

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

IL PIACERE DEL LAVORO NELL'EPOCA DELLE ISTITUZIONI-AZIENDA



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

IL PIACERE DEL LAVORO NELL'EPOCA DELLE ISTITUZIONI-AZIENDA

ATTI DELLA GIORNATA DI STUDIO DI PORDENONE
4 MAGGIO 2007



Evento promosso da:

Provincia di Pordenone - Dipartimento di salute mentale Ass6 "Friuli Occidentale"

Liceo "Leopardi-Majorana" - Rivista «L'Ippogrifo» -

Associazione "Enzo Sarli" - Cooperative sociali Itaca, FAI, ACLI e Noncello

Libreria  al SEGNO
Editrice

Autori e collaboratori:

ANDREA APPI
MARIA VITTORIA AUCONE
ANGELO CASSIN
ELIO CAMPIUTTI
MARCO CERRI
SERGIO CHIAROTTO
ALESSANDRO CIRIANI
ANTONELLO CORREALE
MARIO COLUCCI
ROBERTO BAGNARIOL
KATIA BALDO
LUCIO BOMBEN
ALESSANDRO DELLA MATTIA
PIERVINCENZO DI TERLIZZI
FABIO FEDRIGO
ANTONIO GABRIELLI
MARGHERITA GOBBI
ARDEA MORETTI
MARIO NOVELLO
DANIELE PAVESE
LEOPOLDO PERATONER
PAUL RECCHIA
GIORGIO SIMON
FRANCESCO STOPPA
FULVIO TESOLIN
ALESSANDRA TURRIN
PATRIZIA ZANET
GIOVANNI ZANOLIN

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

Maria Vittoria Aucone,
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 dicembre 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.

«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:
E-mail: francesco.stoppa@ass6.sanita.fvg.it

Questa Giornata rappresenta l'incipit di un progetto di formazione di più ampio respiro, dedicato a persone ed istituzioni che si occupano di salute, istruzione e processi di cittadinanza. L'idea, l'occasione per questa giornata di confronto e di studio è data dal nuovo libro di Francesco Stoppa, "La prima curva dopo il Paradiso. Per una poetica del lavoro nelle istituzioni", recentemente edito dalle edizioni Borla di Roma.

Come introduzione ai lavori odierni mi pare abbia senso richiamare in sintesi alcuni passaggi rappresentativi delle complessità e delle problematiche che s'intrecciano nel libro in questione, e che ritroveremo, con ogni probabilità, negli interventi che seguiranno nel corso di questa giornata. Si tratta di un testo prezioso dedicato ai processi ed alle lacerazioni del nostro sistema socio-sanitario, alla funzione delle istituzioni che si occupano di salute e malattia, di speranza, dolore e scarti sociali.

Per un orizzonte di dignità sociale

FABIO FEDRIGO

Presidente cooperativa sociale FAI

Le questioni del limite, dello spazio istituzionale, della comunità, dell'équipe, attraversano questo testo: la funzione del limite nelle istituzioni, limite inteso non solo come regolamentazione di accesso ai servizi ma soprattutto come «custode del discorso sociale», come «funzione di civiltà». L'istituzione non è onnipotente, non lo è mai stata. L'istituzione può dedicarsi semmai a «costruire risposte intelligenti e parziali (intelligenti in quanto parziali)». Forse vale la pena di interrogarci se non stiamo invece riducendo le nostre istituzioni educative e sanitarie a «centri commerciali del sapere e dell'assistenza». La questione della cura è dunque uno spazio, un luogo, un ponte tra clinica e politica. Vi è la necessità di riflettere sulle nuove e antiche complessità dell'aver cura, sul prendersi cura, sulle relazioni d'aiuto, sul valore politico e clinico di ogni operatore, dell'équipe e dell'istituzione, sul come «dare dignità al nostro operare».

Chiediamocelo: per noi che ci spendiamo dentro un terzo della vita, cos'è l'istituzione? Che luogo è? Quale tipo di desiderio, di tensione, o anche solo di bisogno, ci lega ad essa, e, di conseguenza, a coloro che chiamiamo "i miei colleghi"? E da qui ne discende: qual è il tenore del nostro godimento nel fare ciò che facciamo? Quanta e quale patologia sviluppiamo a questo livello, magari con la complicità dei colleghi di cui sopra? C'è infatti – non è un gran segreto – del godimento nevrotico, melanconico, paranoico, addirittura perverso, che circola nel-

le istituzioni. Ma – e questo è cruciale proprio per la questione della cura e del transfert, cioè della costruzione della relazione terapeutica – esiste anche un piacere che non è malattia, che, anzi, è salute e induce salute. C'è spazio allora, nelle nostre équipe, per quest'ultimo tipo di godimento che ha molto a che vedere con la questione del limite?

FRANCESCO STOPPA,

La prima curva dopo il Paradiso.

Per una poetica del lavoro nelle istituzioni,

Edizioni Borla, Roma

“La prima curva dopo il Paradiso” pone al centro del dibattito le istituzioni da umanizzare e l'équipe come forma di pensiero. «L'équipe è la garanzia che ci sia pensiero nell'istituzione, che quest'ultima non sia solo una macchina disanimata che fornisce prestazioni. E il pensiero è la cura. L'équipe dunque come ingranaggio vivente che si prende cura, innanzitutto, dell'istituzione, che con costanza ne pensa e ne organizza l'umanizzazione». L'istituzione diventa di conseguenza essenziale nel percorso di cura nel momento in cui rappresenta per l'operatore, prima ancora che per i pazienti, un'occasione di pensiero.

Entrano dunque in gioco il particolare e l'universale, il reale ed il simbolico, l'individuo e la collettività. Entrano in gioco i processi di responsabilizzazione che appartengono all'istituzione come alla comunità ed all'individuo: questi processi possono aiutare a promuovere una cultura più adeguata e misurata rispetto ad una distorta interpretazione dei diritti/doveri di cittadinanza, rispetto ad un diverso e comune senso di partecipazione ed appartenenza alla polis.

Compito di un'équipe è dunque anche quello di «sviluppare coscienza politica» all'interno degli scenari di cura. Abbiamo a che fare, oggi, con la fantasia di perfezione dei servizi e, conseguentemente, con l'ossessiva ed utopistica ricerca di risposte universali, a 360 gradi, della grande macchina socio-sanitaria. Tale fantasia condiziona negativamente la questione della cura nonché la funzione e la salute delle stesse istituzioni. Anche per queste ragioni scopo dell'équipe è dotarsi di un pensiero, di una direzione di cura verso il soggetto, la comunità e l'istituzione, verso un orizzonte di umanità e di civiltà.

In merito alla questione della cura Sergio Piro – autore della prefazione al libro – so-

stiene che «senza mutamenti decisivi della prassi e delle prassi (cioè senza cura), i soli mutamenti istituzionali non possono che generare, in vario modo e con molteplici apparenze, prigionie, prigionie, prigionie». E Stoppa afferma che «l'istituzione diventa dunque a sua volta una macchina segregativa quando gli operatori – i padroni di casa, gli ospitanti – non ne interrogano più il senso, il compito e le strategie, quando non ne vedono più i limiti».

L'esortazione ad una poetica del lavoro nelle istituzioni suggerisce che il lavoro istituzionale necessita «di una certa metrica, di una misura delle cose e degli interventi». Poetica intesa dunque come filtro ad una certa cultura retorica delle pratiche di cura, all'autoreferenzialità delle istituzioni pubbliche o private.

Su quest'ultima questione apro una breve parentesi.

Nel 2000 la Legge 328 traccia la direzione per la riforma dei servizi sociali di questo Paese. L'obiettivo è la realizzazione di un sistema di welfare che sappia promuovere nuove forme di sussidiarietà e responsabilità attraverso un sistema integrato di interventi. La grande ambizione che sottende questa riforma è innescare, all'interno delle istituzioni e della società civile, processi culturali di rinnovamento, conoscenza, partecipazione e interazione. La 328 è in fondo un atto di formale legittimazione sui ruoli, vecchi e nuovi, riconosciuti ed assegnati alle istituzioni pubbliche, alle organizzazioni del Terzo settore e alle famiglie, per la costruzione di un welfare che sappia promuovere sviluppo e sussidiarietà, per un welfare di comunità che sappia fondamentalmente promuovere processi di discontinuità. La 328 crea da subito grandi aspettative ed innumerevoli Tavoli di programmazione e confronto. A sette anni di distanza, nelle regioni ove ha ricevuto at-

tuazione mediante recepimenti normativi, si manifestano inequivocabilmente i limiti e le contraddizioni di una riforma al momento più teorica che pratica, più virtuale che reale. Questo perché ad una legittimazione formale non è seguita una legittimazione culturale dei soggetti che di fatto dovrebbero concorrere alla costruzione degli interventi socio-sanitari. Rimane ancora periferico e sostanzialmente sterile il coinvolgimento del Privato sociale, in particolare della cooperazione sociale, nei processi di reciprocità e di costruzione di capitale sociale. Ente locale e Privato sociale rimangono di fatto sulle proprie antiche posizioni. Il primo in una sorta di arrocco istituzionale, il secondo in una sorta di isomorfismo istituzionale da pubblica amministrazione. È evidente che queste posizioni sono contrarie ad ogni processo di valorizzazione delle risorse che ogni territorio esprime, di fatto sono posizioni che indeboliscono i sistemi di protezione e di sviluppo sociale.

Ritornando alla dimensione del piacere, che ritroviamo nel titolo di questo convegno, essa rappresenta un buon antidoto a burn-out e cronicità. Di certo c'è che lavorare bene, saper lavorare in équipe, vuol

dire assumersi l'onere e 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. Il nostro lavoro non lo si impara all'Università, resta il problema di sapere dove e come e da chi, ma tutto ciò è possibile scoprirlo solo nella dimensione dell'équipe. Ci vuole però anche una piccola dose di delirio: credere di essere lì non tanto per occuparsi della cura di qualcuno, quanto di un luogo, e che questo luogo, alla fine, sia il mondo stesso».

Diamo allora inizio alla Giornata, che prevede quattro interventi portanti e dei momenti di discussione, un intervallo "scherzoso" (a cui noi organizzatori teniamo molto) e una Tavola rotonda finale.

Grazie a tutti, relatori e istituzioni promotrici; e, in particolare, grazie a questo numeroso e qualificato pubblico, giunto dalla nostra e da altre regioni, per la sua presenza qui oggi. Ci auguriamo – per essere in tema col titolo della Giornata – che alla fine del tutto sia stato un piacere aver discusso insieme sul senso delle nostre pratiche d'ogni giorno.





IL PIACERE DEL LAVORO NELL'EPOCA DELLE ISTITUZIONI-AZIENDA

Prenderò in considerazione da due angolazioni diverse questo tema della sopravvivenza degli operatori che lavorano nelle istituzioni. Premetto però che *sopravvivenza* non indica, come spesso si crede, la condizione di chi vive al ribasso la propria esperienza di uomo. Significa in realtà due cose ben diverse:

– resistere, restare in vita (dopo la morte di altri o in seguito a degli eventi calamitosi; quindi, comunque, dopo l'attraversamento di un lutto);

– e, in secondo luogo, elevarsi al di sopra di qualcosa.

Anche se non se ne parla molto, il problema della sopravvivenza psichica dell'operatore è tra quelli centrali nella clinica delle patologie gravi. La quotidiana esposizione, il contatto diretto con le forme estreme della sofferenza mentale, non può ovviamente essere indolore e, più nello specifico, procura a più riprese dei rimaneggiamenti nel proprio assetto personale e professionale. Il nostro mestiere, a volerlo fare sufficientemente bene, comporta tante piccole ferite narcisistiche e svariati attraversamenti del lutto, a partire, naturalmente, dalla pretesa di poter sempre e comunque risolvere dei problemi che sono sempre, in realtà, più grandi di noi. Di tutto ciò, di come sopravvivere agli aspetti meno esaltanti del nostro lavoro, se ne parla sempre poco, e per vari motivi:

– motivi ideologici: l'immagine del folle, assimilato a una sorta di innocuo *beau sauvage*, rischierebbe di perdere quel connotato immaginario di vittima innocente del sistema a cui una certa retorica progressista lo ha un po' macchiettisticamente confinato;

– motivi difensivi: sono gli stessi addetti ai lavori che preferiscono rimuovere il fatto che nel loro mestiere non si può non entrare in contatto con una dimensione altamente problematica, capace talora di incutere un certo terrore;

– motivi legati all'addestramento del personale: se si do-

La sopravvivenza degli operatori

FRANCESCO STOPPA
Responsabile della riabilitazione,
Dsm di Pordenone.

vesse prendere sul serio il rischio psicologico connesso alla vicinanza con la malattia, allora salterebbe buona parte dell'apparato su cui si reggono i pacchetti formativi.

Aniché farci diventare tutti dei piccoli manager dell'assistenza, istruirci sull'uso dei test da infliggere a bambini o adolescenti in difficoltà, adde-

strarci a terapie strategiche o altre simili amenità, ci si dovrebbe occupare seriamente del problema della formazione di operatori chiamati, oggi, a compiti che, per le loro implicazioni psicologiche, legali, sociologiche e culturali, rasentano l'impossibile.

A proposito di sopravvivenza, Winnicott diceva che ogni terapeuta deve mirare (e lo deve fare per sé ma anche per il suo paziente) a stare *vivo, bene e sveglio*.

Questa cifra vivente, libidica e presente a se stessa dell'operatore è una garanzia. La sua resistenza soggettiva, infatti, segnala al paziente che il terapeuta è in grado di sopravvivere agli attacchi del suo amore totalizzante, confusivo, in alcuni casi spietato almeno quanto la sua pulsione di morte. Tale tenuta psichica dell'operatore rappresenta quindi l'unico antidoto a ciò di cui lo psicotico maggiormente soffre, che più lo aliena e lo disumanizza, e cioè il suo sentimento d'onnipotenza.

L'operatore dimostra così di sopravvivere agli investimenti e agli attacchi distruttivi cui sono soggetti i partner delle sue relazioni immaginarie. Sopravvive come un oggetto irriducibile alle cariche del paziente, alla sua necessità di far impazzire l'altro. E così, come scarto, alterità incarnata, il paziente lo potrà prima o poi incontrare – nonostante la fine del mondo, tra le rovine del suo stesso mondo psichico – nella sua vitalità d'oggetto vivente. Questa resistenza umana lo costringerà a riconoscere che c'è qualcosa di più consistente, nel reale, del suo stesso senso d'onnipotenza immaginaria: al di fuori di lui, al-

Nella pagina precedente:
Carpentieri.
Fotografia di Lewis W. Hine.

tra dalla sua, esiste una soggettività – quella dell'operatore – che si sostiene nel proprio limite, che si dà e si mantiene sufficientemente integra nella propria condizione vivente e mortale. «Sempre più mi vado convincendo – scrive Antonello Correale – che il malato mentale grave deve percepire con forza che il suo terapeuta è diverso da lui, che possiede un altro corpo, un'altra estensione, un altro sistema di memoria». Questa alterità (che sopravvive psichicamente al di là di lui) ha il potere di spostare il transfert dello psicotico da investimenti fondamentalmente mortiferi ad economie relazionali viventi.

C'è tuttavia da osservare come qui il partner del paziente non sia più l'operatore della *risposta inesauribile*, inevitabilmente affaticato dai correlati angosciosi di cotanta oblatività (che si vorrebbe a sua volta onnipotente), ma l'altro che porta in dono il suo limite. E proprio per farsene operativamente qualcosa del proprio limite, è necessario, aggiunge Correale, «che gli operatori diventino consapevoli dell'effetto che la malattia mentale esercita su di loro, sulle loro emozioni, fantasie, senso della vita e delle cose, capacità di amare e di odiare, sviluppo di curiosità scientifica o chiusura in formule rigide o ossessive». Tale consapevolezza diviene fondante per permettere agli operatori di muoversi con sufficiente serenità, almeno per quanto è possibile. Muoversi più nella dimensione del *piacere del proprio lavoro* che nell'angoscia del peso di un carico di cui si teme di misurare la reale portata. Il piacere non come optional, un di più, effetto collaterale di un mestiere – quello delle relazioni d'aiuto – che in fondo può riservare anche delle soddisfazioni, ma come un dato strutturale nella cura.

Il tenore del nostro godimento è fondamentale per la riabilitazione del paziente, che, infatti, è una riabilitazione innanzitutto delle sue possibilità di sperimentare del piacere. Il piacere, ad esempio, d'essere un soggetto *qualsiasi*, sottratto alla condizione di esposizione e di eccezionalità della psicosi, agli effetti di un godimento – del



Carpentieri.
Foto di Lewis W. Hine.

corpo, del pensiero – che non concede tregua, che martirizza. Lacan esprime così la cosa: se c'è un piacere che lo psicotico non conosce è quello della pace della sera, del tramonto, il calare della potenza del sole, il suo farsi più compiacente al bisogno umano di zone d'ombra.

Sempre che se ne sappia coltivare una poetica, cioè una misura, il nostro piacere di operatori contiene quindi in sé un gradiente di terapeuticità perché svela allo psicotico la possibilità di un godimento abitabile, localizzabile e non invasivo, socializzabile e non autistico. La civiltà – ce lo ha insegnato Freud – nasce sulle rovine del “godimento-tutto”, autarchico. È rinuncia ad esso, ma anche sua

fruibilità in termini più pacificanti e condivisi. Se curare è un'operazione di civiltà, si tratta allora sempre di un'operazione che va a incidere sulle forme di godimento, a favore di una loro umanizzazione. E di conseguenza il piacere che noi curanti proviamo nel nostro lavoro diventa l'agente decisivo di ogni percorso riabilitativo, nella fattispecie del legame di transfert. (Quanto, questo piacere, mostrarlo anziché celarlo, quanto lasciarlo solo intuire, è un'altra questione, tecnica ed etica a un tempo).

Certo questo discorso vale se noi facciamo riferimento ad una clinica tenuta *sotto transfert*, cioè giocata nel vivo dei legami che il paziente intrattiene con noi operatori a tre livelli: come singoli, come équipe e come istituzione. Legami inter e trans-soggettivi che viaggiano sul doppio filo della loro realtà effettiva e, soprattutto, di quella fantasmatica.

Ma anche qui, per starci, per resistere alla complessità di questi legami, diviene decisivo avere e ritrovare costantemente *il gusto della relazione terapeutica*, che, bisogna saperlo, si sviluppa qui ed ora, nel reale, ma anche altrove, *sull'altra scena*, direbbe ancora Freud.

Per farcela, per cavarsela in tutta questa complessità di rapporti visibili ed invisibili, è necessario comunque coltivare *una certa inclinazione drammatica*, capire cioè che la cura è qualcosa che si svolge su uno scenario piuttosto articolato, mai

tra operatore e paziente e basta, e mai solo lì dove sembra realizzarsi. Altrimenti è l'investimento immaginario, in altri termini seduzione e morte, o la terapia stile "prova di realtà", niente di più micidiale per il paziente grave.

Ecco allora che il piacere del lavoro, che è quanto permette che si creino le condizioni del transfert e quanto garantisce la nostra sopravvivenza psichica nelle istituzioni, è strettamente connesso all'uso transferale delle istituzioni stesse, al loro adattarsi a fondatale, set, cornice o palcoscenico di quella drammatizzazione, di quella riscrittura simbolica dell'esperienza che una cura degna di questo nome non può non essere.

Ma si vede bene, qui, come nessuno possa, né debba, farcela da solo; serve il gruppo, una compagnia affiatata di attori, l'équipe, che sappia "giocare la realtà" col suo paziente.

Il campo istituzionale è fondamentalmente *un campo transizionale*, preliminare alla realtà codificata. Al suo interno il paziente potrà finalmente fare un passo indietro, svincolarsi da una realtà che ha solo subito per reinventarsela – come qualsiasi bambino a suo tempo dovrebbe poter fare – e rendersela percorribile, fruibile; per trovarvi mediazioni, indicazioni stradali, incontri finalmente pacificanti coi suoi simili.

Credo che debba esserci chiaro (e tale consapevolezza fa parte della nostra professionalità) che il nostro è un lavoro di civiltà, che negli svincoli più reconditi del lavoro quotidiano, anche quello routinario e legato ad operatività minimali, basilari, noi siamo chiamati, coi nostri assistiti, alla continua reinvenzione del mondo, del senso delle cose, dei legami, dei luoghi. Ci sono cronicità che sono stabilizzanti, che ridanno familiarità, che risvegliano il connotato riabilitante, appunto, dei luoghi, delle cose e delle persone. È solo quando ce lo scordiamo, quando l'incapacità di cogliere ciò che si muove intorno a noi genera quella noia che ricopre il nostro desiderio, è allora che si genera una cronicità patologica che è innanzitutto un problema degli operatori e delle istituzioni.



Charlie Chaplin,
attore nel film *Tempi moderni*.

