunto la responsabilità di elaborare la cornice (un elemento stabile con minime regole su un compito in comune) in cui inserire quei saperi. Emergono cioè le problematiche dell'uso di un metodo (da *meta* – “con” – e *odos* – “via” –, la via adottata per l'esecuzione di una ricerca qualitativa e quantitativa).

Accettarsi: come il pesco / che sboccia mille fiori per poche decine di frutti. / E non raccoglierti / nemmeno tutti. Luciano De Giovanni.

BIBLIOGRAFIA

- K. Abraham, *Opere*, Boringhieri, Torino.
 G. Bachelard, *La formazione dello spirito scientifico*, R. Cortina, Milano 1995.
 A. Bauleo, *Psicoanalisi e gruppalità*, Borla, Roma 2000.
 A. Bauleo e M. De Brasi, *Clinica grupppale clinica istituzionale*, Il Poligrafo, Padova 1994.
 G. Bonazzi, *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, Milano 1989.
 W. R. Bion, *Trasformazioni*, Armando, Roma 1973.
 P. Castoriadis-Aulagnier, *La violencia de la interpretación*, Amorrortu, Buenos Aires 2001.
 Contesini, Frega, Ruffini, Tomelleri, *Fare cose con la filosofia*, Apogeo, Milano 2005.
 H. J. Fiorini, *El psichismo creador*, Paidos, Buenos Aires 1995.
 S. Freud, *Opere*, Boringhieri, Torino 1989.
 H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, R. Cortina, Milano 1994.
 H. G. Gadamer, *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1994.
 J. Habermas, *Conoscenza e interesse*, Universale Laterza, Bari 1990.
 E. Pichon-Riviere, *Il processo grupppale*, L. Lauretana, Loreto 1985.
 E. Pichon-Riviere, *El proceso creador*, Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

Il rispetto per l'altro

Rileggendo "Storia di pazzi e di normali" di Mauro Covacich

PIERVINCENZO DI TERLIZZI

A distanza di quasi quindici anni dalla ormai introvabile prima edizione, Mauro Covacich ripropone per Laterza il suo *Storia di pazzi e di normali*, il libro che lo ha fatto conoscere al grande pubblico e che di fatto ha avviato la sua carriera di scrittore.

Rilette a distanza di tempo, le vicende intrecciate dei *pazzi* (per rimanere al provocatorio lessico del titolo), imprevedibili e delicati, teneri e violenti, sempre provvisori ospiti di strutture, o assistiti a vario titolo dai Servizi sociali, e dei *normali*, medici, psicologi, infermieri e assistenti sociali che di loro si prendono cura, che con loro vivono la quotidianità, mantengono assolutamente intatta la loro carica di urgente provocazione.

L'impianto esplicitamente realistico, per certi versi quasi documentario (una delle caratteristiche stilistiche più solidamente riconoscibili anche dei successivi libri di Covacich), del contesto narrativo, le situazioni raccontate continuano, infatti, a sollecitare la nostra attenzione di lettori e di cittadini. Proprio la cornice ambientale precisa, proprio il costante e dettagliato riferimento a leggi e provvedimenti che illustrano il senso dell'esistenza di determinati servizi e strutture, proprio, insomma, questo incardinarsi preciso nel tempo e nello spazio delle vicende le rende più *universali*, nella loro incontestabile credibilità. C'è una storia, insomma, dietro a questi provvedimenti, a queste leggi; ci sono ragioni sensate, e condivise, dietro le cose. Ogni gesto d'intervento e d'aiuto viene ricondotto alle matrici che l'hanno prodotto, al paziente cammino che ha prodotto, a partire da istanze umane, che si sono fatte richiesta politica, delle nuove istituzioni.

Ed il puntuale richiamo ai contesti legislativi, alle motivazioni sociali e politiche, preso a distanza di anni, ci rimanda decisamente alla considerazione che nulla, in un consesso sociale, accade per pura produzione d'interventi tecnici, ma che le cose importanti succedono perché s'innervano su un tessuto di idee, passioni, azioni che traggono la loro motivazione da un impegno civile (e, forse, proprio nella presentazione della saldatura tra queste ragio-

ni sta anche l'elemento *datato* del testo, perché le motivazioni dell'agire del nostro oggi ci paiono, francamente, molto meno agevolmente definibili).