Ora, sopravvivere nei cosiddetti servizi, per tutti noi, è innanzitutto rilanciare il valore delle istituzioni quali luoghi di ascolto, accogliimento, elaborazione e trasformazione di quanto è più oscuro e problematico ma anche più peculiare dell'essere umano. La malattia, la follia in particolare, è uno dei nomi di questa dimensione eccentricamente umana, sempre così scarsamente simbolizzabile.

le.

Certo noi siamo quelli che dovrebbero costantemente istituire l'istituzione, la quale in sé, se qualcuno non se ne fa carico, cade vittima del lavoro della morte. È perciò evidente che noi stessi, per fare questo, dovremmo sopravvivere in essa non come materia

mineralizzata, ma come organismi viventi. Potremmo dire così: se le istituzioni dovrebbero *simbolicamente* rappresentare l'apparato psichico di una certa società (cioè un campo di simbolizzazione dell'esperienza e una garanzia di umanizzazione della realtà produttiva), le équipes sono chiamate a incarnare *realmente* l'apparato psichico delle istituzioni, evitando così che esse ristagnino o si solidifichino come semplici *organizzazioni*.

Sorge qui, a proposito della differenza tra organizzazione ed istituzione, una domanda relativa alla nostra infelicità di operatori e che ci introduce alla seconda angolazione possibile della questione "sopravvivenza": crediamo veramente che le condizioni di sofferenza degli operatori siano oggi sostanzialmente imputabili alla particolare difficoltà dei loro utenti, che si tratti di pazienti gravi o di studenti difficili? È a costoro che dovremmo sopravvivere?

È evidente che abbiamo tutti bisogno delle istituzioni, noi operatori per primi. Istituzioni come luoghi della tradizione e del cambiamento, dell'incontro e dello scontro, della mediazione e della trasmissione, del pensiero e della formazione, della responsabilità condivisa; e, ancora, della vita e della morte, del loro buon impasto.

Luoghi, anche, come lo esprimono alcuni autori, di *emozioni fondatrici*.

Cosa rimane – chiediamocelo – dell'istituzione così concepita

ta nell'*istituzione-azienda* di oggi? Si tratta fondamentalmente di un'organizzazione: organigrammi, ruoli, mission aziendale (il termine ha qualcosa di grottesco, visto che in italiano evoca qualcosa di trascendente che non si ritrova proprio da nessuna parte nella logica così produttivistica delle nostre aziende socio-sanitarie), scelte riconducibili alla logica costi-benefici, manovre di contenimento della spesa, controllo ormai cronometrico delle prestazioni elargite, valutazioni di efficacia, pacchetti di formazioni interservizi (dove quello che di certo si apprende sono le tecniche per una clinica *senza transfert*), la burocrazia al posto della responsabilità. Tutto questo, naturalmente, viene spacciato per scientifico, cosa che non mi sentirei di negare a priori perché non sono un economista, anche se come cittadino non ho visto realizzare grandi risparmi e come terapeuta constato solo il costante, annuale, taglio di fondi per le attività riabilitative dei miei assistiti.

Quello che invece contesto è che – trattandosi di salute dell'essere umano – manca qualsiasi traccia di una scienza del soggetto. Non a caso si pensa sempre ai *bisogni* dei cittadini (forse per questo si chiamano *servizi*), quando anche i sassi sanno che gli umani, oggi, nella società neocapitalista, si ammalano psichicamente non perché manchino di qualcosa ma perché trovano già tutto, non praticano i vuoti. Ed è per questo, a partire da questa ignoranza di fondo, che si continuerà a spendere ma senza investire in veri e fruttuosi progetti a lungo termine.

Certo di responsabilità ne abbiamo anche noi, che ci lamentiamo di tutto questo montare di statistica, di burocrazia, di tecnicismo, e che non siamo stati capaci, in verità, di produrre delle forme intelligenti di verifica dell'efficacia delle cure, e nemmeno di trasmissione dell'esperienza, ragione per cui le nostre "buone pratiche" rimangono sempre ostaggio di una certa retorica – spesso dell'ideologia del reinserimento sociale – e restano così scarsamente teorizzabili, magari con l'alibi di un non-dicibile che accompagnerebbe l'esperienza di cura. Allo stesso modo non siamo ancora capaci di dimostrare quella che è già un'evidenza clinica, e cioè che lavorare con modi e tempi consoni alle particolarità del singolo paziente, e non con modellini standard d'intervento, alla fine non rappresenta uno spreco, perché a tempi medio-lunghi questa scelta a favore del "soggettivo" produce una notevole riduzione dei costi più imponenti della sanità pubblica, cioè i ricoveri e la spesa farmaceutica.

Insomma, ce lo siamo voluto anche noi questo avvento del «pensiero protocollare [...] il normativo puro – ha scritto Francesco Barale – nel deserto di identità disseminate e di progressivi disincanti». Tutto ciò in luogo di un pensiero più vitale, creativo e critico, e soprattutto di uno spessore culturale un po' più elevato della questione *salute*.

Se tuttavia volessimo assumerci delle responsabilità a proposito di ciò di cui ci lamentiamo, dovremmo farlo andando comunque a vedere, senza farne drammi né perdersi in inutili recriminazioni, quali siano stati gli effetti collaterali (qualcuno dice addirittura "i danni") prodotti sul nostro apparato psichico da un decennio e più di aziendalizzazione. E, visto che rappresentiamo l'apparato psichico dell'istituzione e che la sopravvivenza del nostro psichismo è quantomai curativa, il problema non è poi di scarso rilievo, vuoi per noi operatori vuoi per l'organizzazione cui apparteniamo.

Certamente un danno non da poco è che questa riduzione dell'istituzione ad organizzazione ha prodotto delle emorragie – intese come perdite di senso di sé e del proprio sentimento d'appartenenza simbolica a un certo contesto. È evidente, ad esempio, che:

– ognuno è più solo, costretto, alla faccia di tutta la retorica sulla rete, a pensarsi più come uno specialista di una certa branca dell'assistenza che come un professionista che appartiene a un certo dispositivo simbolico (e qui si vede bene come l'organizzazione moderna rappresenti un vero e proprio *attacco al legame*);

– l'operatore è particolarmente demotivato, ha perso il senso del progettare se non per l'incentivazione economica che gli può derivare da obiettivi aziendali decisi da chissà chi e che coincidono quasi sempre con la necessità di ridurre la spesa. (A proposito di motivazione, per quale emozione fondatrice sto lavorando, a quale ideale faccio riferimento, quale leader seguo se chi orienta la cura è la burocrazia?);

– l'operatore ha più paura di un tempo. Non la paura del paziente o dello studente difficile, ma di chi, avvocati alla mano, potrebbe contestare le sue scelte, indagare sulla correttezza formale delle sue azioni. Oggi educare e curare sono pratiche che si svolgono sotto i fari del "regime democratico", sottomesse al vaglio di comitati di familiari, giornali e televisioni, giudici e politici, questi ultimi ben felici di cavalcare le proteste e le recriminazioni al fine di cibarsi del loro nutrimento quotidiano, il conseguimento del consenso di tutti.

Chi se la sente più di rischiare qualcosa, di mettersi in gioco fino in fondo – quando servirebbe – in una relazione educativa o terapeutica? Meglio farsi un'assicurazione, non si sa mai, o perlomeno attenersi alle procedure standard. Come se avessimo in cura un soggetto standard, fossimo operatori standard, come se potessero esserci cure o un'educazione degne di questo nome senza rischio per chi le conduce come per chi vi si sottopone. È così che la Grande Paura rischia di prendere il posto dell'ascolto, e il sintomo o il disagio smettono di essere domande che interrogano e insegnano qualcosa alla comunità. Essi sono diventati, invece, dei dati da trattenere nelle maglie di procedure statistiche, di risposte tecnologiche che ne svislano il senso e destorificano gli eventi che sono loro connessi.

Una cosa è certa, tuttavia: non possiamo elevarci al di sopra (*sopravvivere*, appunto) di questa paura – connaturata peraltro al mondo moderno: più si costruisce scientificamente la propria sicurezza più ci si sente deboli: il paranoico insegna – sviluppando paura, votandoci all'impotenza.

La realtà delle istituzioni-azienda non è il mondo dei direttori generali, dei burocrati, è il nostro mondo. Basaglia e i suoi non hanno bombardato il manicomio dall'esterno, lo hanno innanzitutto cambiato dall'interno. Non si sono mai sognati di dire «Loro sono il manicomio», ma «Noi possiamo superare i nostri manicomi, il manicomio che è in noi». Insomma, se non fosse l'aziendalizzazione sarebbe qualcos'altro, il problema restiamo noi che ci dimentichiamo di istituire le nostre istituzioni, cioè di trasformarle e accettare di trasformarci con esse, coi

nostri pazienti e anche coi nostri amministratori (magari cercando di far capire loro meglio le nostre ragioni).

L'essenziale, però, è restare vivi, in buona salute e svegli, cioè vigili. La vera questione, alla fine, resta quella di un piacere non patologico, ma che è salute e induce salute, un piacere che rappresenta un godimento condivisibile e non autistico, "socialmente utile".

Non solo il piacere del lavoro, ma anche quel po' di investimento libidico che possiamo trasferire sull'istituzione in qualità di luogo di civiltà, cioè di umanizzazione di godimenti altrimenti mortiferi, in quanto dimensione simbolica del legame, occasione di possibile intreccio del singolare e dell'universale. E questo dovrebbe addirittura renderci orgogliosi di lavorare in un'istituzione.

Allo stesso tempo è decisivo l'avvio e il mantenimento di percorsi di sapere (il sapere è sempre fonte di godimento), quel sapere clinico – del caso per caso – che possiamo sviluppare coi nostri compagni di strada e che rappresenta la migliore delle medicine per combattere depressioni, isterismi, burn-out, demotivazioni.

Quanto al lavoro – in qualsiasi epoca, anche in quella delle istituzioni-azienda – il segreto sta nell'affrontarlo *onesto voluptate*, come dice sant'Agostino a proposito della condizione del lavoratore Adamo nel Paradiso terrestre. Espressione che designa una forma di piacere che si accompagna a un senso di dignità.

Un piacere, quello del lavoro, che – aggiunge Agostino – non è mai *ad afflictio*, cioè abbattimento, ma *exilaratio voluntatis*, il rallegrarsi del desiderio.



Servizi o istituzioni?

MARCO CERRI

Sociologo, formatore, Suzzara (Mn)

Prima di esplorare il tema apparentemente semplice ma in effetti estremamente complesso (“Servizi o istituzioni?”) sul quale sono stato invitato a portare una mia riflessione, vorrei raccontarvi le suggestioni che mi provengono dal titolo del libro di Stoppa, da quello di questo convegno e dal disegno che accompagna entrambi.

La prima curva dopo il Paradiso: titolo enigmatico questo, che, anche dopo la chiarificazione del suo significato topografico, mantiene intatta tutta la sua densità simbolica. *Paradiso* è semplicemente un ristorante posto nelle vicinanze di una comunità terapeutica del servizio pordeonese, e il più sicuro e frequentato riferimento per indicare l’ubicazione di un centro che evidentemente è un po’ decentrato. Il ristorante è un luogo dove ci si nutre, dove si soddisfano bisogni primari insieme ad altri; luogo della cura primaria, ma al tempo stesso spazio di convivialità e di relazione; ma il Paradiso è anche un giardino, uno spazio segnato dalla sospensione del tempo, della storia, della fatica, il luogo del ritorno all’innocenza, alla purezza, alla pienezza senza fratture delle origini.

Il fatto che ci sia una curva tra il ristorante e il servizio ci fa pensare che, nonostante la vicinanza, ci sia un qualche impedimento alla vista reciproca. Il servizio fornito dalla comunità in questione intrattiene una dialettica complessa con il ristorante. È sì un luogo dove si praticano convivialità, relazioni, socialità, soddisfacimento di bisogni primari, ma è anche un’altra cosa: uno spazio dove si prova a costruire senso, a restituire significato e dignità alle persone (o ai soggetti, come preferisce definirli Stoppa). In una qualche maniera è oltre il Paradiso (*la curva dopo*), non è lo spazio idealisticamente bonificato dal conflitto, dalla sofferenza, dal limite, ma il contesto all’interno del quale si prova a dare parola e senso a tutto ciò. Una parola e un senso insaturi, che si ricreano costantemente in relazioni vive, senza un esito predefinito.

Vengo ora al disegno comune all’invito a questo convegno e alla copertina del libro di Francesco Stoppa: raffigura tre acrobati i quali, facen-

dosi reciprocamente sostegno, tendono a elevarsi, a costruire una sorta di piramide umana. Mi vengono qui in mente alcune forme di costruzione collettiva umana che accompagnano alcune cerimonie sacre nel nostro paese. Nell’acrobata, figura che ritorna anche nel testo di Stoppa (l’acrobazia del responsabile dei servizi, l’acrobazia delle istituzioni, ecc.), si esprime sì una pulsione elevativa, ma la sua forza, come Anteo, è data dalla sua condizione terrestre; in lui vi è questo continuo vai e vieni tra il basso e l’alto, tra terra e cielo. Aspira alla trascendenza ma ritorna costantemente alla sua terrestrità. Bauman, un sociologo che va molto per la maggiore e che è uno dei critici sociali più lucidi della contemporaneità, evoca la figura di Houdini come paradigma dell’individuo sociale post-moderno. Come è noto Houdini è stato un celebre illusionista che deve la sua fama alla sua capacità di sciogliere i potenti legami nei quali veniva avvinto; ed è proprio in questa sua capacità di sciogliersi da qualsiasi legame (sociale), da qualsivoglia prescrizione sociale che Bauman individua la rappresentazione simbolica dell’individuo auto-generato, il quale può fare a meno dell’altro e della storia, della cultura e delle istituzioni poiché è costantemente attraversato dalla pulsione liquida di sottrarsi al legame sociale.

L’acrobata, se è pur vero che tende a sottrarsi ad una condizione troppo umana, e tende a non appartenere ad un sotto ma è costantemente provvisorio nel sopra, è altrettanto evidente che riesce a guardare il mondo dall’alto per brevi istanti e poi ritorna a dover convivere con l’impossibilità, con il limite, con la prosaicità della condizione umana.

Nel mio ufficio peraltro spoglio e non sempre ordinato ho da anni la riproduzione di una celebre fotografia degli anni trenta: un gruppo di operai edili che si riposano con naturalezza su una trave sospesa nel vuoto durante la costruzione di un grattacielo. C’è chi mangia un panino, chi fuma, chi legge un volantino che immagina sindacale, chi conversa, ecc. Ho sempre pensato che questa straordinaria immagine potesse rappresentare metaforicamente la condi-

zione del responsabile di un servizio che si dedica ad una cura impossibile; affrontare l'incertezza, l'assenza di riferimenti consolidati, con il disincanto antieroico di chi sta sospeso senza prendersi troppo sul serio e laicamente accetta di lavorare sul costante ritorno dei problemi nella consapevolezza dell'indisponibilità di risoluzioni definitive e definitorie dei problemi.

Ma che al tempo stesso vi ritorna quotidianamente nella consapevolezza che la ricerca del senso non è solo una questione etica ma anche sociale.

Mi sia concesso un ulteriore riferimento all'ufficio dove passo tanto del mio tempo; a fianco di quella foto che vi dicevo, c'è un foglio dove è riportato un breve passo (credo sia di Gianni Celati) che accompagna un volume di fotografie di Luigi Ghirri, un fotografo della bassa morto qualche anno fa e che ha saputo dare un affetto poetico a luoghi segnati dalla piattezza e dall'ordinarietà. Ebbene,

questa frase dice: «La monotonia non è che il sentimento deluso di chi s'aspetta sempre nuovi illusionismi, come se occorresse essere sedotti anche per fare un solo passo».

Mi piace, allora, pensare al nostro lavoro come costantemente attraversato dall'aspirazione all'elevazione, alla trascendenza, e al tempo stesso richiamato alla condizione minuta e terrestre del quotidiano. Proprio come un acrobata.

L'acrobata attraversa i vuoti, li riempie provvisoriamente, nel momento in cui si dà si sottrae (Stoppa ci dice che l'arte di curare il mondo è nel sapersi dare sottraendosi). Non solo, l'acrobata attraversa lo spazio intermedio tra terra e cielo, la sua tensione elevativa ha come scenario rappresentativo la dimensione sacra. E Stoppa op-

portunamente ci dice che questo è l'oggetto di lavoro dei servizi; la ricostruzione dello spazio della parola, la sua sottrazione ad una dimensione puramente strumentale e referenziale per farla accedere ad una dimensione simbolica che sia in grado di trattare i grandi temi della vita e della morte, dell'agio e del disagio, della salute e della sofferenza.



Proverò ora a ragionare sul titolo di questo convegno, *Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda*, per rintracciarne le suggestioni simboliche che evoca e le sue relazioni con il compito che mi è stato affidato. Mi sembra importante segnalare come questo titolo sia costituito da due polarità: piacere e lavoro da una parte e istituzioni/azienda dall'altra.

Il lavoro si trova inscritto in una polarità di significati e di costruzioni di senso intimamente contraddittoria; già dalle sue origini etimologiche è attraversato da una duplicità forte e anche la storia del pensiero sul

lavoro è attraversata da questa intima duplicità: autocreazione (Hegel)/fatica e costrizione; bisogno vitale (Marx) /maledizione biblica, concreto/astratto, produttivo/improduttivo, valore d'uso/valore di scambio, sacrificio/gioco, ecc.

Ora, Freud nel *Disagio della civiltà* sintetizza questa polarità aiutandoci a comprendere come il lavoro possa coniugarsi al piacere; ma lo fa mettendoci in guardia. Il lavoro, ci dice, è un ambito di investimento di energie libidiche, aggressive, narcisistiche, erotiche; e fin qui ci parla della duplicità del lavoro e del piacere ad esso connesso. Ma aggiunge che il lavoro va inteso nella sua densità simbolica come differimento del piacere e tolleranza della frustrazione; nel suo corpo a corpo con la materia e gli strumenti il lavoro è una delle forme per l'accesso al principio di

Acrobati.
Disegno di Stefano Jus.

realtà; se si pensa però al nostro lavoro, alla sua immaterialità (la cura è essenzialmente relazione), laddove l'esito del lavoro è inseparabile dal produttore, come dice Marx, il rischio della perversione d'oggetto è in agguato. Laddove cioè il lavoro è costituito dalla gestione sì di una relazione con l'altro ma da una relazione ontologicamente asimmetrica, il limite non può essere l'altro, ma ci deve essere un terzo. E questo terzo non può che essere l'istituzione; tornerò su questo punto più avanti.

Ora vorrei tornare a Freud: dopo aver posto le fondamenta di una concezione psicoanalitica del lavoro, egli registra il diffuso malessere che accompagna lo sforzo lavorativo e lo imputa essenzialmente al suo carattere costrittivo. Anzi dice che il lavoro può essere soddisfacente solo se è liberamente scelto. Mi sembra importante. Ora, io (come, credo, tante persone in questa sala) appartengo alla generazione che ha iniziato a lavorare nel sociale anche come rifiuto del lavoro astratto, della costrizione aziendale, in parte, penso, anche come una sorta di rielaborazione del lutto della crisi delle grandi narrazioni della trasformazione sociale. Un pezzo di generazione che ha cercato di coniugare piacere e senso sociale, vita e lavoro, ricerca individuale e pratiche collettive.

Nel titolo c'è un'altra polarità tendenzialmente ossimorica: istituzioni/aziende. Perché il legislatore, per modernizzare lo stato sociale e la sanità in particolare, ha scelto il termine azienda? Se è pur vero che deriva dallo spagnolo *hacer*, fare, e pertanto indica una dimensione attiva, concreta, è anche vero che *hacienda*, nella sua formulazione originaria, era il grande latifondo del Centro America, improduttivo e basato su uno sfruttamento atroce.

Attualmente è più in voga il concetto di impresa (o meglio ancora intrapresa) dove viene sottolineata una dimensione attiva, dinamica, trasformativa. Azienda evoca solidità, invarianza, oggettività, impersonalità. L'imprenditore è l'eroe dei nostri tempi. È un caso che le organizzazioni di terzo settore vengano definite imprese sociali e che le vecchie USL si siano trasformate in aziende?

Si tratta ora di capire il secondo polo dell'antinomia, l'istituzione, e ciò mi consente di arrivare al tema che mi è stato affidato. Cos'è l'istituzione e in cosa è altro dal concetto di servizio? Io, a differenza di Francesco, guardo con più indulgenza a quest'ultimo concetto; se è pur vero che tende ad essere un termine asettico e

neutrale, che identifica un prodotto e banalizza il processo, a me piace in quel suo derivare dall'*essere a servizio*, porsi al servizio di qualcuno. Deriva evidentemente da *servus*. Ci consente uno sguardo anche qui sull'inevitabile duplicità del lavoro di cura; interroga il suo potere, tende a ridimensionarlo, mette in luce la complessa rete di significati all'interno della quale è inserita la sua pratica.