Al passare di tempi resiste, trovando anzi conferme e ragioni ulteriori, anche un'altra dimensione così ben illuminata dalle pagine di Mauro Covacich, che è quella dell'impegno comune, del lavoro di équipe, che sorregge gli interventi di quanti si prendono cura. Nessuno di loro, infermiere psicologo o psichiatra che sia, agisce mai da solo, né da solo conferisce senso al proprio operato: la collaborazione attiva s'impone, narrativamente (e qui si apprezza l'efficacia del precetto, cui Covacich è sempre fedele, per cui la narrazione deve esibirsi senza appesantirsi delle proprie stesse motivazioni: «Show, don't tell!»), come una dimensione naturale, ovviamente compartecipata, e fruttuosa concretamente. E questi *normali* sono persone inserite nella loro comunità, nei confronti della comunità – com'è giusto – civilmente impegnati.

Impegno civile, comunque, ed etico, viene da aggiungere. Nella bella prefazione al libro – un racconto in più, in un certo senso – Covacich intervista Francesco Stoppa, colui che nel libro si cela sotto il nome di dottor Aschesi (etimologicamente rimandando ad *askesis*, cioè "esercizio", ma, anche, appunto, "acesi") e con lui attua un bilancio degli anni intercorsi tra la prima stesura del testo ed oggi.

Nel consuntivo così delineato si leggono le soddisfazioni legittime che derivano da un lavoro svolto accettandone la precarietà (ma, proprio per questo, senza pretenderne una taumaturgia, senza cedere al vizio di buttar via tutto per non aver raggiunto una impossibile perfezione); le preoccupazioni per un futuro nel quali i servizi siano resi facilmente disponibili e allineati, di fronte all'utente, come su scaffali da supermercato, all'interno del quale le istituzioni operino una loro ulteriore, raffinata e subdola, dissimulazione (continuando ad esserci senza tuttavia esibirsi in quanto tali); le intuizioni di nuovi tipi e manifestazioni del disagio del vivere (la geniale definizione dei *normaloidi*, le odierne vittime della necessità dell'adeguamen-

to ad aspettative e stereotipi). Un bilancio, soprattutto, nel quale il richiamo al dovere del *chiedere perdono* proprio, in realtà, di chiunque prenda a cuore il destino dei suoi simili (non solo medici e psicologi e psichiatri, come si dice nel libro, ma, aggiungiamo, anche insegnanti e politici,) è un richiamo a quella capacità di *provar vergogna* nel proprio agire che, sola, ci riconduce a dare ad esso una motivazione non solo tecnica.

In questo senso, appunto, il libro innesca una provocazione che tocca tutto il campo di quelli

che sono chiamati, sotto varie motivazioni e ambiti, *servizi alla persona*: una richiesta a vivere, nell'esperienza di ogni singolo operatore, l'enormità della consapevolezza di avere a che fare con un suo pari. Qui, potremmo anche dire, si svela la radice umanistica, classica, della riflessione che Stoppa, e Covacich con lui, impostano.

Umanistica e classica, certo, perché la *vergogna* è la traduzione dell'*aidòs* greco, di quell'atteggiamento di rispetto che solo può fondare il vivere sociale.



Il limite e la soglia

Lavoro d'équipe e campo istituzionale

FRANCESCO STOPPA

L'équipe – proviamo a partire da questa che è solo una delle sue possibili definizioni – è *la custode di una soglia*.

La lingua latina raccoglieva in un unico termine – *limen* – i concetti di limite e soglia. Ciò che racchiude, dunque, è anche ciò che garantisce il passaggio ad altro e l'apertura.

Il compito primo, per tutti noi che lavoriamo nei cosiddetti servizi, è pensare, ripensare, a cosa siano le istituzioni, cioè i luoghi deputati a rappresentare il *limen* all'interno del tessuto sociale. Non è cosa di poco conto sviluppare il pensiero sulle istituzioni nel tempo in cui l'Altro svapora, in cui i consueti punti d'autorevolezza sembrano dileguarsi e tutto si fa uguale a tutto; il tempo nel quale l'idea di comunità è un'anticaglia, se considerata dal punto di vista del mito moderno dell'individuo. Il tempo, venendo a noi, in cui le istituzioni sono diventate *servizi*.

Una domanda, allora: le istituzioni sono delle organizzazioni?

Curioso, ma questo esito – l'appiattirsi dell'istituzione a dispositivo meramente gestionale delle contraddizioni sociali – non appartiene solo alle istituzioni totali del XX secolo, al manicomio nella fattispecie, inteso come l'organizzazione che garantiva una gestione reclusiva della follia fuori dalle mura della città. Se infatti pensiamo ai servizi di oggi, anche a quelli più avanzati, l'ideologia della risposta sta spostando tutto l'asse dell'intervento psichiatrico sul piano dell'organizzazione, da un lato dell'emergenza e dall'altro dell'assistenza. L'essenziale è “la copertura sulle 24 ore” in spazi istituzionali approntati ad hoc, centri crisi, residenze protette, comunità alloggio; ma l'effetto collaterale di questa accelerazione del dibattito sulla salute mentale a livello di organizzazione di servizi efficienti ed efficaci è che non rimangono più né tempo né fondi né risorse umane per quello che fino a ieri si chiamava “lavoro nel territorio”, lavoro di comunità o di rete.

La tessera sottratta al mosaico dell'intervento di salute mentale è nientemeno che *la cura*, parola che in certi ed avanzati servizi è divenuta impronunciabile. Ma eliminata con molta facilità la questione “cura” – giudicata cosa troppo cli-

nica, rea di mantenere una sorta di stigma che minerebbe il diritto di cittadinanza dell'utente – le istituzioni stanno in realtà diventando le organizzazioni dell'invalidazione assistita e del controllo dei comportamenti devianti: i servizi sociali dei Comuni da un lato, i giudici dall'altro affidano alla psichiatria – forte dei suoi servizi forti, ma in verità indebolita dal fatto di non avere l'autorevolezza propria di un'istituzione – la gestione degli scarti del sistema sociale.

Certo oggi non si pensa all'esclusione, perché siamo nel tempo di quella deportazione a rovescio che si ama chiamare “Inclusione sociale”, e gli scarti, i resti, sono pezzi riciclabili, sono potenzialmente produttivi anch'essi. Danno da lavorare a un Terzo settore in forte espansione e sono un nutrimento di non poco conto della macchina socio-assistenziale pubblica. E se anche questi resti non ce la fanno a rientrare in società o ad usufruire di una borsa-lavoro, vengono amorevolmente intrattenuti dentro le maglie del servizio psichiatrico, in spazi che Sergio Piro ha definito «prigionucce gettate in periferia, ottuse e spersonalizzate, allietate, in omaggio alla riforma del 1978, da eterne ceramiche, da pasti venuti dalle Ditte di fuori, dalla televisione *night and day*, da spettacolucci e danzette della domenica, da visite del cardinale e dell'Assessore».

Lacan diceva che «il resto è sempre, nel destino umano, fecondo», ma si tratta di una fecondità che non ha a che vedere con l'utile, piuttosto con le condizioni che consentono ad una società di dirsi civile.

Per Basaglia stesso non c'era nulla di umanitario o caritatevole nell'aprire la soglia tra città e istituzione manicomiale, ma si trattava di riabilitare la società a saperci fare con le sue contraddizioni, condizione prima, questa, della sua stessa umanizzazione, possibilità che le si dischiude di riflettere sui propri ideali e il proprio funzionamento. Il legame sociale (si pensi ai 4 discorsi di Lacan) si regge infatti su ciò che lo rende insaturo.

L'organizzazione non concepisce i resti in quanto tali, non dialoga con essi e non impara nulla da loro. Può solo gestirli. È l'istituzione, in quanto non coestensiva ai meccanismi di ri-

produzione della macchina sociale, che istituisce i contesti, gli scenari tramite i quali la malattia, la follia, il disagio, possano rientrare, a modo loro, nel discorso. Qualora si declinasse come qualcosa di diverso da una semplice offerta di prestazioni, *rispondere* vorrebbe dire proprio “fare da sponda” all’invocazione, alla parola, più spesso all’urlo dell’altro.

Istituire è tuttavia un atto, e l’istituzione non segregativa è quella che *qui ed ora*, in modalità non standardizzate e nell’ascolto della domanda, crea questa sponda grazie a cui venire a patti con una soggettività in sofferenza.

Istituire l’istituzione – cioè per certi versi destituirne del suo fondamento per farne, piuttosto, un set mobile – è un modo per farne un corpo vivente e non un organismo mineralizzato. Se ne deduce che solo delle forme viventi, in grado di darsi già da sé in forme discorsive, possono aprirla alla sua funzione di *limen*. In questo senso, appunto, dicevamo che l’équipe – il resto vivente, e si spera fecondo, che abita e dirige l’istituzione – è la custode del limite e della soglia. Delle potenzialità ritmiche di un’istituzione di cura.