Comprendo però il sospetto di Stoppa che dietro al concetto si celi il depotenziamento dell'istituzione, il suo essere risucchiata dentro ad un meccanismo funzionale di domanda/offerta, stimolo/risposta, mancanza/riempimento. E questo è indubbiamente ciò che sta avvenendo; noi, operatori del sociale, della sanità, ecc., e l'altro, l'utente, il paziente, ecc., abbiamo bisogno dell'istituzione; e lo dico io che per tanti anni sono stato convinto che il mio compito principale fosse quello, impossibile, del ridimensionamento dell'istituzione. Abbiamo reciprocamente bisogno di un'istituzione, e cioè di un terzo, di un luogo di senso che eviti che il piacere del lavoro di cura diventi perverso, attratto dalla tentazione onnipotente di ridurre l'altro a cosa, elemento della nostra soddisfazione narcisistica, e, dal punto di vista del paziente, di ridurre chi cura ad un mero macchinino, standardizzato erogatore di prestazioni.

«La passione deve sposare la cautela, il desiderio la misura», ci dice Stoppa. Lo scopo delle istituzioni non è la produzione ma l'esistenza, dice Enriquez – uno psicosociologo francese molto importante -, la creazione di norme e significati condivisi, valori, rituali, insiemi culturali e simbolici. Sono andato a leggere la voce *Istituzione* in un vocabolario e ne ho scoperto la polisemia del termine, il suo riferirsi cioè a significati diversi. Si dice istituire, per esempio, una scuola, un gruppo, ecc., e si intende con ciò “stabilire per la prima volta, dare inizio a qualcosa”. Si dice “istituire qualcuno come proprio erede” e si intende “nominare, designare, ecc.”. Esiste anche un significato più arcaico che rinvia al processo dell'educare.

L'istituzione, quindi, è al tempo stesso una dimensione sorgiva, aurorale, un'opera di classificazione e decisione (definisce confini, introduce partizioni) ed ha anche una funzione educativa, un potere positivo che interdiciendo pone la possibilità del cambiamento e della crescita. In questo senso l'istituzione non è solo basata sulla conservazione, l'immobilità, la permanenza, l'astoricità ma è anche attraversata da pulsione dinamiche e trasformative; l'istituzione,

secondo Castoriadis, è l'esito di una dialettica costante tra istituito e istituyente.

Perché, nelle rappresentazioni sociali diffuse, prevale l'idea che le istituzioni siano solo istituito, permanenza storica, insensibilità al cambiamento e al sociale? Perché è diffusa la percezione dello iato irreversibile tra istituzioni e società? Ora, è evidente che come non vi può essere una piena coincidenza tra io e mondo, così non vi può essere una coincidenza, una sovrapposizione acritica e neutrale tra istituzioni e società. Anzi le istituzioni hanno proprio il compito di contenere questa frattura, di dare parola alle scissioni, di produrre e riprodurre il legame sociale.

Ma perché è così diffuso il sentimento individuale del farsi da sé e quello sociale del microgruppo, i cui aderenti, accomunati da un problema (per esempio una patologia) o da un riferimento comune (un territorio) o da altre dimensioni (un hobby, una passione, una marca, ecc.) frammentano la società in una pluralità inconciliabile ed esclusiva di micro-appartenenze? Io credo che questi processi, informati ad un'ideologia auto-generativa, abbiano a che fare con la crisi del padre, con il depotenziamento del suo codice; Francesco ne ha già parlato in un libro di qualche anno fa (intitolato *L'offerta al dio oscuro. Il secolo dell'olocausto e la psicoanalisi*) e vi è ritornato ne *La prima curva dopo il Paradiso*. Nella società del tutto e subito, della potenza allucinatoria del desiderio, non c'è più posto per il padre che interdice, vieta, regola, ecc. Ma in questo contesto di solitudine e incertezza ritorna anche forte l'immagine del padre arcaico, distruttore, pura potenza negativa.

Ed è per questo che c'è uno straordinario bisogno di istituzioni; Stoppa parla di una cura che «sottenda la funzione paterna dentro ad una funzionalità materna». È su questo sono pienamente d'accordo. Istituzioni come luoghi dove sia possibile fondare e rifondare costantemente la possibilità di costruire beni comuni, costruire il senso collettivo della convivenza sociale, ricondurre i conflitti dentro universi condivisi di significato.

Vi è uno strano e paradossale processo in atto; mentre le imprese che producono merci tendono a diventare istituzioni, a farsi cioè espressione del bene comune, e a valorizzare competenze proprie del lavoro di cura (partecipazione, emozione, collaborazione, attenzione alla qualità delle relazioni, ecc.), le istituzioni della cura tendono a farsi aziende (riduzione delle cura a

prestazioni, matematizzazione delle pratiche, contingentamento e quantificazione degli esiti, accentuazione dei processi di divisione del lavoro, sviluppo dei processi competitivi, ecc.). L'orologio, principale strumento del controllo nella fabbrica tayloristica, entra nei servizi. E con lui la rigorosa distinzione tra sociale e sanitario, la centralizzazione, i clienti, il budget, ecc.

Il lavoro di cura tende a diventare, come la politica, pura fabbricazione di cose; e, come essa, tende a depoliticizzarsi intimamente; Stoppa fa di questi processi una raffinata analisi. Certamente l'istituzione pubblica di cura è ormai inattuale nel suo sforzo, ci dice, di «una simbolizzazione della realtà, di una costruzione dell'oggetto simbolico, mentre il mercato lenisce la sofferenza con oggetti reali (con il pieno e non con il vuoto)». Anche la rete è diventato un concetto passepartout buono per tutti i contesti, retorica diffusa a piene mani, un po' come quello di sussidiarietà, specializzazione, aziendalizzazione, riabilitazione, ecc.

La rete contiene la critica delle istituzioni, contro il rischio della prevalenza dell'istituito, un tutto pieno cioè di pensieri e pratiche sature; ma, al tempo stesso, la rete può contribuire a sviluppare la deresponsabilizzazione dell'istituzione, all'interno di un contesto di artificiale paritarietà degli attori. Alla fine di questo tragitto c'è la famigliarizzazione della cura, la consegna cioè al contesto più fragile di responsabilità forti e complesse. Questo processo, accompagnato dalla monetizzazione dei servizi, lo vediamo già nelle politiche moderne per gli anziani. La rete rischia di essere o un troppo pieno o un troppo vuoto.

Anche il concetto di riabilitazione, nel momento in cui si fa pratica individuale, diventa specialismo attivistico e neutrale. Stoppa, opportunamente, segnala che «la riabilitazione del soggetto è anche riabilitazione delle cose». Lavoro da tanti anni nei servizi rivolti all'handicap adulto grave, molto grave e non posso non condividere questo sguardo critico sul concetto. È un'idea e una pratica che rischia di essere salvifica quella di riabilitazione, di saturare i pensieri, gli spazi, le pratiche, i tempi, le relazioni, espressione di una pulsione onnipotente al pieno possesso delle origini. Francesco cita qui Franco Fasolo, del quale non si può non ammirare l'arguzia e la leggerezza quando, segnalando l'impossibilità della *restitutio ad integrum*, ci indica la praticabilità di quella *ad interim*.

In conclusione, c'è, nel libro di Stoppa, una lapidaria indicazione di metodo e di un'etica del

lavoro di cura in cui mi riconosco pienamente: «A volte la cosa da fare è non fare». Contro l'ottimismo positivistico del biologismo egemone, ci viene proposta la sosta, l'intervallo, la sospensione, dove la cura non è solo e sempre riconducibile alla guarigione e alla risoluzione definitiva, ma si fa attenzione, attesa, stupore, appartenenza ad un mondo comune.

È qui credo si possa comprendere la proposta del concetto di *soglia*, su cui termina *La prima*

curva dopo il Paradiso, «il vuoto di uno spazio comune da costruire». La soglia mi fa venire in mente Arlecchino il quale, in una celebre scena goldoniana, serve contemporaneamente due padroni e attraversa costantemente la soglia di una porta. Come l'operatore, egli conosce l'esistenza di una pluralità di mondi ma non può che lavorare costantemente alla costruzione di mondi comuni. Per la sua sopravvivenza, certo, ma anche per il suo piacere.

COMMENTI

Cosa ci fa qui un politico?

ALESSANDRO CIRIANI

Assessore alla Programmazione sociale della Provincia di Pordenone.

Inizierei il mio intervento con una domanda. Cosa ci fa un politico ad un tavolo dove ci sono operatori e professionisti? Si è parlato di trasformazione delle istituzioni, di poetica, di piacere e comunità ideale. Tutto questo ragionamento non può scappare dalla considerazione che anche la politica in questo caso sarà centrale. Ho conosciuto Francesco Stoppa, di cui oggi si presenta il libro, qualche mese fa e devo dire che mi sono innamorato di un suo (e di altri amici della redazione dell'«Ippogrifo») progetto sul lavoro di rete, progetto che abbiamo discusso attorno ad un tavolo. Questo momento odierno vuole dunque essere un punto di partenza non solo per avviare giornate seminariali e momenti di formazione, ma per lanciare anche una provocazione culturale nel nostro territorio a partire dalla proposta che Fabio Fedrigo fece ad un Tavolo di costruire insieme una sorta di organizzazione trasversale.

Ciascuno di noi proviene da esperienze culturali e politiche diverse, e tuttavia ci troviamo su un terreno comune dove condividiamo alcuni obiettivi. Fabio diceva: perché non facciamo una sorta di «Pordenone pensa»? Quella che era una battuta a mio avviso è un'ottima idea. Se vogliamo trasformare le istituzioni, pubbliche e politiche, bisogna creare una nuova cultura. Riprendo una considerazione di Cerri. Chi dà indirizzi, chi traccia il solco dove si costruiscono e si sviluppano politiche sociali, sono proprio le istituzioni pubbliche, le istituzioni politiche. Oggi però c'è un impoverimento, una sterilizzazione degli obiettivi che fa davve-

ro paura. Le politiche immateriali sono sempre di secondo piano. Chi si prende «la croce» di dover seguire le politiche sociali, le politiche del lavoro e non le «politiche dell'asfalto» è quasi sempre uno sfortunato che non avrà mai né la visibilità, né il credito e la considerazione di cui godono gli altri politici. All'interno delle amministrazioni pubbliche il cuore, il centro, è proprio la politica materiale, il taglio del nastro, la possibilità di essere visibili, la possibilità di muovere miliardi, la possibilità, cioè, di dimostrare di aver fatto qualcosa di concreto. Le politiche immateriali, che sono altrettanto cruciali e fondamentali per il benessere della nostra comunità, sono sempre relegate in secondo piano. Su questo punto sta la sfida fondamentale per cambiare le istituzioni dall'interno dimostrando che in realtà bisogna darsi altre priorità ed altri obiettivi.

Innanzitutto incominciando a destrutturare e a mettere in discussione una sorta di dogma che sta dominando la politica trasversalmente, e cioè il primato economico all'interno delle istituzioni; si ragiona quasi esclusivamente in termini economici, il primato principale da raggiungere è quello di garantire alle imprese di poter operare, di raggiungere maggiori livelli di ricchezza. Ora, la considerazione che si deve fare è questa: tutti quanti noi sappiamo che la ricchezza non si può distribuire se prima non la si crea e quindi penso che nessuno metta in discussione il fatto che dobbiamo mettere le nostre aziende ed i nostri imprenditori in condizione di poter operare in maniera serena ed efficace all'interno di un sistema globalizzato, di competizione e complesso. Tuttavia, un sistema di istituzioni o, più in generale, un sistema sociale che ponga come priorità esclusivamente la crescita economica, è un sistema che io ho definito e continuo a definire potenzialmente peri-

coloso perché non mette in luce e non considera quelle che sono altre priorità e cioè quelle di poter guardare con attenzione al disagio, alla fragilità e ai problemi precedentemente elencati. Ecco perché dico che la politica deve riprendere il suo ruolo, per dare indirizzo e per dare struttura e corpo alle politiche sociali di cui si parlava. Perché il rischio è questo: mai come oggi si assiste ad un calo nella considerazione della figura dei politici. I politici sono, nella considerazione generale, persone inconcludenti, persone che occupano una poltrona perché evidentemente non avevano altro di meglio da fare e che molto spesso gestiscono male le loro deleghe e quasi mai rispondono alle esigenze della gente.

L'obiettivo che noi ci poniamo è di costruire un'équipe trasversale che possa fare in modo che nelle politiche sociali si abbia finalmente la possibilità di ottenere interventi concreti in cui l'offerta sia tarata sull'effettività della domanda che ci viene fatta. Non bisogna accontentarsi. Tuttavia, ci scontriamo quotidianamente con delle difficoltà. Noi siamo considerati fumosi, inconcludenti, ladri. C'è un calo della considerazione nei nostri confronti. Questo gioco è molto pericoloso perché apre le strade ad alcuni problemi che sia Cerri che Stoppa hanno prima analizzato. Innanzitutto allo scatenamento del populismo, secondo cui tutti sono politici, tutti hanno la ricetta, tutto va male e sostanzialmente c'è un disinteresse nei confronti delle istituzioni, delle cose pubbliche. E, cosa ancora più grave, ed è quello che sta accadendo all'interno delle istituzioni e delle amministrazioni pubbliche, al predominio progressivo della cosiddetta "tecnocrazia", ovvero sia il prevalere di manager, di tecnici e di ultra-specialisti che dicono «Siccome i politici sono fumosi e inconcludenti, metteteli da parte perché arriviamo noi». Questo cosa genera? Una serie di problemi concreti per cui si creano autentiche lobby il cui slogan è «Mettete da parte la categoria del politico che arriviamo noi a risolvere i vostri problemi», contrabbandando in questo modo, gli interessi di nicchia con quelli generali e collettivi. È quello che succede ogni giorno nel mondo della politica sia essa di destra o di sinistra. Il politico, il depositario di un'idea, di un principio da applicare, colui il quale plasma la propria azione amministrativa in base ad un ideale, sta progressivamente perdendo considerazione e invece aumentano di peso i vari personaggi della "società civile", come se chi facesse politica fosse in realtà una persona "non-

civile". Io non sono particolarmente pessimista. Osservo. È noto quotidianamente che la possibilità di incidere effettivamente sul corpo della nostra comunità è cosa sempre più difficile. Quello che spero è di non dover lottare per rimanere in piedi su un cumulo di macerie e di riuscire in qualche modo, con il nostro piccolo contributo progressivo e quotidiano a mettere insieme le risorse, a costruire un percorso per cercare di farci sentire.

La nostra idea pertanto è quella di mettere in piedi una vera e propria organizzazione di diffusione di idee in grado di innescare un processo ed un dibattito che non si limiti semplicemente a parlare di problemi organizzativi, materiali e finanziari della salute e delle politiche sociali, ma ragioni sulla centralità delle politiche immateriali. Mi è piaciuto particolarmente un passaggio di Francesco Stoppa, quando dice che gli uomini di ammalano perché hanno troppo poco o hanno troppo. Io credo che uno dei problemi più grossi che stiamo vivendo oggi sia proprio quello del consumo. La nostra è una battaglia anche sociale per fare in modo che non ci si limiti esclusivamente a quello che viene chiamato il "consumo vistoso", e cioè il fatto che l'identità e l'essenza del nostro stare all'interno delle comunità si limiti esclusivamente a quello che abbiamo e che possiamo esibire. Si è perso il centro della questione, e cioè di fare in modo che le nostre istituzioni pubbliche possano essere di servizio alle istituzioni sanitarie e che contemporaneamente diano risposte tarate e plasmate su quelli che sono gli effettivi bisogni del nostro territorio, attraverso una valutazione delle risorse e delle esigenze. Sono convinto che questo punto di partenza possa portarci a dei risultati decisamente ambiziosi e che ci daranno soddisfazioni.

Quindi, portandovi il mio saluto, l'auspicio concreto che faccio è che si riesca, anche da un punto di partenza piccolo – noi siamo la Provincia di Pordenone, voi siete il Dipartimento di salute mentale – a disseminare e contaminare con queste idee la nostra comunità.

Costruire alleanze per il cambiamento

GIORGIO SIMON

Direttore Area del governo clinico,
Agenzia regionale della Sanità. Regione FVG.

Potrei aprire dicendo che se si va a vedere il bilancio della nostra regione negli ultimi dieci anni, si noterà che i fondi della sanità sono raddoppiati. Potrei chiudere qui: il che vuol dire che le entrate sono aumentate, così come le somme che si spendono per la sanità, molto di più di quanto non si verifichi per qualsiasi altro servizio. Gli enti locali di tutti i livelli e le regioni sanno molto bene quanto pesi la sanità complessivamente. Quest'anno sono stati messi in bilancio 1950 milioni di euro, che è la metà del bilancio regionale, l'anno scorso erano 1800, per arrivare ai 1000 di non tanti anni fa. La questione tuttavia non è questa, perché credo che il problema stia nel "per che cosa" e "per fare cosa" piuttosto che nel "quanto". Il tema non è così semplice né così diffuso.

Ho intervallato la lettura del libro di Stoppa, in questo periodo, con la preparazione ad interventi sui più svariati temi che in questo ultimo mese e mezzo hanno spaziato dal problema dell'alcoolismo, alle malformazioni dei bambini, al diabete, alla prevenzione dell'errore in sanità, a come si misura il risultato e così via. Partecipando a tutti questi seminari in regione ma anche fuori regione, ci sono alcuni temi che vengono ripetutamente citati. Il primo è quello delle risorse. Questa è la prima domanda che ci si pone rispetto all'argomento oggetto d'analisi. L'altro tema è che si tende a celebrare successi o a promettere successi. Si dice sempre «noi», «il nostro gruppo», la «nostra categoria ha fatto questa cosa che è molto bella» oppure «state attenti: abbiamo intenzione di fare quest'altra cosa che sarebbe molto utile fare perché è una priorità». Il terzo tema è che esiste un pensiero molto critico verso le istituzioni altre, nel senso che alcuni criticano l'Azienda, altri l'Ospedale. Questo è un altro contenuto che è molto presente nelle occasioni a cui ho partecipato in quest'ultimo periodo. Un altro punto è che esiste un continuo interrogarsi e un porsi domande in prospettiva di cambiamenti epocali. Nessuno afferma di poter cambiare in un determinato modo quello che sta facendo, ma allo stesso tempo tutti affermano di essere in possesso di uno specifico "modello" per risolvere

un determinato "problema".

Tutto questo tocca il tema della modellistica, che credo sia la vera malattia della sanità. Passiamo da un modello all'altro e ciascun modello si pone come la perfezione assoluta. Quindi quello che mi chiedo è come mai praticamente solo la psichiatria riesca ad interrogarsi su sé stessa, a porsi in crisi, a scrivere libri come quello di Francesco Stoppa che raccontano una storia e un percorso che è stato fatto in regione ma in generale nel nostro Paese. Mi chiedo, allo stesso tempo, quanto la psichiatria si sia posta il problema di uscire dal proprio isolamento, per chi lo vede da vari punti di vista, di questa ricerca di costruzione di senso. C'è stato relativamente poco contagio con quello che sta intorno.

Vedo, escluse pochissime eccezioni, che la Medicina, la comunità e l'Azienda continuano ad interrogarsi molto poco. Non voglio caricare la psichiatria di questo problema, ma "Pordenone pensa" dovrebbe essere un vero virus che dovrebbe cercare di toccare tutti. Vi faccio un esempio. Nel libro si parla "istituzione decompilata", un'istituzione che non vuole occuparsi di tutto e di tutti perché altrimenti diventa una mega-istituzione che ingloba il cittadino ed il paziente. Questo è un tema che si pone la psichiatria. Ma quello che sta accadendo in tutto quello che c'è fuori dall'ospedale e che non è psichiatria, è che esiste la tendenza ad avere una istituzione "completata", una rete che troviamo nelle RSA, nelle Case di riposo, nelle strutture intermedie, nei centri diurni, nelle assistenze domiciliari, nei soggiorni che fanno parte della storia della psichiatria. Una rete che sta diventando istituzione e che tende ad inglobare. Nell'interazione di questo lavorare nel territorio, c'è l'idea di spezzare questa cosa, di decompilare questo aspetto? A fronte di questa cosa giusta ed importante che è la continuità delle cure, si rischia di avere la continuità dell'istituzionalizzazione. Io continuo a rivendicare, con un certo orgoglio, la capacità della mia famiglia di fare morire mio padre affetto da demenza a casa sua senza avere fatto mai un giorno in una qualsiasi di queste istituzioni. Allora, credo che questo sia l'opposto del processo a cui si sta assistendo, rappresentato dalla continua istituzionalizzazione del paziente. È altrettanto importante, a mio avviso, comunicare e diffondere *la capacità di praticare il silenzio*, di ascoltare senza rispondere e programmare. Credo che questo sia uno dei temi importanti che dovrebbero uscire dalla psichiatria.