Sappiamo infatti che l’istituzione dovrà rappresentare lo scenario al cui interno lo psicotico ritesse le trame di un “mondo prima del mondo” (l’istituzione come area transizionale), intervenendo in supplenza di un campo simbolico che non ha saputo strutturarsi come un universo per lui praticabile. Mentre, nel caso del borderline, dovrà dar forma a dei contesti discorsivi sufficientemente stabili e alternativi a quello familiare, percepito come frustrante, confuso e caratterizzato da un’estrema variabilità e discontinuità affettiva, tale da lasciare il soggetto in balia dell’umore dell’Altro. Come dice Antonello Correale, il borderline soffre peraltro di un «un dolore laico» che non gli consente di fabbricarsi, come lo psicotico, un mondo altro, cioè di affidarsi al delirio. Non può nemmeno impazzire, e la sua esasperata quanto sterile ricerca della verità dell’Altro lo condanna ad una forma di insostenibile dipendenza da lui. Troviamo in questo caso una soggettività collocata in una zona morta e questo fa sì che, a un inesauro bisogno dell’Altro, corrisponda poi un attacco violento a colui che gli rimanda un sentimento d’inesistenza. L’istituzione può allora essere l’occasione del riposo, della mentalizzazione, della trasformazione del passaggio all’atto in affetto, rappresentazioni e parole.

La dimensione dello scenario o dei contesti della cura (il limite interno) apre, al di là di sé, al-

la questione del transfert in quanto, se il setting è il presupposto del gioco, la partita si compie, si sa, a livello della relazione umana d’amore e di sapere.

Il transfert istituzionale è insostituibile per il recupero della realtà più “basica” del soggetto, in quanto tale transfert si realizza non tanto o non solo sulla figura del terapeuta quanto su elementi di contorno, frange e sfumature dell’esperienza quotidiana, elementi anonimi e desoggettivati come gli oggetti o le attività varie della riabilitazione, o figure non istituzionali, gli altri pazienti stessi.

Nella comunità, cioè in un contesto trans-individuale, diventano più agevoli per il paziente la riscoperta e il rilancio della sua cifra pre-individuale. L’esperienza di decenni di pratica di comunità ci ha insegnato che il fondo psichico del soggetto, antecedente alla sua costituzione egoica, – che è quanto di più slabbrato troviamo nelle patologie gravi – può così trovare modo di ritessersi.

La psicosi non è un disturbo dell’io che necessita un rinforzo egoico. Piuttosto, troviamo un io deformato o impossibilitato a formarsi a causa della carente costituzione del fondo psichico soggettivo (l’immagine reale della tappa n. 1 della fase dello specchio di Lacan, o l’io-reale di Freud che, ancora per Lacan, è deputato ad assicurare l’omeostasi delle tensioni interne, cioè lo svuotamento che ordina il godimento). Il paranoico si installa nell’io speculare al prezzo della propria mortificazione nell’immagine ideale di sé, mentre lo schizofrenico non vi accede o ne infrange le linee costituenti in quanto vi vede solo il generarsi di una forma ai limiti del mostruoso.

Come rendersi sopportabile l’io, dunque? Questo potrebbe essere un quesito della riabilitazione.

Il prodursi della singolarità avviene, sostiene Agamben, in una «modalità sorgiva» secondo la quale il soggetto viene «continuamente generato dalla propria maniera di essere». Non si tratta ancora, lo si capisce bene, di una serie di qualità specifiche o di proprietà peculiari a quel dato individuo, che già alluderebbero alla funzione dell’io, ma della dimensione *qualunque* – dice appunto Agamben – del soggetto, quella che ciascuno di noi pone naturalmente in essere al livello minimale delle abitudini, di quella piccola cronicità quotidiana con cui offriamo il nostro essere al rapporto col mondo. Si tratta di una sorta di “impropria” unicità che si realizza senza che noi lo voglia-

mo: la nostra inconsapevole cifra umana, qualcosa in certo qual modo di non proprio (se pensato in relazione, appunto, all'identità egoica, al controllo che la persona può esercitarvi) e «perfettamente comune». È il modo con cui ognuno – a partire dalle sfumature comportamentali, dalle posture fisiche, dallo stile della sua comunicazione... – interpreta la sua *comune, ordinaria* condizione di vivente, quel dato biologico che, per l'essere parlante, non è circoscrivibile alle sue connessioni neurofisiologiche ma include anche la rete delle sue relazioni sociali.