Nel libro è nominata poco l'Azienda: è una specie di cosa lasciata lì, anche se molto presente nei discorsi che vengono fatti. Un po' per sfida e po' per curiosità personale, ho seguito un corso di aziendalismo puro, autogestito, che non ha nulla a che fare con la Sanità e che fornisce indicazione su come si dovrebbe gestire un'Azienda. Ci sono tutte le cose che dici tu, Francesco. L'Azienda pura afferma che ci debba essere pensiero diffuso, che le persone sono risorse e che esiste una responsabilità da non intendersi nel senso di delega e gerarchia. C'è l'idea di innovazione continua che ritocca quella di gerarchia e coltiva allo stesso tempo l'incertezza. Noi invece, all'interno dell'Azienda, stiamo lavorando sulla certezza, sulla routinarietà, sulla gerarchia e sull'essere numeri. Rispetto a questo punto credo che la sfida stia proprio nel tentativo di diffondere l'idea che è impensabile che un'istituzione delle dimensioni di un'Azienda sanitaria lavori sul breve periodo. Credo che questo sia uno dei temi principali che convoglia tutta l'attenzione sui numeri e su obiettivi che vanno dall'oggi al domani. Che fa sì che nessuno pensi a pensieri più importanti, a pensieri di senso. Io credo che in questo ci sia un problema di alleanze, innanzitutto all'interno della stessa istituzione, nel senso che tipicamente l'istituzione sanitaria nel suo complesso è un'istituzione ad alta capacità di pensiero; credo che questo aspetto debba essere sfruttato fino in fondo anche con piccoli atti quotidiani di ribellione rispetto ad una visione generale che è diversa. Senza questo, il modello di Azienda fordista basato sulla produzione continuerà ad esistere. Su questo ho fatto una piccola indagine quando lavoravo ancora all'interno di questa Azienda. Ho fatto un giro di tutti i primari chiedendo su che cosa avrebbero voluto che il loro servizio fosse valutato. La maggior parte di questi mi ha parlato di numeri, un ristretto numero mi ha parlato di pazienti, di persone e di soggettività. Una diagnosi, questa, sicuramente molto grave. Per questo motivo, io credo che questa "ribellione", questo "Pordenone pensa" debba diventare una pratica quotidiana che ha bisogno di alleanze anche con l'esterno.

Questo fatto solleva a sua volta il tema della "cittadinanza" e dell'"essere cittadini". Prima, nella sua relazione, Stoppa diceva che c'è una pressione della stampa nei confronti delle istituzioni e ne faceva soprattutto un'immagine negativa. Anch'io sono d'accordo sul fatto che molto spesso la stampa cerchi la notizia negati-

va, ma allo stesso tempo credo nello stimolo dato dalla partecipazione attiva, dalla sussidiarietà, citata nell'articolo 118 della Costituzione, che intende il cittadino come risorsa. Tutto ciò deve essere riportato a un concetto che va molto al di là della semplice democrazia rappresentativa che ormai non è più sufficiente nella nostra società odierna. Credo che l'accettazione di un altro punto di vista (non solo quello dell'utente che valuta il servizio, ma anche del cittadino che valuta la sanità ed i servizi) debba costituire uno strumento di alleanza per il cambiamento. L'interazione di queste cose perviene al tema delle risorse che servono per il "fare che cosa". Il "fare che cosa" dipende dalle lobby che premono. Per fare un esempio, nella nostra regione ci sono lobby per acquistare sei nuove risonanze magnetiche. L'acquisto di una nuova RM è associata ad un taglio di nastro, come diceva in precedenza l'assessore Ciriani. Un miglioramento di vita di una persona in gravi difficoltà, non ha nessun taglio di nastro. Costruire delle lobby che indirizzino le risorse in maniera trasparente e chiara credo sia uno dei compiti che permettono di parlare in maniera concreta non di espansioni infinite delle risorse, ma di capire dove si vuole andare e che senso dare al lavoro che facciamo.

Quanta cronicità e quanto piacere

FULVIO TESOLIN
Psichiatra, Dsm Pordenone.

«Quanta cronicità e quanto piacere circola oggi nei servizi?». Questa è una bella domanda, domanda che non ha implicitamente una risposta che non sia gioco forza dialogica ed interlocutoria. È una bella domanda perché richiede contemporaneamente una valutazione retrospettiva e al tempo stesso prospettica dello sviluppo dei servizi, della loro cultura e delle pratiche che al loro interno si tessono e si modellano tutti i giorni. È una bella domanda perché allude ed individua quell'elemento sostanziale che è rappresentato dalla risorsa umana che tiene viva l'Istituzione intesa con I maiuscola. Risorsa costituita da persone che condividono una cittadinanza e la professione, e rappresenta l'ingrediente insostituibile e prezioso per condurre un percorso ispirato alla persona ed interfacciato con la comunità. È una bella domanda a cui non è facile rispondere, e, nell'indispensabile im-

provvisazione del momento, il primo filo di senso a cui sento di potermi aggrappare è la storia dei nostri servizi, che è poi la storia dell'identità degli operatori che si sono dedicati alla salute mentale nella nostra provincia. È la storia delle nostre origini, ancor prima che ci fosse la Riforma, e della nostra evoluzione.

In tal senso, mentre sentivo le relazioni che mi hanno preceduto, mi tornava un'idea, un percorso che avevo desiderato intraprendere con Francesco Stoppa: tentare di ricostruire la storia delle origini e dello sviluppo dei servizi psichiatrici pordenonesi. Il desiderio ultimo era di ri-tracciare la nostra esperienza al fine di sanare quell'originaria curiosità che vuole distinguere ciò che è sostanziale da ciò che è accidentale, superfluo e passeggero.

Con quest'obiettivo, qualche tempo fa, abbiamo intervistato e dialogato con Lucio Schittar, che è oggi qui presente e saluto, che, insieme con altre figure importanti della politica sanitaria provinciale del passato, è il fondatore della nostra esperienza, ed è attraverso le sue parole che abbiamo tentato di riesumare il mito che sottosta alla costruzione dei nostri servizi.

Detto ciò, penso di poter partire dal viaggio che lui e Basaglia fecero in Inghilterra, quando andarono a visitare la Comunità Terapeutica. Ricordo ciò che Lucio Schittar ci ha raccontato di quell'esperienza e di quanto questa è stata importante per iniziare a pensare di aprire le istituzioni totali, valendosi della presenza di persone esterne, di ragazzi giovani che all'interno di quegli istituti portarono le loro idee, iniziarono a ri-animare quei luoghi e convinsero Maxwell Jones che era possibile aprire le porte di quegli istituti.

Non voglio dilungarmi troppo raccontando tutti i passaggi che ci sono stati attraverso la Riforma e attraverso le varie identità professionali a cui Cerri alludeva poc'anzi (come per esempio quella dell'operatore unico che abbiamo vissuto), ma arrivo subito a ciò che sento più stridente nel momento in cui penso al piacere del lavoro e cioè al colludere di questa identità, di questa storia che accomuna ed accompagna gli operatori (almeno della prima generazione), con gli inevitabili cambiamenti che si sono verificati in questi anni e che hanno aperto profonde contraddizioni e richiesto continue revisioni e critiche sul modo di intendere ed interpretare la salute mentale. Detto in altre parole, siamo vissuti per un certo periodo in una sorta di Eden, dove le idee e le persone che hanno concorso alla chiusura dei manicomi e

all'apertura dei servizi territoriali hanno potuto crescere e formarsi sull'onda di una spinta culturale innovativa e al riparo di un'inconsapevole autoreferenzialità. Certamente quest'esperienza privilegiata ha consentito che i Centri di salute mentale figurassero come delle botteghe in cui si dialogava e si forgiavano pratiche che, al di là di ogni connotazione ideologica, hanno inciso profondamente sul vivere civile e non solo trasformato la cultura della segregazione psichiatrica. Credo personalmente che sia molto importante non scordarsi del grande impulso alla conoscenza che è derivato dal Movimento della Psichiatria antiistituzionale e come le trasformazioni culturali che ha indotto abbiano contaminato aree del vivere anche distanti da quelle della stessa psichiatria.

A questo punto permettetemi una piccola digressione perché, se un tempo si chiedeva alla psichiatria di svolgere solo una funzione di controllo sociale attraverso la segregazione, oggi all'apparenza le si chiede molto di più, spesso di spiegare l'in-comprensibile. Non mi riferisco solo al ruolo spettacolare che le è chiesto di interpretare nei salotti mediatici – cosa che sarebbe dal mio punto di vista tutta da discutere –, ma soprattutto alla crescente richiesta che, ad esempio, la Magistratura e le Forze dell'Ordine fanno ai servizi. Ebbene, quest'intenso rapporto con la Legge, che ad una certa psichiatria e a qualche psichiatra procurano l'estasi di sentirsi finalmente al centro del mondo, ripropone il sostanziale interrogativo del limite che deve darsi, soprattutto, quando le è chiesto di normare i comportamenti umani. Se devo esprimermi fino in fondo, il mio timore è che questo espandersi delle competenze celi in sé una richiesta potenzialmente regressiva. Accettare la delega a spiegare tutti i comportamenti umani e criminali innesca un processo di deresponsabilizzazione dei saperi che non ha in sé la possibilità di comprendere alcun tipo di fenomeno complesso che riguardi l'uomo, sano o malato che sia. Uno dei compiti dell'operatore della salute mentale è ricercare il proprio limite tenendo aperte le contraddizioni che tutto ciò implica. Diversamente detto, il nostro ruolo è quello di far parlare la follia, di *vivere sul confine*, di raccogliere i suggerimenti che i pazienti ci danno a proposito di ciò che vi è di folle nella normalità. Se abbiamo queste attenzioni, la psichiatria può svolgere il suo ruolo e rappresentare la parte che può aiutare il tutto.

Tornando alla questione del *piacere* del lavoro, penso che questa domanda sia sorta da quando

è iniziata l'aziendalizzazione e collettivamente si è avuta la percezione di un lento dissiparsi di tale sentimento. Spiegato razionalmente, è come se la nostra esperienza, il nostro mito si sentissero messi improvvisamente da parte da un sapere altro. Questa frattura si è resa ancora più cangiante quando si è tentato di intrattenere e far dialogare tra loro parole come *organizzazione, spesa, risorsa, efficacia con continuità terapeutica, presa in carico, riabilitazione, cronicità*. La rottura del precedente equilibrio, la messa in crisi della mentalità conseguita negli anni hanno comportato nell'operatore un'emorragia emotiva, hanno reso labile la sua motivazione. Al tempo stesso però, così come avviene nelle situazioni di crisi, si è progressivamente svelato, si è colto l'aspetto propositivo che è implicito in ogni mutamento, ovvero la possibilità di contaminare e farsi contaminare, come ricordava Simon poco fa.

Questo percorso parallelo, tra il prima e il dopo, ci porta oggi a rivalutare quanto conti la salute dell'operatore che vive nel dispiacere ed è chiamato a produrre salute. Come può risultare salutare per gli altri l'operatore distratto dal proprio malessere? Come va preservata la sua integrità?

Come si coglieva dalla relazione di Cerri, è fondamentale che sia garantita una triangolarità tra paziente, operatore ed istituzione, quest'ultima intesa come luogo e possibilità di pensiero.

Inutile osservare che, affinché l'istituzione possieda queste caratteristiche, gioca un ruolo determinante la leadership dei dirigenti ai quali è chiesto di cogliere le impasse emotive dell'équipe, elaborarle e restituirle in modo propositivo. Alimentare il desiderio ha l'obiettivo di consentire all'operatore, *in primis*, di godere della leggerezza e della serenità che servono per lavorare in gruppo e con le persone. Solo l'operatore in salute riesce a lavorare in gruppo, a cercare consenso, a dialogare con la propria comunità. Dopo l'aziendalizzazione si è reso più palpabile il trapasso da un welfare formale verso una forma mix che mette in gioco ed arricchisce le dinamiche sociali e sanitarie. La presenza sempre più forte di interlocutori del Terzo settore e dell'Associazionismo ha permesso di allargare il dialogo e ha aperto nuovi orizzonti dove l'aspetto decisivo è nuovamente la necessità di integrare le conoscenze. Si tratta di una sfida culturale dove, come già avvenuto in passato, le resistenze maggiori al cambiamento riguardano gli Istituti e i suoi operatori. Oggi più che mai la sfida si gioca sulla capacità di contaminare e farsi contaminare dalle culture altre, avendo ben chiaro che gli esiti di tali trasformazioni di-

pendono dalle mediazioni che si riusciranno ad ottenere. In questa partita un ruolo determinante per l'esito è giocato dalla maturità che sapranno esprimere le dirigenze e dalla salute che queste ultime sapranno garantire ai propri gruppi di lavoro.

La città di Pordenone, per le sue caratteristiche, può rappresentare un piccolo laboratorio di ricerca e pensiero. Ogni giorno ci troviamo a dover affrontare problematiche diverse: dalla questione degli immigrati a come ci si misura con i problemi legati alla terza età. Ci si interroga su come garantire la salute mentale in carcere, come allargare i diritti di cittadinanza degli assistiti, quali risposte dare ai nuovi bisogni e alle emergenti patologie degli adolescenti.

Dal mio punto di vista, queste questioni possono essere favorevolmente affrontate sfruttando il fattore "piccola città", che dà il vantaggio di lavorare su piccola scala e in maniera comunitaria su problemi che garantiranno la qualità del futuro.

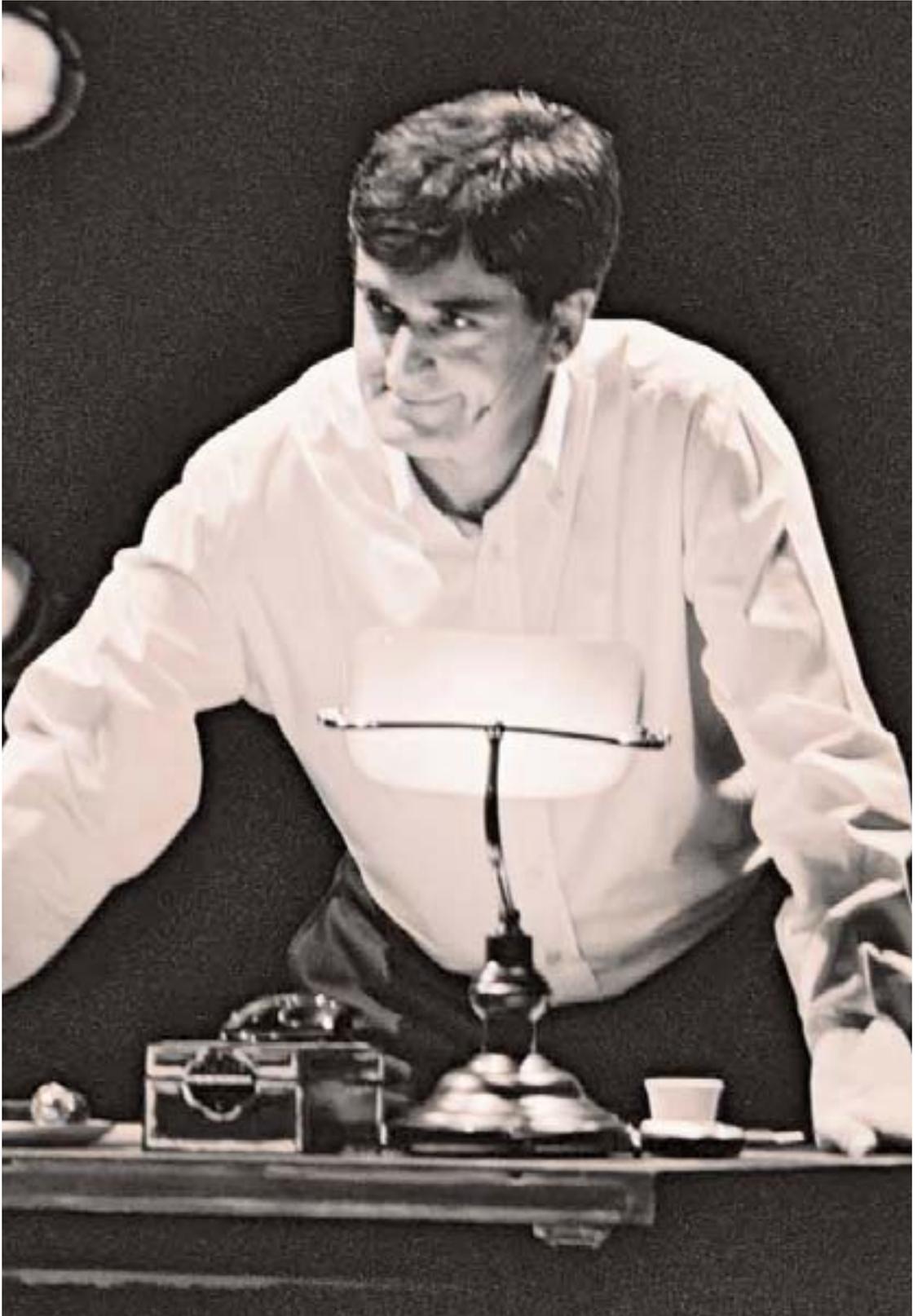
Per concludere, il piacere del lavoro si mantiene in misura delle capacità degli operatori, in particolare dei quadri dirigenti, di generare una condizione di trasparenza dei flussi relazionali e comunicativi che riduca la turbolenza aziendale e sostenga il clima interno. Considero questo come indispensabile per consentire processi di cura che guardino alla salute in senso complessivo ed estensivo.

In fondo, mi piace ricordare che «Il negozio precede l'ozio» ma non lo esclude. Non esclude la necessità di pensare e dialogare prima di agire.

FABIO FEDRIGO (Moderatore)

Mi è particolarmente piaciuto il passaggio in cui si faceva riferimento alla città piccola, al laboratorio e questo perché la comunità locale è effettivamente una sede privilegiata per la costruzione di legami sociali. La valenza del territorio e della comunità locale, finalizzata alla costruzione del tessuto sociale della comunità e della provincia, ha un suo fondamento anche di cura.

Ma ora, a proposito dell'opportuno riferimento di Tesolin alla leggerezza, passo la parola ad Andrea Appi, la metà del duo "I Papu", cabarettista di fama nazionale, che farà un suo personale commento al libro di Francesco Stoppa. Con questo intervento apriamo la seconda sezione del convegno.



Il piacere di riderci un po' su (seriamente)

Doppio monologo ispirato da "La prima curva dopo il Paradiso"

ANDREA APPI

Autore e attore comico

(Monologo interiore) Basta, mi arrendo. Non ce la faccio più. Io sto male... non ce la faccio più. Non posso più andare avanti così... Sto male e ho bisogno di un aiuto. Uno psicologo, uno psicanalista, uno psichiatra... beh, non esageriamo... vediamo quello che costa di meno... qualcuno che mi aiuti insomma... non ne posso più, di me e di questa mia maledetta paura di dirmi la verità. Non sono il primo e non sarò l'ultimo a... a scoppiare, non mi devo vergognare, cazzo!

(Tempi e modi di dialogo con una segretaria ospedaliera) Buongiorno, mi scusi, un'informazione: per un appuntamento con uno psicologo, sì non per me, per mia sorella... in che reparto devo... al centro di? Salute mentale? El-lamadonna! Addirittura! Non sono mica matto! No, dico, mia sorella, non è mica matta... è solo un po' stanca, esaurita diciamo ecco... no è che il nome... Centro di Salute mentale, è un po'... Ah prima era peggio! Di Igiene mentale? Era peggio sì... vabbè, e dove si trova 'sto centro? Ah, non è qui in ospedale? Fino lassù?... Oddio... immediata periferia... è in culo al mondo! ... Lunedì dalle 8 alle 9 e trenta, martedì solo ambulatorio, mercoledì dalle 15 alle 15 e trenta giovedì solo interni e venerdì dalle dieci e trenta alle undici e trenta. Sembra l'orario della discarica comunale! Vabbè, grazie; e venerdì, son le 11... dovrei farcela.

(Fra sé) Devo stare calmo, non è niente; qualche problema logistico ma... ci devo andare, dài...

(Dialogo) Buongiorno, vorrei parlare con uno psicologo, o psicanalista... a pagamento sì... beh no, non serve una visita... mi basta parlare con qualcuno... Come? Solo parlare non è previsto? Io ho solo bisogno di parlare... Ah, nel senso che parlare non c'è come definizione nel computer! (Mima di guardare lo schermo di un computer) Palpitazioni panico paresi... paura persecuzione psicoterapia ... e no, parlare non c'è... va bene una visita allora... prima visita sì... Quando? Anche subito? Che efficienza! Perfetto, grazie.

(Fra sé) Ci siamo; calma.

(Dialogo con un medico) Dottore... Buongiorno, sì... Dottore, sto male... Non ce la faccio più... il mio lavoro mi sta mandando fuori di testa... Eh... insegnante... cosa c'è che non va? Non riesco più ad andare a scuola... non riesco più ad entrare nella mia classe; ogni volta mi viene l'ansia; ho come una fitta qui (indica lo sterno)... solo a pensarci mi viene da tremare, vede? (Alza le mani tremanti)... ansimo come il baffo delle televendite... dal lunedì al sabato, il venerdì no che è il mio giorno libero, io sono uno straccio, dottore; anzi già la domenica sera, penso al giorno dopo e l'aria, qui, fa inversione di marcia e resto come sospeso nel vuoto... Capisce dottore? Davvero?

Pensi che vent'anni fa ero pieno di entusiasmo; sa... la scuola, l'educazione, il rapporto con i ragazzi... oggi... non capisco più quello che sto facendo; ha presente un lavoro fatto di tante parole, tanti progetti e nessun risultato concreto?

Ah sì? Ce l'ha presente?

Perché sa, a me piace parlare ma per confrontarmi, discutere, incazzarmi anche; invece son vent'anni che ad ogni consiglio di classe noi professori ci ripetiamo sempre le stesse parole senza dirci mai veramente le cose. Siamo come i tanti fidanzati di una stessa donna che per gelosia o per paura non si parlano mai... E con chi? Con i miei colleghi? Ma se siamo uno più sfigato dell'altro... guardi qui che giacca che ho... Ogni tanto incontro un mio compagno di classe uscito col 36 che fa l'idraulico... ride ogni volta che mi vede... Se parlo? Con i maschi, un po'... di calcio... che poi la maggior parte sono anche interisti... quest'anno abbiam parlato un po', ma giusto dello scudetto... meritato, rubato, quelle cose là... sa, dottore, io sono della Juve... Insomma dopo vent'anni che mi sento dire: tre mesi di vacanza d'estate, Natale, Pasqua... dopo vent'anni di queste frustrazioni sa come ci si sente? Lo sa lei? Bravo... una merda...

Son contento che mi capisca dottore... ma sa perché sono disperato? Perché ormai con i ra-

gazzi faccio lezione in automatico; non me ne frega niente di nessuno, tanto nessuno mi può dire niente, purtroppo conosco i miei diritti... Prendermi un periodo di riposo? Dottore, per favore, non mi dica le stesse cose che mi dicono i bidelli, che sono stanco, che dovrei riposarmi... c'è un malessere più profondo... io vorrei capire, per questo son qui da lei...

Ma sì sì li ho presi sì, ma non è cambiato niente, anzi andavo a scuola ancora più rincoglionito... Ma scusi, dottore... ma non sono venuto da lei perché mi dica di prendere tranquillanti, abbia pazienza... io vorrei un aiuto per capire che cacchio mi succede. E non mi dica sì sì tanto per dire; capisce o no come mi sento?

(Pausa)

Ah! Beh, certo... anzi, forse lei vive di parole più ancora di me... non ha neanche la soddisfazione di interrogare... Ah! Anche a lei ad ogni nuovo paziente le prende l'ansia? Mi tranquillizza dottore... Cioè, mi preoccupa ma anche mi tranquillizza... Come? Ormai va in automatico? Anche lei? Allora mi preoccupa... Davvero? Da venticinque anni...? Beh, però mi sembra bello qui, da ristrutturare ma bello... Ah, isolato lei? Pensavo parlasse del posto qui... Ma, scusi, perché dice di sentirsi isolato? Con i colleghi non...?... No? Neanche di calcio? Uh! Addirittura! Non ci credo... Tutti juventini e solo lei interista? Ma allora è proprio uno sfigato dottore, se lo lasci dire... E con i suoi superiori? Sì, sì, capisco; come i Prèsi, anche i vostri direttori son diventati come Lele Mora: pensano solo a far bella figura sui giornali e a evitare denunce! Ma non stabilite assieme dei progetti di lavoro? Ah, certo... L'unico progetto chiaro è quello di contenere le spese, come da noi, sì... Ah, c'è un progetto di ristrutturazione del direttore amministrativo. Beh, vede che allora qualcosa... Ah... quello della sua casa di Lignano Sabbiadoro... Vabbè, senta... cosa posso dirle? E prendersi un periodo di riposo?... È la stessa cosa che le ha detto la donna delle pulizie... sì... mi scusi... Beh ma lei che



è del settore, perché non si fa prescrivere dei tranquillanti, sonniferi, cose così... Eh! Dottore, non si alteri, ho capito che c'è un malessere più profondo che anche lei vorrebbe capire... non so neanche io cosa dirle, sto cercando di... Dottore, cosa fa? Dottore... ho smesso io e piange lei? Si tranquillizzi, su... Si calmi per l'amor del cielo! Non faccia così... ci sono qua io,

mi racconti tutto... non si preoccupi, le dico... No no, non dico niente al direttore amministrativo, non abbia paura... Non la denuncia ma scherza? Non la sega, no, non la sega nessuno... Venga, andiamo fuori di qui... respiriamo un po'... Ah, mi scusi... per il pagamento della visita... ma chi se ne frega,

bravo! Anzi, le offro un aperitivo, eh? Venga, venga con me dottore... (mima di prenderlo sotto braccio e di uscire dalla stanza) e mi parli... almeno lei, mi parli e io parlerò a lei... il suo nome scusi?

Leggo ora un brano tratto dal testo *La prima curva dopo il Paradiso*:

«La logica segregativa alla lunga non risparmia nessuno. L'alienazione dei pazienti diventa anche quella dei curanti e si traduce, a livello della produzione di pensiero, nella messa tra parentesi della creatività e del desiderio che dovrebbero sostenere la loro presenza in quegli snodi cruciali della città che sono i luoghi di cura. Tutto ciò passa attraverso la burocratizzazione dei servizi e la tecnologizzazione degli interventi, attraverso il pensiero unico della logica costi-benefici e della provata efficacia».

(Considerazioni) *La prima curva dopo il Paradiso* parla di istituzioni sanitarie, educative, quindi evidentemente ambiti secondari, laterali, minori della nostra società...

Mette di fronte a tante questioni, molte domande, costringe a riflettere, anche con fatica, per me profano. Credo che neanche se lo leggessi cento volte capirei tutto di questo libro ma credo anche che ciò non abbia importanza; la passione, l'onestà, oserei dire l'amore, la forza contestatri-

Comici.

In queste pagine Andrea Appi e Ramiro Besa (I Papu).
Foto di Alessio G. Veronesi.

ce con cui il libro è scritto emergono comunque fortissimi.

Ho detto amore nel senso di amore donato ma anche amore richiesto alla comunità, che significa *cum-munus* cioè con un dono, qualcosa a cui si accede nell'ottica del dono ad altri, del dispendio del proprio. Libertà è partecipazione diceva Giorgio Gaber.

Questo libro mi ha costretto a riflettere su cosa posso fare io, o meglio, su cosa può fare la comunità per aiutare chi soffre di malattie mentali, chi ha difficoltà a sopportare il senso dell'esistere, il peso dell'esistenza, il famoso male di vivere, chi cerca, senza riuscirci, di essere "normale".

E di conseguenza mi ha costretto a riflettere su cosa significhi essere "normale"; in cosa consiste la vita degli uomini? Qual è il senso della vita? I famosi discorsi da bar sport, a Cordenons, in piazza, si discute spesso di queste cose... Ovviamente non c'è risposta; c'è imbarazzo, c'è rossore, balbettio: di fronte a queste domande diventiamo tutti come Mastella quando fa l'ospite da Santoro...

Io pensavo che al giorno d'oggi, con tutti i bei centri commerciali che ci sono, con tutti i bei modelli di auto nuove che escono quasi ogni fine settimana, con la possibilità di viaggiare in tutto il mondo, con le straordinarie potenzialità di internet, con tanti bei lavori che possiamo scegliere di fare, e poi comunque con tutte le belle rassicurazioni che ci danno i Mastella di turno sulle complessità della vita, la ricerca di un senso delle cose fosse una roba ormai in disuso, roba da Leopardi, o relegata a qualche tristissimo film francese, a qualche prete, a qualche eremita buddista alla ricerca del suo Nirvana. Ho trovato allora straordinario il fatto che a queste domande qualcuno oggi, in questo mondo qua, abbia cercato di dare risposta.

Leggo un'altro brano da *La prima curva dopo il Paradiso*:

«La vita "è contrasto o discussione con un ambiente nel quale vi sono fessure, buchi, ostacoli e resistenze inattese". È proprio la malattia a rappresentare una riduzione del margine di tolleranza alle infedeltà dell'ambiente. Mentre la sa-



lute dell'uomo risiede nella sua capacità di affrontare le contraddizioni dell'esistenza sentendosi non soltanto possessore o portatore, ma soprattutto creatore di valori, instauratore di norme vitali [...] La cura è un recupero del ritmo basale di sé e delle cose, e solo all'interno di una certa ritualità e ripetitività dei gesti e degli scambi potrà palesarsi per il soggetto il suo particolare

modo di indossare l'abitudine della vita, ritrovando in un rapporto di intimità col proprio corpo, con i suoi simili e con le cose il senso del suo destino soggettivo».

In nota si legge: «Ascoltiamo le parole con cui Giuliana, all'interno di un'esperienza di scrittura autobiografica in gruppo, descrive il suo ritmo ideale di vita: "La durata del tempo per me è lo svegliarsi la mattina e vedere una giornata soleggiata, è il guardare la siepe sul muro di fronte la mia camera ma è anche sentire la pioggia di sera in primavera o d'inverno, è starmene a casa sul divano a guardare la televisione, è ripercorrere la stessa strada per tornare a casa ogni giorno, è farmi un giro in bicicletta attorno a casa mia e fermarmi alla solita edicola per prendere il giornale, è ricevere un'amica, è andare al mare ogni estate nello stesso posto, è uscire la sera, è andare a dormire nel mio letto ogni notte"».

(Considerazione) La forza consolatrice della ripetizione degli stessi piccoli gesti quotidiani; il famoso tran tran che alle volte salva e altre volte diventa insopportabile:

«Per Mario 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?"».

(Monologo interiore) Ma chi è l'uno qualunque

a cui aspira Mario? Il normale? E chi è il normale? Io, devo dire, me lo sono chiesto. Credo di essere normale.

La mia vita, è una vita normale. Un lavoro, una famiglia, due bambini, una casa... sepàro anche l'umido...

Sono normale perché esisto in modo normale. Mi muovo, cammino in modo normale. Metto una gamba dopo l'altra sbilanciandomi con il busto in avanti e oscillando leggermente le braccia, così (cammina).

Mi piace camminare bene, questo sì, in modo bello a vedersi, non sopporto quelli che si muovono sbilenci o che trascinano passivamente qualche parte del corpo. Certe volte mi

dò una rapida sistemata alla mutanda nella fessura tra le chiappe (mima il gesto). È un vezzo, un modo per sentirmi sempre in ordine, mi ha spiegato un amico psicanalista.

Anzi, adesso che ci penso, di solito mentre cammino mi sfioro con una mano il portafoglio che porto nella tasca destra e con l'altra l'agenda che ho nella sinistra (mima il gesto). Indica la precisa volontà di mantenere sotto controllo la mia esistenza; al giorno d'oggi perdi portafogli e agenda e sei finito. Non lo faccio sempre, è ovvio, non sarebbe normale. Alterno questi gesti con un'occhiata al cellulare (mima il gesto), per controllare eventuali chiamate o messaggi che non ho sentito. Ma anche questo è normale. È una psicosomatizzazione della lotta per la sopravvivenza a livello limbico, dice un mio amico psichiatra.

Il quale ha detto qualcosa di simile anche quando gli ho confidato di guardare, mentre cammino, i culi delle ragazze; non è normale, ma è molto diffuso, il che significa che è quasi normale. Lo fa anche lui, mi ha confessato.

Secondo me se spargiamo un po' la voce lo facciamo tutti così diventa definitivamente normale, e gli anormali diventano quelli che non lo fanno.

Quando non cammino sto fermo. Più normale di così.

E quando sto fermo sono assalito da tic, ma si tratta di stress da lavoro, capita a tutti, non devo preoccuparmi, mi ha detto un amico medico

all'Inail.

Perciò sono normale, è evidente.

Anche quando comunico sono normale; mi esprimo normalmente, in italiano, parlo e la gente mi capisce. Mi chiedono qualcosa? Molto semplice: rispondo.

Certo, se uno mi aggredisce anche solo verbalmente, tartaglio e gli dò subito ragione, è vero.

Ma è solo un modo per evitare i conflitti, è tipico nella nostra società così competitiva, lo fanno in molti per evitare di essere schiacciati dal peso delle parole. Insomma è normale, mi ha detto lo psicologo, evitando così di contraddirmi.

È normale cercare il compromesso, anzi è indice di buon senso.

In questo devo dire che io mi supero. Vi svelo un mio piccolo segreto: quando esco a mangiare una pizza aspetto che ordinino prima gli altri e poi scelgo io, per non prendere una pizza troppo difficile da sostenere, troppo diversa da quella degli altri. Lo faccio per sentirmi uomo tra gli uomini. Funziona, ve l'assicuro!

Che poi, recentemente, mi piace l'idea di provare la pizza senza glutine. Ho notato che dà molto prestigio. La cosa è impegnativa, richiede di sostenere l'insorgenza di una malattia, la celiachia, ma il suo nome non mi dispiace, sto valutando se prendermela o no.

Comunque sia, fossi anche malato di celiachia sarei normale eh! Ce l'ha anche Claudia Koll! Che culo che ha Claudia Koll! Eccomi a ripensare di nuovo al culo, sono un professionista, ve l'avevo detto, non me ne scappa uno. Che poi quello della Koll è proprio bello, rotondo, invitante, o meglio era, perché oggi come oggi non si sa. Non lo esibisce da anni, dai tempi di Tinto Brass; oggi la Koll si è fatta teocon, è stata folgorata da vocazione catto-bigotto-paradisica. Pare sia proprio diventata una suora laica.

Ecco io su questa storia della religione ho l'impressione di essere molto normale perché semplicemente non me ne frega niente e come me fa molta altra gente, lo so per certo.

Come si fa a credere in una religione? In qualcosa che non esiste? Di cui non c'è prova storica certa e su cui non è ammessa prova scientifica di sorta?



Siamo esseri viventi al vertice dello stadio evolutivo animale, siamo molecole, atomi, protoni ed elettroni; siamo incastri di Dna. Il prodigio della vita non è scientificamente del tutto chiarito ma presto lo sarà.

È normale essere certi di essere nati dall'amplesso dei nostri genitori, io poi sono certissimo di esser nato in febbraio, il 14, sono un Acquario sì... forse si è capito. In un periodo un po' particolare, devo dire, perché in quell'anno, il 1964, Saturno entrava nell'orbita di influenza di Plutone. È per questo che ho sempre paura. Non una paura specifica, sarebbe patologico, quindi anormale. È una paura diffusa, paura della vita, come dice il mio pranoterapeuta.

Per questo mi immagino un sacco di cose; che la sbarra del telepass non si alzi, che crollino i ponti mentre ci sto passando sotto, che possa perdere il lavoro senza riuscire a trovarne un altro, che crolli la mia casa e che muoiano tutte le persone che conosco.

La mia vita procede normale ma ho riconsegnato il telepass, evito di passare sotto i ponti, seguo maniacalmente la salute dell'azienda dove lavoro, a casa cerco sempre di star vicino ai muri portanti e saluto tutti dicendo addio come avevo visto fare solo nei film.

Una reazione normale di fronte a preoccupazioni reali, concrete, scientificamente dimostrabili; fobie esistenziali, è normale, ne abbiamo tutti mi ha detto l'analista. Il mio fallimento è colpa di Plutone, è scientificamente sicuro! L'ho scritto anche a Piero Angela, ma spero non mi chiami in trasmissione a testimoniare perché non potrei andare a Roma; ho paura di viaggiare in macchina... sapete, le gallerie... non riesco ad andare nemmeno in treno e dell'aereo non parliamo nemmeno! Adesso che penso al fatto che Piero Angela mi potrebbe chiamare ho un attacco di tachicardia e mi vien voglia di fumare. Ho smesso da più di dieci eh! Fumo solo ogni tanto. E sempre l'ultima sigaretta.

Normalissimo anche questo. Siamo in tanti che lo facciamo...

È l'ansia normale di quando ci si appresta ad

affrontare un esame, lo dice sempre anche il mio assistente sociale. Insorge anche prima di un colloquio di lavoro, oppure prima di un incontro importante. A me capita anche quando vado a comperare il latte.

Faccio fatica a stare in mezzo alla gente, a sostenerne lo sguardo. Ma è normale, mi dice il mio insegnante di yoga. Anche gli attori hanno

paura prima di affrontare il pubblico. Anzi, è una paura salutare, guai se non ci fosse. Se solo avessi fatto l'attore; certo bisognerebbe essere raccomandati, si sa com'è quel mondo. Devo fumare una sigaretta. L'ultima, ovviamente. Spero solo che il soffitto non crolli, una controllatina al portafoglio,

una all'agenda... le mutande sono in ordine? Sono normale, sì... controllo chiamate... ho bisogno di vedere qualche culo... devo chiamare al lavoro, non si sa mai, e poi chiamo casa, per sentire come stanno... Sono normale, solo un po' di tachicardia, non è niente... ci sono abituato... l'ansia cresce... andrò a farmi un giro al centro commerciale. Quello nuovo, gli altri ormai mi annoiano... spero apra presto il nuovo Auchan... sono normale... la mia vita è una vita normale...



MARGHERITA GOBBI (Moderatrice)

Parlare di piacere oggi nelle istituzioni è certamente una grande sfida, e ripropone il tema cruciale «Chi cura chi cura?».

La realtà organizzativa che molti operatori vivono è spesso infatti quella di un "piacere" che assume i toni della perversione, del potere inteso come dominio gerarchico, della svalorizzazione ed anonimizzazione dell'operatore

Vorrei citare una frase di Enriquez, psicologo francese, che analizza appunto i fenomeni di perversione delle e nelle organizzazioni: «Meno si riesce a capire, meno si investe nella ricerca di capire, meno si osa avventurarsi e più ci si rinchioda nelle proprie convinzioni e nelle più ripetitive strategie d'azione entro circoli viziosi che si avvitano e erigono barriere. Gli oggetti, gli altri, i contenuti del lavoro non posso-

no essere investiti affettivamente e predomina una autocentratura che porta a rendere se stessi strumenti di soddisfazione di istanze generali, sovrane perché impersonali, dominanti perché incontrastate, diffuse perché sottilmente infiltrate nel quieto vivere a cui ciascuno aspira». Molti autori parlano inoltre, con grande chiarezza, di quanto sia invece importante per ogni persona, in una organizzazione, sentirsi riconosciuta e, di quanto, però, paradossalmente, proprio questo bisogno diffuso di riconoscimento possa trasformarsi in una trappola manipolativa ed appunto, perversa.

Sappiamo inoltre che per il lavoro in psichiatria è cruciale il riconoscimento, non manipolativo, ma reale, del valore della soggettività del paziente come dell'operatore.

Il lavoro di équipe ha rappresentato per molti anni "la chiave a stella", come ci dirà tra breve il dottor Correale, il grimaldello che permette-

va proprio questo: il riconoscimento e la valorizzazione delle diverse soggettività, la sfida a dare continuamente senso e valore alle varie professionalità ed al lavoro clinico con il paziente.

È forse solo in questa sfida infatti che è possibile trovare "il piacere del lavoro", nella dimensione del desiderio di conoscere, comprendere e, perché no, anche "guarire" la sofferenza che continuamente incontriamo nei nostri pazienti e nelle nostre organizzazioni.

Dò ora la parola al dottor Antonello Correale, primario psichiatra a Roma, autore di due testi molto importanti per la psichiatria italiana, il primo *Il Campo istituzionale* ed il secondo *Area traumatica e campo istituzionale*. Correale si occupa in modo particolare di gruppi dentro le istituzioni. Il tema di cui parlerà oggi è *Linguaggio poetico e Linguaggio clinico*.



Linguaggio poetico, linguaggio clinico

La nostra chiave a stella

ANTONELLO CORREALE
Primario del Dsm-Asl Roma B Area II

Sono molto contento della scelta del tema di questo convegno, *il piacere*, che introduce l'argomento di cui vorrei parlare e cioè il fatto che nel nostro lavoro dobbiamo portare un forte elemento di concretezza e vitalità. Di presenza. È molto importante che si trovi un linguaggio che sia fedele alle nostre esperienze, al nostro modo di vita reale, al contatto con le persone e con noi stessi. Ho l'impressione che un grande impoverimento della nostra epoca, che riguarda non solo la psichiatria, sia rappresentato da un impoverimento del linguaggio e cioè da un uso sloganistico, meccanico, automatico e a volte violento dello stesso. Il linguaggio viene spesso usato per colpire, per affermare un potere, per dare un colpo, per affermare un'esigenza di dominio. È più difficile acquisire un linguaggio che rappresenti veramente le cose. Noi soffriamo molto del linguaggio che si è distaccato dalle cose per diventare un gioco di potere tra le persone, fra le istituzioni, fra i partiti. Questo è un grandissimo pericolo nonché una grande perdita che noi stiamo affrontando. Quindi il taglio che vorrei dare a questo discorso è quello di sottolineare come il linguaggio sia uno strumento essenziale del nostro lavoro.