Per Mario, ad esempio, entrare in un bar è ogni volta una piccola ma intensa sofferenza. Avverte su di sé, immediatamente, il peso degli sguardi delle altre persone, è come se di colpo realizzasse il senso insostenibile della sua presenza, della sua corporeità, dei suoi stessi pensieri che si fanno solidi, esposti ad una contaminazione caotica ed enigmatica con i discorsi, gli oggetti, le situazioni lì presenti senza che tutto ciò faccia mai legame, perché, al contrario, lui resta come inchiodato alla sua irriducibile e desertica condizione di individuo. «Possibile – si lamenta – che non possa mai sentirmi uno qualunque?».

Il riferimento è quindi a nessun'altra qualità se non a quella data dalla propria condizione, la propria *cosa umana*. Questa condizione fonda su basi non narcisistiche lo stesso amore di

transfert: l'oggetto di riferimento, «l'essere speciale è, in questo senso, l'essere comune o generico e questo è qualcosa come l'immagine o il volto dell'umanità. Speciale – aggiunge Agamben – è, infatti, un viso, un gesto, un evento che, non somigliando ad *alcuno*, somiglia a *tutti* gli altri. L'essere speciale è delizioso, perché si offre per eccellenza all'uso comune, ma non può essere oggetto di proprietà personale».

Qualunque. Non è però questo anche il primo nome di colui a cui si rivolge la domanda del transfert analitico, il “soggetto qualunque”?

E qui si apre la bella questione della destituzione soggettiva dell'operatore, del suo saper lavorare in certo senso “senza l'io”. Di come l'équipe possa non solo aiutarlo in questo, dargli il giusto conforto, ma anche permettergli – permettersi – di guadagnare una forma di piacere da tale posizione in cui, effettivamente, brillano la questione del limite come anche quella della soglia. Perché è il limite, la castrazione del terapeuta che tiene aperta la soglia della relazione di cura, è il modo con cui l'operatore veste la sua condizione qualunque che permetterà al paziente di accedere ad essa come a un guadagno di senso e a un *modus* sufficientemente pacificato di godimento.

Tuttavia, non possiamo concludere la nostra riflessione sull'équipe senza porci il problema di come i processi di aziendalizzazione in corso in-



fluiscano sull'apparato psichico dei curanti e delle équipe stesse.

L'organizzazione di oggi genera apparati prettamente tecnici di gestione del disagio, sullo sfondo di un deperimento di quello che è il rapporto col contesto simbolico e culturale di riferimento che dovrebbe ispirare l'organizzazione stessa: il normativo puro – come ha scritto Francesco Barale – nel deserto di identità disseminate e di progressivi disincanti.

Certo non è facile né occuparsi di clinica né lavorare sulle reti sociali (cioè rispettivamente il limite e la soglia) se siamo sollecitati a farci manager della salute, zelanti compilatori di DRG o di dati statistici (altro che “segretari dell'alienato”, siamo i segretari dell'invalidazione assistita...), se la nostra formazione deve continuare a transitare per quei concorsi a punti che si chiamano ECM.

Le esigenze protocollari e procedurali dell'aziendalizzazione non possono non avere effetti sugli assetti mentali e affettivi delle équipe, almeno quanto ne ha il bisogno del potere sanitario di oggi di tutelare la pratica clinica dalle possibili ripercussioni derivanti dall'insoddisfazione o dalle possibili proteste dell'utenza, dei familiari, dei massmedia: bisogna insomma accontentare tutti, raccogliere il consenso di tutti. In una parola: lavorare nella paura.

Esiste quindi una neoistituzionalizzazione, burocratica e controfobica, che produce l'omogeneizzazione degli operatori e la standardizzazione delle procedure, degli interventi e del tipo di attenzione e ascolto rivolti all'utenza: il sintomo e il disagio, da eventi, contingenze della soggettività, diventano dati trattenuti nelle maglie di procedure statistico-procedurali che ne devitalizzano il contenuto, che lo destorificano.

La stessa tendenza trasformativa dell'istituzione (quanto c'è di più istituyente) viene sacrificata sull'altare di un sistema che assimila e ripete e si fa autoreferenziale.