Ritengo sia importante quello che diciamo noi ai nostri pazienti e non soltanto quello che loro portano a noi. Dovremmo chiederci sempre che cosa abbiamo detto, sia che siamo psichiatri, psicologi, infermieri. Credo che il grande problema che si presenta nelle istituzioni in questo momento – e che comporta una difficoltà nel piacere del lavoro nelle istituzioni – è che una grande fonte del piacere del lavoro è l'uso di strumenti in cui si ha convinzione e fiducia. Io credo in questo fatto e vi citerei il romanzo di Primo Levi *La chiave a stella*, in cui si parla molto bene dell'orgoglio dell'operaio che ama il suo strumento di lavoro.

Il piacere nasce dalla soddisfazione di usare uno strumento che ci piace, uno strumento vivo che lavora con cose vive. Non c'è dubbio che l'aziendalizzazione, la mancanza di risorse, l'impoverimento di certe forme di leadership adeguate, tutto ciò comporti un impoverimento ed una perdita di questa capacità e di fiducia

in questi nostri strumenti. Allo stesso tempo io credo che anche noi dovremmo riflettere su quanto siamo stati effettivamente capaci di difendere i nostri strumenti, di porli con quella efficacia, con quella trasparenza ed incisività di cui c'è bisogno. Noi possediamo degli strumenti, non siamo solo delle persone animate da uno spirito etico o da un desiderio di fare qualcosa per le persone che stanno male; di fatto, abbiamo degli strumenti conoscitivi che purtroppo non sono così potenti, ma allo stesso tempo non sono nemmeno così deboli: le neuroscienze, la psicoanalisi, la teoria dei sistemi, il cognitivismo, la sociologia. Pensate a che massa di pensieri e di conoscenza è stata messa in moto per affrontare il problema della malattia mentale. Siamo convinti di avere fatto una difesa sufficientemente forte di questo patrimonio conoscitivo e strumentale, delle nostre "chiavi a stella", per citare nuovamente Primo Levi? Credo che sia molto importante ribadire questo punto. La sfida dell'aziendalizzazione, dell'impoverimento del linguaggio, della società, può essere affrontata e combattuta se noi riproponiamo con forza i nostri strumenti. Non soltanto un impulso etico, ma una necessità di difendere il modo che noi abbiamo di lavorare. Questo mi sembra un punto in cui l'aspetto *poetico* ha la sua importanza tutt'altro che trascurabile.

Prima di passare nello specifico, vorrei sottolineare come il piacere dell'usare uno strumento non è soltanto un posporre la soddisfazione: il lavoro è un posporre, ma allo stesso tempo è anche un maneggiare. Forse accanto al concetto della posposizione del piacere, c'è anche il concetto di sublimazione che corrisponde ad un desiderio che anziché andare sulla meta originaria va su un'altra meta. Il desiderio continua a permanere e forse si alleggerisce un po', ma questo desiderio, questo piacere del raggiungere una meta, del lavorare con una cosa viva, dell'investirla di una certa intensità umana ed affettiva, credo sia molto importante. Noi dovremmo sempre pensare che, quando lavoriamo con i nostri pazienti, stiamo maneggiando qualcosa di molto "caldo", di molto ricco e potente, al pari di un falegname che è contento

di sentire il legno, di un fabbro che è contento di sentire il ferro. Noi dovremmo essere contenti di sentire questa “materia umana”, questa emozione, vitalità e senso dell’essere. Questo calore che si sprigiona dall’interazione con qualcosa di vivo, io credo sia *il piacere*. Per poter andare verso il piacere, bisogna andare verso questo qualcosa di vivo. Non a mani vuote, ma con degli strumenti.

Io oggi volevo proporvi questo tema dello strumento. Volevo partire dalla psicopatologia della psicosi. Essa è un prototipo di una modalità particolarmente drammatica di vita che ci impone una gestione, una responsabilità ed una risposta alla società

che ci chiede che cosa facciamo noi per gli psicotici. Io credo, e questo vale per la psicosi ma si può anche estendere a tutta la patologia mentale, che il punto cruciale della psicosi è la sensazione che la realtà diventi estranea. Questo è il salto radicale che ci pone la domanda dello psicotico. Egli afferma che se guarda una cosa, sa che quella cosa è quella cosa e al tempo stesso non è sicuro che quella cosa sia quella cosa, che viene da un altro mondo. Lo psicotico non dice, mi viene *in* mente questa cosa, ma mi viene *alla* mente questa cosa. Mi viene da qualche altra parte: non sono io che la penso. Mi attraversa il cervello, ma chi la pensa? Io? Sì, ma non è detto. Potrebbe mandarmela una radio pirata o un vicino che mi vuole avvelenare o mia madre... e così via. Io credo che quest’aspetto, che è stato sottolineato da Freud quando parlava della perdita della realtà, sia molto importante. Con questo concetto si intende la sensazione che l’oggetto perda la sua naturalezza, il suo essere lì. In fondo, quando si pensa al mondo noi pensiamo a qualcosa di amichevole, che sta lì; e questo stare lì, rappresenta un aspetto benigno delle cose che ci accolgono: ci bagniamo quando piove, ci scaldiamo quando c’è il sole, guardiamo le ragazze che passano. Per lo psicotico non è così: le cose non stanno lì, le cose sono sospese e sono circondate da un nulla, da un senso di indeterminatezza ed inafferrabi-



lità. Questa è l’inizio della crisi psicotica che noi chiamiamo depersonalizzazione. Credo che si possa dire che la prima cosa che viene messa in discussione all’interno di questa crisi, è il senso delle cose, il perché le cose stanno là. E credo che un modo per affrontare questa tematica, che riguarda anche altre patologie come i disturbi affettivi importanti, i casi borderline,

sia quello di considerare il fatto che si assiste a una scissione importante tra le parole e le cose. Le cose stanno là e noi dobbiamo trovare un linguaggio che aderisca alle cose, ma in realtà il linguaggio se ne va per conto suo o diventa una cosa lui stesso, acquistando una sua logica autoreferenziale, oppure il linguaggio de-

scrive un qualcosa ma sempre con uno scarto molto forte. Si potrebbe dire che lo psicotico è colui il quale sente che non trova mai le parole adatte per dire come stanno le cose dentro e fuori di lui. C’è sempre una fessura, una spaccatura ed incolumabilità. Questo è l’esordio della psicosi. Poi c’è la crisi psicotica acuta, subacuta, l’uscita dal delirio e così via. A me piace pensare che la psicosi sia un percorso e non uno stato, e che rappresenti un attraversamento di varie situazioni. Rimane comunque nello psicotico una traccia originaria che la realtà non è data e che potenzialmente il senso della vita non è dato.

C’è un concetto molto bello su cui Francesco Stoppa ritorna nel suo libro: in fondo *noi dobbiamo inventare il mondo con i nostri psicotici*. Non si tratta solamente di farli partecipare al mondo. Questo fatto è essenziale: va benissimo il lavoro, l’inserimento in strutture sociali e nella comunità. Tuttavia è necessario anche ricordare che quello che per noi è scontato, per lo psicotico non lo è. C’è il problema di riempire questa differenza con un linguaggio che faccia sì che il nostro psicotico senta da un lato che quello che sta facendo acquista valore perché si percepisce amato, riconosciuto e apprezzato, ma allo stesso tempo senta che all’interno di questa esperienza nuova nasce un linguaggio che gli permette di sentire che le cose fuori di lui riacquistano un

Psicoanalisti.
Congresso di Weimar
(settembre 1911).

certo senso.

Ci sono dei momenti in cui ci poniamo il problema di perché siamo nati, cosa stiamo facendo, la morte, l'amore, il sesso, cosa siano tutte queste cose. Normalmente non ce lo chiediamo, ma perché non ce lo chiediamo tutti i giorni? Io penso che non ce lo chiediamo tutti i giorni perché abbiamo una rete di affetti, una rete, direi, di tenerezza degli affetti, di piacevolezza degli affetti, di dolcezza degli affetti e che questa specie di tenerezza dolce che ci circonda fa sì che il senso nasca da lì.

Cioè la vita è questa, è questa dolcezza, i Greci la chiamavano «La dolce luce del sole»; ecco, la luce del sole di per sé è

dolce, ma perché è dolce? Perché abbiamo degli affetti intorno che ce la rendono dolce. Quand'è che ci poniamo il problema del senso della vita? Quando questa rete si interrompe, quando perdiamo una persona cara, quando ci ammaliano, quando qualcuno muore, quando dobbiamo cambiare vita radicalmente, quando succedono delle cose terribili, delle guerre, dei terremoti, delle catastrofi o quando ci scontriamo con la stupidità, con la violenza, con l'imbecillità, con la cattiveria, cioè quando si rompe questa situazione.

Allora io penso che il nostro psicotico è una persona che si trova sempre alle prese col rischio che questa rete molto sottile si rompa e che lui o lei deve affrontare questa mancanza di senso; vive sempre sopra un abisso che si può spalancare, un abisso catastrofico. Tutte cose che i fenomenologi hanno descritto molto bene e anche la psicoanalisi poi; vi risparmio, perché non è il momento, ma ci sono delle discussioni molto approfondite sui meccanismi di difesa che si usano (si parla di proiezione, di identificazione proiettiva, di rigetto, negazione), ma non è qui il momento per affrontare queste cose, anche se sono molto interessanti.

Però, quello che a me sembra un concetto importante, che ci apre al discorso dell'équipe e del lavoro d'équipe, è il concetto appunto di *trauma*. Questa situazione di rottura del senso e di



Lavoratori della ferrovia,
California,
fine Ottocento.

apertura dell'esperienza catastrofica si verifica in conseguenza di una lacerazione, cioè non avviene sempre... Avviene quando una relazione fondamentale che il nostro psicotico ha scelto per tranquillizzarsi, per proteggersi, per darsi un senso e non essere solo, corre il rischio di rompersi. Un litigio, una separazione, una malattia, una partenza, un innamoramento im-

provviso che cambia la situazione precedente.. Allora io direi che, se vogliamo parlare dei nostri psicotici, dovremmo dire: 1) Qual è la relazione fondamentale che loro hanno scelto nella vita per evitare la sensazione di cadere in una catastrofe? 2) Dove si è rotta (ieri, l'altroieri, in un certo momento del tempo)

questa relazione fondamentale? 3) Cosa è successo per cui questa relazione fondamentale non funziona più come protettiva e si è aperta quindi la frattura che spalanca l'apertura del vuoto, dell'abisso, della catastrofe? È questa *l'area traumatica*. Cioè l'area traumatica sarebbero tutte quelle situazioni relazionali che sono in grado di riaprire una sfiducia nell'altro e quindi l'idea che la relazione cui il nostro psicotico ha affidato il senso di protezione della sua vita non funziona più.

Se voi guardate tutte le crisi che si riacutizzano, tutti i pazienti cronici che si riacutizzano, vedrete sempre che in queste riacutizzazioni c'è una precedente situazione di qualcosa che ha lacerato un tessuto protettivo che funzionava e che, ad un certo punto, non ha più funzionato. Oppure, se siamo in presenza di crisi ricorrenti, vuol dire che il nostro psicotico sta tentando disperatamente di costruire una relazione fondamentale, che però resta sistematicamente ambivalente e quindi è come se lui facesse continuamente su e giù, su e giù, su e giù. Torno a casa, dalla mamma, litigo con mamma, torno in ospedale, ritorno dall'ospedale, torno a casa, rilitigo con mamma, ritorno in ospedale. Cioè è una specie di *né con te, né senza di te* psicotico. Mi affido a qualcuno che non mi protegge, ma senza il quale non posso stare.

Se accettiamo quest'idea, mi

pare che la terapia si debba allora sviluppare su due grandi filoni: il primo filone lo potremmo definire filone di *inserimento-apprendimento sociale*, cioè il nostro paziente ha bisogno di essere inserito in una rete di accoglimento, di stimolazione, di sviluppo, in cui lui si senta parte di un gruppo, parte di una comunità. E questo gli ridà l'idea che esista *un terzo*, cioè c'è la relazione centrale cui io ho affidato la mia protezione, poi ci sono io che sono così fragile, sempre esposto sull'orlo dell'abisso, e poi c'è il terzo, che è *la comunità*. Il gruppo, la comunità arrivano a salvarmi dall'abisso della claustrofobia di questa relazione, unica salvezza per me.

Quindi la comunità ha una funzione centrale perché, diciamo così, è il terzo elemento che rompe l'adesione fissa, la fissità dell'adesione alla relazione protettiva, che protegge e uccide al tempo stesso. Vogliamo chiamarlo apprendimento, vogliamo chiamarlo "potenziale narcisistico buono", chiamiamolo come ci pare insomma, è stato chiamato in vari modi (la socializzazione, sentirsi cittadino attivo di una *polis*). E qui, io credo, si possono inserire le residenze, le riabilitazioni, gli inserimenti lavorativi, cioè in qualche modo fare uscire queste persone da una specie di rifugio distruttivo; c'è questa contraddizione micidiale, che è un rifugio che ti protegge e ti uccide insieme, questa fusionalità necessaria e mortifera.

Ecco, però, su questo è importante anche una misurazione, un misurarci fra di noi. Io credo sia necessario che questa area traumatica venga anche, in una certa misura, ricercata. Cioè, non basta l'inserimento sociale, la comunità, il gruppo (ripeto che è una condizione necessaria ma non sufficiente), se noi non abbiamo chiaro qual è la vicissitudine per cui, all'interno di quella relazione, originariamente si determinò una frattura e quali sono gli elementi negativi che possono riaprire quella frattura. Il fatto stesso di essere inserito in una struttura non ci mette al riparo da queste fratture.

Nel mio libro [*Area traumatica e campo istituzionale*, Borla 2006; Ndr] faccio l'esempio della stanza di Barbablù; vi ricordate Barbablù? Puoi entrare in tutte le stanze, cara moglie mia, entra in tutte le stanze ma in quella no, in quella non ci puoi entrare, in quella io ti do la chiave, ma tu non l'aprire. Naturalmente la moglie apre la stanza, quando il marito non c'è, e lì ci sono tutti i cadaveri delle altre mogli; il marito torna, si accorge che lei ha commesso questa infrazione e sta per ammazzare pure lei. La stanza di Barbablù ha a che vedere col fatto che per

tutti noi, ma per lo psicotico in particolare, esiste un'area in cui la relazione diventa allo stesso tempo violenta, drammatica e catastrofica. Allora, se noi non abbiamo nessuna idea di quale sia, per ognuno dei nostri pazienti, lo specifico di questa relazione che si rompe, il semplice inserimento non ci mette al riparo. L'inserimento ci dà una rete che permette un ampliamento enorme di possibilità e stacca da questa relazione, però qualcuno deve sapere qual è il segreto di quella persona, per cui, se si tocca quel punto, quella persona può, detto male, reimpiazzire. Tutti i nostri psicotici sono a rischio di una ricaduta nella crisi acuta e tenderei a pensare – vi propongo questo pensiero – che loro vivano nel terrore di ricadere nella crisi acuta. Tante volte miei pazienti mi hanno detto: «Ma Lei dottore non sa cosa vuol dire stare in quei momenti!». Poi certe volte diventa onnipotenza, certe volte quel momento viene negato e viene vissuto come una specie di libertà indiscriminata, però in realtà questa libertà indiscriminata copre sempre, invece, una paura, è capovolgimento nel suo opposto.

Qui ci avviciniamo al gruppo. E alla questione della cura, la cura intesa nel doppio senso di cura come cura di un disturbo e di cura nel senso di *care*, di prendersi cura, di accudire e aiutare: sono due aspetti entrambi importanti e l'uno non deve escludere l'altro. La cura deve tener conto di questo potente stimolo sociale e di questo potente meccanismo di identificazione del trauma specifico che riapre la ferita psicotica. Ognuno dei nostri pazienti, io oserei dire ognuno di noi (ma noi per fortuna, si spera, non diventiamo psicotici – magari noi quando incontriamo la nostra area traumatica diventiamo ansiosi, diventiamo arrabbiati, diventiamo tristi, diventiamo violenti, diventiamo un po' perversi, loro diventano psicotici, cioè perdono il contatto con la realtà), ecco, ognuno di noi dovrebbe conoscere un po' la sua area traumatica, come i martiri cristiani che troviamo raffigurati nelle chiese, in cui ogni martire si rappresenta per lo strumento con cui è stato ucciso; quello ha la graticola, quello ha la spada con cui è stato decapitato, quello ha le frecce, cioè ognuno ha il modo con cui può venire ferito in modo particolare. Noi dobbiamo conoscerlo meglio questo punto traumatico del paziente, e questo trauma noi lo conosciamo attraverso un rapporto personale e stretto con lui, con la conoscenza approfondita del suo contesto, il rapporto familiare, e anche con l'osservare quotidianamente, con l'inserimento nelle situazioni

collettive, come lui o lei rivivono le varie situazioni che si possono presentare.

In fondo l'inserimento e la socializzazione sono un potentissimo modo di teatralizzazione di questa area traumatica, cioè io posso osservare quando, come e perché si riacutizza la ferita e, conoscendola, posso prevederla e posso dare al nostro psicotico degli strumenti per prevenire questa ricaduta.

Allora, qui c'è però un problema di gruppo. Cioè, è chiaro che per vedere questa area traumatica non basta un contatto individuale, non basta una psicoterapia individuale, perché lì il paziente ci porta quel se stesso che vuole mostrare a noi, che si sente di mostrare a noi e rimane fuori tutto un altro se stesso che è quello sociale. Non basta neanche l'osservazione sociale, perché laggiù, fuori, il paziente si comporta in vari modi che sono quelli che il contesto gli mette a disposizione. Ma dove avviene la messa insieme di tutte queste cose? Cioè, il paziente visto dall'infermiere, visto dallo psicologo, visto dal medico, visto dall'assistente sociale, visto dal barista che gli fa il caffè la mattina, visto dall'insegnante di fotografia che gli fa il corso, visto dal maestro di musica che gli fa la lezione... Eh, sono tanti gli aspetti che, nel caso del disturbo psicotico, sono ad alto rischio di restare scissi, proprio perché il nostro paziente si difende moltissimo dalla messa a contatto con questa area traumatica, perché ha paura che questo lo faccia impazzire, e allora deve separare i vari ambiti, molto spesso, o ricorrere a meccanismi di difesa incongrui, l'identificazione con l'aggressore, fatuità, ritiro autistico, tutte queste cose.

Io credo che soltanto il gruppo di lavoro, soltanto l'équipe, sia il luogo dove si possono ricomporre questi frammenti. E se no dove? Non c'è un altro luogo. Allora noi possiamo dire: «Cari signori, il lavoro di gruppo non è un optional, non è una cosa che ci fa comodo», e così noi mettiamo insieme i medici, gli assistenti sociali, gli infermieri, gli psicologi, gli educatori: non è una somma di ruoli, il lavoro d'équipe è il luogo dove si mettono insieme i frammenti di una persona che si presenta intrinsecamente frammentata perché terrorizzata dall'impazzire. E se non la facciamo noi, in questo luogo, la sintesi, questa persona resta frammentata. Cioè il gruppo diventa, a questo punto, essenziale, perché è il nostro strumento di lavoro, è *la nostra chiave a stella*, per dirla con Primo Levi. Se ci togliete il gruppo di lavoro, se lo frammentate in 4-5 sindacati ognuno dei quali fa la

difesa della sua professione, benissimo; ben vengano carriere, difese delle singole professioni, ci mancherebbe altro. Ma non è questo il punto; il punto è: esiste poi un luogo in cui queste persone si reincontrano e si reincontrano con delle modalità che permettano di ricostruire un essere umano nella sua interezza? Non si incontrano soltanto per scambiarsi informazioni o per ascoltarsi. Si incontrano per dirsi delle cose che sono originariamente spezzettate e che invece, in quella sede, possono trovare una sintesi. È chiaro che poi nel gruppo ci sarà chi è più abile e chi ha competenza per portare a questa sintesi in maniera convincente e chi ce l'ha di meno, però a quel punto tutti hanno qualcosa da dire, perché ogni frammento ha un suo valore, ha un suo potere, una sua ricchezza, un suo potenziale euristico. Si tratta di metterla insieme in modo che si formi questa famosa – io l'ho chiamata così – area traumatica, ma possiamo chiamarla anche ferita, lacerazione, rottura, chiamiamola come vogliamo.

Quindi, per sintonizzarsi sul rischio che il nostro paziente ha di impazzire, cioè di ricadere nella crisi psicotica acuta, dobbiamo conoscere quali sono gli elementi che tendono a indurre questa perdita della realtà. Sono elementi traumatici, legati alla frattura di relazioni fondamentali, che si possono riprodurre o nella vita di famiglia o nella vita di comunità; per potere cogliere tutti quegli elementi, che ci permettono di ricostruire questa scena, noi abbiamo bisogno di un gruppo che funzioni. Allora si potrebbe dirla anche in un altro modo: il gruppo costruisce scenari che però non sono scenari arbitrari, non è che a me viene in mente questo e dico questo, e a un altro viene in mente quest'altro e io dico quest'altro. L'arbitrarietà è superata dal fatto che *lo scenario deve avere un potenziale esplicativo*, cioè deve aiutare a capire dove si rompe la relazione protettiva e cosa succede quando si rompe, e come si ricostituisce da un'altra parte o la primitiva relazione fondamentale o un'altra che, sostituendola in modo meno patologico, permetta alla psicosi, al nostro paziente, un'evoluzione migliore. Questo mi sembra un punto, non so se sono stato sufficientemente coerente nella spiegazione, ma mi pare che noi abbiamo bisogno di dire agli amministratori, all'aziendalizzazione, ai direttori: guardate che in psichiatria il lavoro di gruppo è fondamentale. Non ce lo potete togliere, non può diventare una somma di interventi separati, perché altrimenti si favorisce il rischio della patologia che noi dovremmo invece curare. Di-

venteremmo insomma lo specchio imitativo della patologia che dovremmo curare.

Mi piacerebbe anche parlare dei borderline, ma sarebbe ora un'impresa un po' folle, però voglio dire che, anche se il modello esplicativo dei borderline è diverso, non c'entra con la psicosi, però anche lì c'è in qualche modo una relazione fondamentale, anche lì c'è un rischio di rottura di questa relazione fondamentale. La differenza è che quando si rompe la relazione fondamentale, il nostro psicotico allucina o delira o si depersonalizza, mentre invece il nostro borderline, quando si rompe la relazione fondamentale, fa degli *agiti*. Agisce, si butta a capofitto nella realtà.

Però in entrambi i casi c'è una perdita di senso; in entrambi la perdita di senso è secondaria, successiva, alla rottura di una relazione protettiva, cioè al fatto che un affetto che riscalda, protegge e dà orientamento alla vita viene meno. E la vita, senza quell'affetto, diventa come la vita del re in *Re Lear*, che all'inizio dice: «Ah, sono un re, amato dalle mie tre figlie, sono padrone di un regno, ho la mia vita meravigliosa, vado benissimo» e poi, alla fine, si trova disperato, scarmigliato, che cammina su una montagna senza nessuno che gli sta vicino e nessuno che lo riconosce: ecco, questa facilità con cui si passa da un ordine ad un disordine, da un apparente senso ad una perdita completa di senso, da un'apparente strutturazione delle cose ad una destrutturazione delle cose... Allora borderline e psicotici hanno bisogno che si ricostruisca intorno a loro una rete, però questa rete deve essere anche capace di metterli lentamente, gradualmente, in contatto con la loro capacità di descrivere che cosa mette a rischio la loro vita e instaura la perdita di senso.

E qui c'è il linguaggio poetico, secondo me. Intanto non vorrei sembrarvi presuntuoso e non sono assolutamente in grado di descrivere cosa sia la poesia, ci sono duemila anni di discussione su questo, ci mancherebbe altro che io mettessi a dire cos'è la poesia. Non lo so, penso che nessuno si azzardi a dire con precisione che la poesia è



questo o quest'altro; possiamo dire che il linguaggio poetico è un linguaggio che colpisce fortemente i sensi. Non è un linguaggio concettuale, non è un linguaggio razionale. È un linguaggio che colpisce i sensi; o è un linguaggio musicale, che allora colpisce l'udito e non solo (perché poi la musica ci avvolge tutti), o è un linguaggio pittorico, o è un linguaggio dei gesti,

teatrale, o è un linguaggio che colpisce il tatto, il corpo, la sensorialità tattile. Comunque la poesia, il linguaggio poetico ha, per sua natura, quella di descrivere qualcosa che succede al nostro corpo, ai nostri sensi, oltre che alla nostra mente. In fondo il poeta è colui che cerca di descrivere grandi verità, anche meta-

fisiche o religiose o politiche o umane, in un modo che però colpisca direttamente i sensi. Non so se vi sembra una spiegazione abbastanza semplificata, però è molto importante.

Noi dovremmo stare sempre molto attenti a usare un linguaggio che non sia troppo teorico, troppo astratto, troppo concettuale, perché questo linguaggio rimane sempre un po' troppo sospeso. Ci si possono fare molte cose, mentre col linguaggio che colpisce i sensi in qualche modo si è più vincolati a qualcosa che è proprio quella; è più vicino al fatto, è più vicino alla realtà. Ora non voglio neanche entrare troppo in questo tema del Reale. È molto ben descritto nel libro di Stoppa questo tema del Reale, che è uno dei punti forti del pensiero di Lacan, personalmente lo trovo uno dei punti più affascinanti del suo pensiero.

Il poetico è ciò che si avvicina di più al fatto, si avvicina di più alla Cosa, il Reale, ecco, per congiungermi a quanto dicevo prima. Io credo che, dal momento che noi viviamo invece in un'epoca in cui c'è un tentativo di svuotare il linguaggio, per piegarlo a meccanismi di potere, o a meccanismi commerciali, o a meccanismi di seduzione mass-mediatica, ci sia estremo bisogno di un linguaggio che ritorni ad una

dimensione sensoriale, ad una dimensione più vicina alla realtà delle cose; sensoriale non nel senso di far vedere il sangue dell'ucciso, come fa la televisio-

Operai.

ne, ma sensoriale nel senso di farci capire come chi ha attraversato una certa esperienza l'ha vissuta dal di dentro, cioè cosa è realmente successo a quella persona. Quindi, una sensorialità che ci aiuta a ricostruire una storia, non una sensorialità che colpisca come un pugno nello stomaco e rimanga lì.

Un altro aspetto del linguaggio poetico, mi pare, è che la poesia unisce aspetti diversi della mente. Ci sono delle esperienze le quali sono legate ad una specie di indeterminazione; ora, scusate, faccio un esempio che voi tutti conoscete, *L'Infinito* di Leopardi. In fondo, in una delle *Lezioni Americane*, Calvino, in quella sull'esattezza, dice

una cosa bellissima. Cioè lui dice. «Quanto più è vaga la sensazione che dobbiamo descrivere, tanto più dobbiamo essere precisi negli esempi che portiamo nel descriverla». Bizzarro, no? Leopardi, quando parla dell'Infinito, sensazione quanto mai vaga, parla di una siepe, di un orizzonte, di uno stare seduto dietro quella siepe, del senso del tempo che passa, dell'età, elenca cioè una serie di cose molto precise che, messe tutte insieme, danno l'idea dell'Infinito. Ecco, lo stesso dovremo fare noi quando trattiamo coi nostri psicotici, perché questi, poiché hanno a che fare con l'esperienza di perdita di senso, sono persone che spesso non sanno bene descrivere che cosa ci raccontano. Ne parlano in modi parziali, frammentati; allora riuscire, nel loro linguaggio allo stesso tempo molto ricco e molto spezzettato, a cogliere un aspetto che ci permetta di aggregare intorno a quel particolare il modo in cui loro si sentono, e che sa trasmetterci una sensazione che è difficile da trasmettere, questo mi sembra un punto di grandissima importanza. Come potremmo dire? Che il linguaggio poetico è il linguaggio che dà attenzione al particolare, dà attenzione al dettaglio, dà attenzione a quello che sta annidato da una parte e che, se noi lo andiamo a vedere, ci permette di accorgerci che certi dettagli – non tutti, per carità – hanno la capacità di sintetizzare dentro di sé tutto uno scenario.



Architetto,
Louis Kahn con il figlio.

E allora, se uno sta attento e sa qual è lo scenario che deve ricostruire, quando poi il nostro paziente gli racconta: «Sono andato a casa, mi hanno offerto il caffè e ho visto che sulla scrivania c'era una statua di gesso di una ragazzina con un cane», ecco forse quella ragazzina con il cane ci dice qualcosa di più di tanti discorsi. Ce lo dice perché sappiamo tante cose

su quella storia, sui legami, su come è venuta l'ultima crisi e allora quella scena diventa la possibilità di condensare in un unico scenario concreto e poetico tutti i particolari della storia che noi abbiamo raccolto. E quindi possiamo riproporre al paziente e a noi quella scena come qualcosa che contiene *in nuce* il suo

trauma, ma in un modo protetto, in un modo un po' più distaccato. Non è *Tu impazzisci tutte le volte che*, ma, come dire, «Quella scena è molto importante e per Lei riassume tanto della sua vita».

Questo è un aspetto che riguarda ancora i rapporti col paziente, ma ritorniamo al discorso dell'équipe, che è quello che ci interessa, e torniamo al piacere. In fondo, già avrete capito dove voglio arrivare: questo uso del linguaggio poetico, che serve a ricostruire scenari capaci di dotare di senso l'esperienza traumatica, è già di per sé un'operazione che può dare piacere. Certo è un piacere impregnato di dolore, impregnato di drammaticità; ricordiamoci che ci occupiamo di persone che sono molto infelici, di persone che si sentono tradite dalla vita, che si sentono abbandonate da Dio e dagli uomini. Però sono anche persone che, proprio perché richiamano anche noi al senso della vita, al senso del linguaggio, ci fanno anche un grande regalo.

Ora, non voglio fare tanta retorica, ma, insomma, speriamo che si trovi il modo di far scomparire la psicosi dal mondo; quando però sarà scomparsa, ci mancherà qualcosa, in qualche modo lo psicotico, col suo dolore, ci richiama anche al fatto che non è scontato quello che noi diciamo, è sempre una costruzione, e lui o lei ci richiamano a questa costruzione che noi facciamo. E ci

spingono ad una costruzione migliore, più adeguata, più vicina alle cose.

Credo che sia questo il grande dono che ci fanno i nostri psicotici, di richiamarci alla facilità con cui noi cadiamo vittima di un'arbitrarietà, dei nostri pensieri, di un'abitudine, di slogan, di stereotipi, Winnicott direbbe del *falso Sé*; d'altronde siamo esseri umani, abbiamo bisogno di riposarci, non possiamo vivere sempre immersi nell'autenticità. Però non possiamo neanche vivere mai immersi nell'autenticità, e allora il nostro psicotico ci richiama a questo aspetto. Il problema diventa: se c'è un piacere nell'avvicinarci così al disturbo mentale, come un'attività di *invenzione* – ripeto, uso un termine molto efficace di Francesco Stoppa – o di ricostruzione, ecco, questo può avvenire all'interno di un'équipe? È possibile che un linguaggio di questo tipo circoli anche all'interno dell'équipe? Oppure è una fantasia un po' romantica? Perché in fondo, se voi ci pensate, noi ci vogliamo tutti tanto bene, ma intanto non ci siamo scelti, siamo capitati in un posto, qualcuno ha vinto un concorso, qualcuno è stato assunto e si arriva in un posto in cui vi sono altre persone. Con qualcuna ha stretto dei rapporti affettivi, con qualcun'altra ha stretto rapporti di antipatia, con qualcuno non ha stretto nessun rapporto, col capo certe volte c'è un rapporto d'affetto, certe volte d'antagonismo, certe volte d'assenza, comunque non sta scritto da nessuna parte che il gruppo-équipe debba essere di per sé un gruppo che funziona bene. Va fatto funzionare bene, ma gli elementi frammentanti (diversità di carattere, diversità di idee, diversità di formazione) sono sicuramente di più degli elementi congiungenti.

L'elemento congiungente è poi *la clinica*, ci occupiamo tutti della stessa cosa. Ma spesso non basta, ecco. È necessario porsi il problema di quali siano le condizioni che permettano che in questo gruppo équipe – che è di per sé così delicato, così soggetto a malattie, a spezzature, a frammentazioni, a ideologie, a ossessivizzazioni, a burocratizzazioni, insomma ne potremmo elencare cinque o sei di malattie del gruppo, le conosciamo tutti strabene – possa circolare un linguaggio di questo tipo. Questa è una domanda molto difficile, forse già il fatto di porsi ci porta un pezzo avanti.

È ad esempio molto importante la dimensione della leadership. In qualche modo il leader deve essere – lo dico molto rapidamente perché sulla leadership ci sarebbe da parlare molto (per leader non intendo soltanto il primario,

anche se il primario è una figura molto importante anche dal punto di vista fantasmatico, non solo burocratico, ma tutti quelli che hanno compiti di dirigenza) – il primo a permettere che circoli un linguaggio di questo tipo, cioè a fare in modo che si attivino periodicamente nel gruppo – non sempre, per carità, se no sarebbe un gruppo anarchico – dei momenti in cui è possibile rimescolare i ruoli, in cui è possibile sospenderli per un attimo (*per un attimo*, non sto idealizzando lo stato caotico) e sia possibile far circolare in quei momenti delle modalità affettive, fantasmatiche o poetiche che poi possono essere riutilizzate per costruire successivamente una sintesi.

Max Weber, che era un grande sociologo del secolo passato, parlava di *stato gruppale nascente*, cioè un momento in cui il gruppo rimescola per un attimo i suoi ruoli e si rimette in contatto con alcune idee, con alcune emozioni, alcune immagini, come se le vedesse per la prima volta. Secondo lui lo stato gruppale nascente sarebbe un potente antidoto all'istituzionalizzazione intesa come cristallizzazione delle idee. Insomma è il solito discorso: Cristo o il Papa? Il Papa ha la missione di perpetuare nei secoli il discorso di Cristo, per farlo molto spesso può tradirlo. Questa è l'istituzione, cioè l'istituzione, accecata dal bisogno di conservare un certo discorso, spesso tradisce il discorso stesso che vuole conservare. Questo succede ovunque, nei partiti politici, nelle Chiese, nelle società scientifiche, tutte insomma sono soggette a questo rischio. Secondo Weber il modo in cui si può cercare di supplire a questo rischio è di creare dei momenti provvisori di liquefazione del contesto gruppale, dell'istituzione, che però, per poter essere avvertiti come non pericolosi, devono essere garantiti da un capo che dica: «Adesso ci possiamo liquefare... Adesso si ritorna ai ruoli». Questa oscillazione fra il momento poetico, il momento nascente e quello della reistituzionalizzazione dei ruoli potrebbe essere un modo per inserire nel discorso dell'équipe anche questa dimensione che sto cercando di descrivervi. Anche perché il nostro psicotico, se non trova questo linguaggio poetico, vive le nostre spiegazioni come se fossero sovrapposte e non come una risposta a come lui sente le sue questioni di fondo.

Un altro aspetto che mi sembra molto importante a proposito, lo vorrei citare perché è un punto decisivo... Vi ricordate lo slogan della Rivoluzione francese? Libertà, uguaglianza, fraternità. Della libertà se ne parla fin troppo, è

una parola molto usata, tutti vi facciamo spesso riferimento, come per l'uguaglianza. Mi pare che quella che è stata completamente abolita è *la fraternità*. La fraternità che cos'è in fondo? È la capacità di poter accettare di poter dare qualcosa ad un altro gratuitamente, perché il legame che noi abbiamo con quella persona ci impone di non sentire come un esproprio il fatto di dare a quella persona qualcosa di noi. L'amicizia è una forma anche di fraternità; non mi importa se tu mi chiami alle tre di notte, sei mio amico e quindi vengo da te, se tu mi dici che hai bisogno di vedermi. C'è un aspetto di gratuità. Ora, non c'è dubbio che nelle istituzioni questo aspetto di gratuità non possa essere preminente, perché nelle istituzioni si parla sempre di diritti, di doveri, di sindacati, di leggi, di regole ed è giusto così, ci mancherebbe altro che certe cose venissero date per amore e non per diritto. È anche vero, però, che i rapporti tra di noi non possono essere regolati solo dalla giustizia; c'è tutta la dimensione dell'amicizia, la dimensione del gratuito, che è anche: metto a tua disposizione una mia fantasia, un mio pensiero, una mia impressione.

Allora io credo che la valorizzazione della dimensione dell'amicizia e della fraternità, in articolazione con il discorso della giustizia e dell'uguaglianza, e non in opposizione, sia qualche cosa che un buon capo dovrebbe cercare sempre di valorizzare. Perché appunto questa dimensione del dono, del gratuito, del fraterno, si dovrebbe aggiungere alla dimensione del giusto, del regolato e del suddiviso secondo equità. Ed è la bravura dei gruppi quella di trovare questa doppia circolazione. Spero di aver dato un'idea del perché ho scelto questo titolo *Linguaggio poetico, linguaggio clinico*; io sono convinto che la clinica è la nostra salvezza (e si sarà capito dal discorso che ho fatto) e che il ritorno ai nostri pazienti e agli strumenti che noi usiamo sia la risposta migliore che possiamo dare non solo a chi ci guarda e ci chiede cosa facciamo, ma anche a noi stessi quando ci divertiamo abbastanza nel nostro lavoro. L'idea che il nostro lavoro ci dà un orizzonte sconfinato di progresso verso delle conoscenze sempre crescenti è una grande fortuna e questo credo che non ce lo dovremmo dimenticare, senza trionfalismi, ma senza neanche deprimerci troppo.

COMMENTI

Il piacere della clinica

MARIO COLUCCI
Psichiatra, Dsm Trieste.

Direi due cose a caldo, mettendoci dentro quello che mi interessava affrontare oggi. Mi sembra che Correale abbia sottolineato *il piacere della clinica* e questo lo ritroviamo anche nel libro di Stoppa. Il piacere della clinica come antidoto, oggi, a una tecnicizzazione dei servizi e anche ad una perdita di slancio nel nostro lavoro. In questi anni, forse, una delle cause più importanti della perdita di piacere nel lavoro è stata la dissociazione, la lacerazione, il fossato che si è venuto a creare sempre di più tra la clinica e la politica. Io che nella mia esperienza ho deciso, da una cittadina del Sud, di andare a Trieste perché lì c'era qualcosa di forte, scegliendo questa dimensione fortemente politica, mi sono interrogato anche su quella clinica e soprattutto sul fatto che sembrava che tra le due dimensioni ci dovesse essere come una scelta di campo. Come se appartenere ad una dimensione escludesse l'altra. Devo dire che,

lavorando sui testi di Basaglia da sempre e lavorando poi sui testi della psicoanalisi, ho trovato che questa è una nostra costruzione, di cui siamo responsabili, nel senso che in certi momenti è servito mantenere questa separazione. C'è stato un momento forte, di passaggio, traumatico che, secondo me, si situa alla fine degli anni '70, nel '77. In questi giorni sto rivedendo i filmati, perché noi a Trieste stiamo costruendo un archivio generale della deistituzionalizzazione. Vedendo i filmati si coglie che ad un certo punto qualcosa è cambiato, sta cambiando. Il linguaggio è usato in maniera isterica, come arma per contundere, non più per argomentare. Lo si vede chiaramente: il linguaggio usato per disturbare, un pò come succede oggi nelle trasmissioni politiche. E lì si vede anche la saggezza di qualcuno, si vede Basaglia che lascia parlare, nonostante tutto, che non svaluta un linguaggio che è già di per sé autosvalutante. In quegli anni lì accade che ci si renda conto, e Basaglia si rende conto, che con la Legge 180 cambia tutto. Cambia soprattutto un rapporto con il ruolo di conoscenza, ci si rende conto che il lavoro contro le istituzioni è stato particolar-

mente un lavoro che andava contro un luogo, contro delle mura; però il lavoro che bisognava fare era contro un ruolo, il ruolo del tecnico, che possiamo dire che in parte è anche fallito. Vorrei spiegarmi su questo; Basaglia aveva un'idea alta del ruolo dell'operatore, che ritroviamo anche in molta psicoanalisi, e vi è un merito non piccolo nel libro di Stoppa, in cui l'autore dedica almeno due capitoli a Basaglia. Ed è uno dei pochi, se non forse l'unico, che oggi fa un lavoro straordinario di tessitura di legame tra Basaglia e Lacan, o tra Basaglia e Freud; trovo delle straordinarie vicinanza nel fatto che, in entrambi, in Basaglia e Lacan, vi è la possibilità di dissipare, di fare, come lavoro terapeutico, una dissipazione del terapeuta, dell'operatore, come soggetto che conosce, *soggetto che sa*.

Per Basaglia è molto importante questo: quando si è davanti ad uno psicotico, noi non necessariamente dobbiamo porci come *quelli che sanno*. Certo è importante in una fase del transfert essere *coloro che sanno*, ma tutto il nostro lavoro è in una dissipazione di questo aspetto, cioè nel dimostrare che il sapere non è legato a delle conoscenze. Mi trovo molto d'accordo con Correalo quando parla di linguaggio poetico. Questo però è stato equivocato; sulla sponda politica, dicendo che non serve a nulla il sapere clinico, non serve a nulla la psicoanalisi, non serve a nulla perché è un sapere di classe, è un sapere di parte, che non incontra le persone. E d'altra parte è stato equivocato dalla clinica, per la quale non serve a nulla la politica perché abbiamo i nostri strumenti che servono a capire la patologia, la diagnosi. Nell'uno e nell'altro caso c'è stata una deriva; la tecnologia politica e la tecnologia scientifico-tecnica non sono molto dissimili, perché in entrambe c'è un'incapacità di fare quello che Basaglia riteneva molto importante: *custodire un vuoto*. Basaglia è molto attento a questo; si è prodotto un vuoto, questo vuoto è un momento felice e va custodito.