Il pensiero protocollare oblitera il pensiero creativo e critico dell'équipe.

La psicoanalisi non ha forse avuto, in Italia, un gran peso nel processo di superamento delle istituzioni totali (del gruppo di Basaglia uno solo fece poi l'analista e gli analisti che costruirono un'interfaccia col movimento non furono poi molti). Bisognerà vedere se e come – con quale tipo di contributo – gli analisti di oggi si adopereranno a escogitare antidoti (non certo di tipo paranoideo) per far sì che la moderna istituzione globale non produca danni irreparabili sulle soggettività di tutti, innanzitutto sull'apparato psichico delle équipe di cura, custodi prime del *limen*.

BIBLIOGRAFIA

- G. Agamben, *Profanazioni*, Nottetempo, Roma 2005.
 F. Barale, “L'inconscio ai tempi dell'aziendalizzazione. L'istituzione e la memoria”, in L. Rinaldi, *Stati caotici della mente*, Cortina, Milano 2003.
 A. Correale, *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla, Roma 2006.
 J. Lacan, “Nota sulla relazione di Daniel Lagache”, in *Scritti*. Vol. I, Einaudi, Torino 1974.
 S. Piro, *Trattato della ricerca diadromico-trasformazionale*, La Città del Sole, Napoli 2005.
 G. Simondon, *L'individuazione psichica e collettiva*, Derive Approdi, Roma 2001.
 F. Stoppa, *La prima curva dopo il Paradiso. Per una poetica del lavoro nelle istituzioni*, Borla, Roma 2006.



INDICE

C'era una volta l'équipe?
di Francesco Stoppa

PAGINA TRE

EFFETTI D'ÉQUIPE **Saggi sull'attualità del lavoro** **in gruppo nelle istituzioni**

L'équipe, crisi o riscoperta?
di Angelo Cassin

PAGINA SETTE

L'équipe dei curanti come apparato conoscitivo
di Laura Litardi

PAGINA UNDICI

Preso in carico o preso in cura?
di Giacomo Di Marco

PAGINA QUINDICI

L'impatto della patologia psichiatrica sugli operatori
di Margherita Gobbi

PAGINA VENTI

Lavoro di gruppo e organizzazione post-tayloristica
di Marco Cerri

PAGINA VENTQUATTRO

Il lavoro di gruppo in ambito ospedaliero
di Lucio Schittar

PAGINA VENTOTTO

“Burnout”: oltre i confini della demoralizzazione
di Franco Fasolo

PAGINA TRENTA

A scuola dai bambini
di Marco Pacelli

PAGINA TRENTANOVE

L'équipe si barcamena
di Cesare Maria Cornaggia e Enrico Biagi

PAGINA QUARANTATRE

Lo spazio di supervisione in équipe come organismo vivente

di Raul Catalano

PAGINA QUARANTASEI

Quale integrazione per la salute mentale?

di Pasquale Evaristo

PAGINA QUARANTOTTO

L'équipe e il suo leader dialogante

di Antonello Correale

PAGINA CINQUANTAQUATTRO

L'integrazione difficile e i paradossi dell'istituzione

di Marisa Anastasia

PAGINA CINQUANTASEI

Il lavoro d'équipe raccontato dagli operatori

di Daniele Pavese

PAGINA CINQUANTANOVE

Effetti d'équipe in una Casa Famiglia

di Annalisa Davanzo

PAGINA SESSANTADUE

I pirati della coprogettazione clandestina

di Giorgia Botter

PAGINA SESSANTASEI

Accordi d'équipe

di Moreno Gaudenzi

PAGINA SESSANTOTTO

Il rispetto per l'altro

di Piervincenzo Di Terlizzi

PAGINA SETTANTADUE

Il limite e la soglia

di Francesco Stoppa

PAGINA SETTANTAQUATTRO

Interventi di:

Marisa Anastasia

Enrico Biagi

Giorgia Botter

Angelo Cassin

Raoul Catalano

Marco Cerri

Cesare Maria Cornaggia

Antonello Correale

Annalisa Davanzo

Giacomo Di Marco

Piervincenzo Di Terlizzi

Pasquale Evaristo

Franco Fasolo

Moreno Gaudenzi

Margherita Gobbi

Laura Litardi

Marco Pacelli

Daniele Pavese

Lucio Schittar

Francesco Stoppa