Cosa significa custodire un vuoto? Noi sappiamo quante volte abbiamo necessità di custodire il vuoto dei nostri pazienti, di non riempirlo di cose, di non metterci dentro tante prestazioni, tanti servizi, ma di lasciare aperto uno spazio, che è lo spazio in cui la persona inizia a domandare qualcosa. E noi abbiamo una particolare potenza di fuoco nei nostri servizi nel mettere a disposizione dei beni, spesso non capendo invece che cosa la persona ci sta chiedendo, qual è, ad esempio, il piacere che la persona ha nello stare con noi. Il piacere si coniuga anche

con un altro aspetto importante, su cui noi stiamo perdendo davvero molto, che è lo stare con le persone, il perdere tempo con le persone, il trascorrere del tempo insieme. Mi sembra che, quando parliamo di aziendalizzazione, c'è un aspetto preoccupante, che è una deriva verso l'emergenza, l'urgenza, la risposta immediata. Sono aspetti che derivano dal fatto di trovarsi sotto al faro di una responsabilità medico-legale; bisogna dare tutto, agire tempestivamente, legittimamente e correttamente. In fondo, se viene meno la correttezza terapeutica, lo stare con le persone, credo che nessuno ci denuncerà mai per questo, nessuno dirà mai: «Hai omesso qualcosa!».

Questa piega emergenziale è un aspetto contabile, misurabile, che oggi ci sta penalizzando in questo *stare-con*, che è il momento decisivo d'incontro tra clinica e politica. A me ha convinto molto quanto diceva Correalo, quando affermava che bisogna fare attenzione all'inserimento in comunità, alla creazione di una rete. Questa è la vera nobiltà di un lavoro politico, basato sullo stare con le persone, sul creare un legame, un legame che è fatto di piacere, che è fatto di linguaggio poetico, che è fatto di tempo. E questa è anche l'aspetto della clinica, intesa come la capacità di stare accanto alla persona, non necessariamente di stare accanto al letto della persona, come dice l'etimologia della parola greca. Capire le dinamiche, ad esempio. E oggi questo è l'aspetto che, una volta trascurato, ci penalizza di più.

Ricostruire i nostri frammenti, aprire i sensi

ELIO CAMPIUTTI
Psichiatra, Dsm Udine.

Sono un "semplice" psichiatra, che lavora sul territorio. Non faccio parte di gruppi o di associazioni varie. Riprendendo il tema di questa sezione, il linguaggio in fondo cos'è? È quello che uno riesce ad esprimere. Se c'è qualcuno che esprime qualcosa, dall'altra parte ci deve essere qualcuno che ascolta, qualcuno che anche capisca. Il mio sapere e il mio lavoro vengono prevalentemente dal confronto che ho coi pazienti e gli operatori che lavorano con me, dove c'è un confronto che sicuramente non è paritario, perché i ruoli sono diversi. Noi operatori abbiamo sempre il coltello dalla parte del manico, però ogni tanto mi piace met-

termini dall'altra parte. Arriva il paziente e cosa vuole sentirsi dire, cosa ci chiede? Migliorerò? Guarirò? Cos'è questa cosa qui? A lui non gli frega niente se fa parte dell'Asse I, dell'Asse II del DSM IV, che è estremamente importante perchè evidentemente serve a noi per riuscire a catalogare. Anche se è sempre difficile catalogare una persona, noi abbiamo però bisogno di queste cose, per riuscire a metterla su un livello un po' più pragmatico, meno emotivamente violabile.

Correale ha detto che il linguaggio poetico colpisce i sensi: allora i nostri pazienti sono tutti poeti, e parlo anche degli psicotici, dei deliranti. Riescono ad esprimere quello che colpisce i loro sensi; la sofferenza, le problematiche, le difficoltà di vita, che spesso noi non riusciamo a cogliere. Forse noi spesso perdiamo questo mettersi a confronto con l'altro, spesso siamo pragmaticamente orientati a cogliere che una persona ha questo problema, un'altra ne ha un altro. Non ci mettiamo all'ascolto, perchè ascoltare non significa interpretare, ma sentire le sue parole, quello che dice, senza grosse interpretazioni, elaborazioni. Se uno è ansioso, è ansioso; certo poi dobbiamo andare a capire perchè, come e via dicendo. Come riuscire ad abbinare linguaggio tecnico e linguaggio poetico? Forse riuscendo ad essere noi stessi, parlare non come il paziente, perchè non dobbiamo confonderci con lui, ma dire, in maniera filtrata e corretta, quello che noi pensiamo di quella situazione, senza parlare con modalità incomprensibili al paziente e garantite per l'operatore.

Qual è punto fondamentale del nostro lavoro? Io lavoro al Centro di salute mentale e poco tempo fa abbiamo avuto una riunione con dei medici di base che ci hanno chiesto: «Qual è il vostro segreto?»; perchè la Medicina difficilmente si coniuga con la psichiatria, infatti spesso gli psichiatri non sono neanche considerati

dei veri e propri medici. Tante volte ci dicono che non si capisce mai chi è il medico e chi il malato, quando si accompagna il paziente. E loro vanno sempre alla ricerca del segreto per capire il paziente, capire che patologia ha, di cosa ha bisogno.

Io credo che non esistano segreti, ma c'è solo la volontà, la capacità di riuscire ad aprire tutti i canali nostri. Ed è per questo che è importante il lavoro di équipe e tutto il lavoro con gli operatori. Certo per riuscire a costruire i frammenti del paziente, ma anche per ricostruire i nostri frammenti; tante volte, quando usciamo da un colloquio, anche noi siamo veramente frammentati. E allora il problema è quello di riuscire ad aprire tutti i nostri canali, i nostri sensi. Noi abbiamo cinque sensi che dobbiamo necessariamente utilizzare. Il senso dell'udito, che è quello del saper ascoltare ciò che realmente il paziente vuole comunicare, senza pregiudizi, senza interpretazione, senza voler riportare il problema su aspetti facilmente risolvibili o banali. La comunicazione, quindi anche il linguaggio, non è solo la parola, ma è anche la gestualità, per cui anche la vista è qualcosa di molto importante. Come e cosa il paziente fa; nelle visite domiciliari, la casa, le persone con cui vive.

Poi abbiamo il tatto, il contatto con il paziente, che può essere di vicinanza, di lontananza. Da una semplice stretta di mano si riesce a capire anche come il paziente vive, come emotivamente si appropria. E poi c'è l'odorato, che è tanto denigrato nel nostro lavoro, ma è decisivo. Noi spesso facciamo diagnosi tramite l'odore; questo paziente ha bevuto, si sente. Anche questa è una sorta di comunicazione. Ed infine il gusto, che riporta al titolo di questo convegno, il gusto, il piacere nel fare il nostro lavoro, nel portare avanti la nostra opera. Anche questo è un linguaggio poetico che ci può aiutare a parlare meglio con il nostro paziente.



Più nodi o più buchi?

Il lavoro di rete tra retoriche e pratiche reali

ANGELO CASSIN

Direttore del Dipartimento di salute mentale di Pordenone

I processi di integrazione tra elementi appartenenti a sistemi diversi (sul piano organizzativo, su quello delle competenze, su quello delle finalità perseguite) rappresentano inequivocabilmente la chiave per affrontare obiettivi complessi e trasversali all'intera comunità sociale. Gli obiettivi di salute rappresentano l'esempio maggiormente pertinente a questa complessità. «Non c'è salute senza salute mentale», recita l'incipit del capitolo sulle "azioni" del documento conclusivo della Conferenza Ministeriale europea sulla Salute Mentale di Helsinki (12-15 gennaio 2005). A questa affermazione segue questa considerazione: «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*».

In queste parole sta tutta la semplicità ma anche la portata del cambiamento epocale che ha comportato il passaggio della questione "tutela della salute mentale" dal prevalente ambito di servizi specialistici a ciò preposti, a tutto il corpo sociale, a questione attinente la comunità nel suo insieme.

L'integrazione delle politiche di interesse pubblico costituisce dunque la base concettuale per affrontare oggi l'argomento della salute mentale. A sostegno di questo radicale cambiamento di prospettiva è stata costruita sia a livello nazionale che regionale una cornice normativa di grande interesse teorico, ma con sviluppi pratici che, al di là dell'universale consenso sui principi, stenta a tradursi in pratica. Anzi, la grande distanza tra enunciati di livello avanzato e pratiche di integrazione, che risentono di vecchie abitudini e pregiudizi, ne risulta dilatata in modo abissale e paradossale.

Le metafore della complessità e dell'integrazione, necessarie ai processi assistenziali e di salvaguardia della salute mentale, è *la rete*.

Esistono reti tese a salvaguardare chi, come alcuni soggetti psicotici, è impegnato in continue acrobazie sul filo di una vita possibile. Ci sono

reti fatte per acchiappare i pesci, e quelle che non li trattengono perché a maglie troppo larghe, o smagliate. Le persone, o meglio i loro bisogni, che non vengono intercettati dalle reti esistenti, incontrano prima o poi la rete della psichiatria, che è quella con i buchi più stretti e i nodi più fitti. È spesso l'ultima delle reti di un sistema ad imbuto.

Quanti bisogni sono stati da sempre intercettati dalla psichiatria solo per il fatto che nessuna rete appropriata aveva funzionato: è la storia del manicomio, è la storia di tante devianze impropriamente "psichiatrizzate", è la storia di alcuni fenomeni emblematici di portata storica come la pellagra: la malnutrizione da scarsità di risorse, camuffata da disturbo psichiatrico, e guarita (temporaneamente) dal ricovero in manicomio, dove l'alimentazione, almeno quella, era garantita.

È la storia di tante solitudini ed abbandoni.

È anche la storia di tanti soggetti trattenuti in modo improprio e dannoso in strutture residenziali psichiatriche costruite per finalità riabilitative semplicemente perché non esiste un altro luogo, normale, ove esercitare le abilità riconquistate, dove esercitare il diritto di cittadinanza. In modo dannoso perché determina in essi regressione e dipendenza, mentre sottrae opportunità a chi ha la necessità di fruirne.

Le altre figure che oggi vediamo spinte nell'imbuto della psichiatria sono i vecchi, il cui sistema di riferimenti si è dissolto, o il cui cervello manifesta le conseguenze dei programmi biologici dell'involuzione, ma che per il sistema sociale sono solo un peso o una malattia. O, ancora, sono gli extracomunitari, o i ragazzi cresciuti nella contraddizione di spinte e scorcioie, di assenze di riferimenti o contenuti; sono i tossici, per i quali è sempre in agguato una "doppia diagnosi" che assolve tutti, compresa la loro responsabilità.

La rete della psichiatria, dal ferro delle catene di cui era fatta (forse non era nemmeno una rete ma una gabbia) si è trasformata e adeguata, è più trasparente e persuasiva, come le reti moderne che sono fatte di invisibile nylon, ma sempre pronta a trattenerne e soccorrere da una

parte, e a irretire dall'altra. Non è una rete di connessione, ma da pesca, appunto. Il materiale di cui è fatta si connette con difficoltà ad altri materiali: i pescatori lo sanno che è difficile connettere reti troppo diverse, eppure questo rischio va corso quando si vuole disporre un sistema efficace di reti. In questo caso si deve disporre di un filo adatto a riannodare, a far stare insieme reti diverse. I nodi servono a serrare le maglie, sono elementi di forza e sicurezza, ma anche di chiusura dei varchi, degli strappi che, per varie ragioni, si aprono di continuo in ogni rete.

A questo proposito mi viene in mente che l'operatore dei servizi psichiatrici di comunità è stato spesso come il vecchio pescatore che passava molto tempo a riannodare reti smagliate o con buchi troppo grandi. Un lavoro di Sisifo, metafora che si attaglia bene al nostro lavoro.

Le reti che rappresentano le logiche della complessità e dell'integrazione sono però le reti di connessione, i cosiddetti network, che permettono di creare ponti tra elementi diversi sia nello spazio sia nella qualità dei punti di connessione, che diventano così i "nodi", i punti di intersezione e scambio: più che nodi, veri "snodi" del sistema. Queste reti creano ricchezza di relazioni, ma sono capaci anch'esse, un po' come le vecchie reti da pesca, di irretire chi entra in gioco. Lo sanno bene gli *internet addicted*, ma in un certo senso ciascuno di noi quando apre la posta elettronica e si sente sommerso da messaggi, non solo *spam*.

Questo concetto di rete ci riporta a quella trasformazione logica fondamentale alla quale facevo riferimento all'inizio, e che potremmo definire nell'economia del nostro discorso "Dalla integrazione interna a quella esterna". Questa trasformazione, sancita così bene dalla attuale normativa, parte da lontano.

Il manicomio era il grande nodo senza rete, aggrovigliato su se stesso, in modo da rompere o rendere inutile ogni connessione con il mondo (dei diritti, delle relazioni...). Nella metafora foucaultiana del "sistema panottico", il massimo della sofisticazione e perversione del sistema di controllo, al suo centro c'era lo sguardo vigile del custode, un occhio inquietante, da orwelliano "Grande Fratello". Un occhio, tanti obiettivi.

Il rovesciamento istituzionale che ha smantellato il manicomio e prodotto i servizi territoriali di salute mentale, ha posto al centro del sistema l'assistito, sul quale converge lo sguardo della moltitudine dei curanti, i molti occhi dell'équi-

pe. Tanti occhi, un obiettivo. Il rovesciamento istituzionale si porta dietro però alcune delle contraddizioni interne a ciò che andava a rovesciare, come la totalità della risposta, che resta l'obiettivo anche dei nuovi sistemi di assistenza e delle politiche, non più di repressione ma di garanzia.

La qualità dei servizi si misura nella qualità della rete. Certo, il mandato della rete della psichiatria necessita di *una rete estesa*. Se le risorse sono i nodi e il loro numero determina l'ampiezza delle maglie, più nodi uguale più risorse, e buchi più piccoli. Una rete estesa è meno visibile, e richiama, mi si scusi un'altra citazione di Foucault, il concetto di "biopolitica". Talora, se si serra ossessivamente sul soggetto, produce una "invalidazione assistita", mortificante e cronicizzante, ma che permette ad una comunità troppo poco percorsa da fermenti vitali di sonnecchiare tranquilla.

Posto che la comunità non era preparata ad accogliere in modo radicale il diverso, e che il superamento dell'istituzione manicomiale doveva essere garantita da una notevole efficienza dei servizi, sulle cui spalle poggiava tutta la scommessa di emancipazione e liberazione promessa all'uscita dall'Ospedale psichiatrico, il mandato della presa in carico dei Csm era orientata alla *globalità* e al massimo della *continuità*, approdando necessariamente al Csm-24 ore.

Era necessario fronteggiare il rischio di abbandoni, gli homeless, i suicidi (bandiera sventolata con protervia e falsa coscienza dai nemici della riforma). Era necessario riempire il silenzio passivo della comunità, che, tranne lodevoli eccezioni, era rimasta in attesa, come si trattasse di un fenomeno che non la riguardava, tutto interno all'ambivalenza psichiatrica («Abbiamo ricoverato uno dei vostri, c'è uno dei vostri che chiede casa o lavoro, prego provvedete»).

Il grande alleato di questa operazione che altrimenti sarebbe rimasto un delirio psichiatrico, nelle sue sfumature di delirio di negazione, delirio imprenditoriale o di onnipotenza, è stato il Terzo settore, sono stati gli amministratori illuminati, la crescente schiera del volontariato e dei portatori di interessi organizzati, a partire dai famigliari. *Assieme si può*, e attorno a questo slogan sono cresciute esperienze emblematiche di grande portata, che qui a Pordenone abbiamo sotto mano. La rete si sviluppava quindi necessariamente dove trovava interesse e possibilità di farlo, prima di ogni normativa, in modo spontaneo, "dal basso".

La comunità andava rieducata e coinvolta, completando quel processo di trasformazione istituzionale che Basaglia indicava come “restituzione della delega”, guarigione dalla falsa coscienza sociale, come atto profondamente politico. Ma si trattava di un percorso graduale.

Il Dsm è risultato essere concordemente lo strumento organizzativo idoneo a farsi carico di un fardello assistenziale così impegnativo (prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali). La rete dei servizi territoriali rappresentati dai Csm doveva poggiare su linee di sviluppo e strategie di larga scala (quella di una intera Azienda per i Servizi Sanitari) e su strumenti trasversali in grado di garantire le necessarie sinergie ed economie di scala (il ricovero in Sopdc, la rete dell'emergenza, le politiche della riabilitazione negli assi socialità, lavoro e casa, ecc.). Era necessario programmare e verificare obiettivi unitari all'interno di una stessa Azienda sanitaria, come la formazione, la ricerca, le politiche del personale, il sistema informativo, gli standard di qualità.

Era necessario che le politiche di “rete”, di connessione col tessuto sociale, garantissero un equilibrio soddisfacente tra localismo e omogeneità a livello, almeno, di “Area Vasta”, pena la Babele e la frammentazione. Era necessario mettere in rete le scarse risorse (vedi le aree della riabilitazione e residenzialità).

La necessità di coesione interna al Dsm trovava un suo razionale, infatti, anche in quella che J. Leff ha definito come “invisibilità” dei servizi psichiatrici di comunità. Un eccesso di dispersione territoriale avrebbe accentuato infatti l'apparente invisibilità, vale a dire ricattabilità, condizionabilità, dei servizi. Invisibilità parallela alla macrovisibilità spesso rumorosa dei problemi psichiatrici, a sua volta parallela alla inconsistenza del potere contrattuale dei soggetti portatori di problematiche psichiatriche. Dimensioni, entrambe, che suscitano in molti (a partire da alcune rappresentanze politiche) desideri di controllo e di “soluzioni forti”.

Il Dsm nasceva dunque come una struttura a rete, tesa ad ampliare e complessificare la risposta ai bisogni di salute mentale, se pur inizialmente in una dimensione autarchica o auto-referenziale, ma sempre alla ricerca di connessioni alla sua periferia, per costituirsi come un sistema integrato, il più possibile lontano dall'essere schiacciato nella sua dimensione clinica e psichiatrica. La metafora del circuito integrato, che rappresenta una delle reti possibili, rappresenta bene a mio avviso la politica seguita

dai Dsm.

Certamente la logica dell'integrazione centrata sul Distretto-ambito, “decentra”, nelle politiche comunitarie di salute mentale, la classica “centralità” del Csm.

L'esperienza del nostro Dsm ha percorso i tempi dell'uscita dai fenomeni di integrazione “interna” con lo sviluppo di tutta una serie di iniziative “integrate”:

- Coinvolgimento degli Enti Locali nella partecipazione alla spesa dei percorsi di inclusione sociale (rette residenze al 50% sec. DCPM 29.11.2001), per n. 32 utenti pari al 49,32% del totale.

- “Circolo delle idee” (Centro sociale c/o ex Deposito Giordani) in collaborazione con Comune, cooperativa sociale FAI, ARCI musica.

- “Abitare la comunità”, in collaborazione con Ambito e coop. sociale ACLI.

- “Insieme Liberamente”, in collaborazione con la Caritas e alcune Parrocchie cittadine.

- “Emeron@uti”, in collaborazione con Informagiovani del Comune di Pordenone.

- Laboratorio di lettura e scrittura autobiografica *8 volte Io*, in collaborazione col Comune di Pordenone.

- Progetto di Prevenzione e lotta allo stigma *Attenti al lupo*, laboratorio di lettura, scrittura autobiografica e fotografia con studenti di due Istituti superiori e utenti del Dsm (lavori poi esposti alla rassegna dell'editoria Pordenone-lege).

- Corsi di sensibilizzazione ai temi della salute mentale rivolti alla cittadinanza.

- Corsi e sportello per Amministratore di sostegno sviluppati dall'Associazione dei familiari.

- Gruppi di Auto-mutuo-aiuto, e partecipazione ai tavoli tematici dei Piani di zona.

- Strutturazione attività in Casa di riposo.

- Carcere: 29 consulenze per 19 utenti nel 2005.

- Presenza di un solo utente in Ospedale psichiatrico giudiziario.

- Costante presenza e reperibilità presso il Pronto Soccorso e i reparti ospedalieri.

- Collaborazione coi Medici di Medicina generale.

- Partecipazione al Tavolo “Prevenzione del suicidio” con la Prefettura.

Con l'aziendalizzazione e la costruzione di una rete locale di servizi sanitari territoriali, organizzati all'interno dei Distretti, si è sviluppata la tensione dialettica, non priva di ambiguità e

tensioni, tra gli estremi di una visione del Dipartimento come antitetico ai Distretti, ed il Distretto come luogo di inevitabile dissolvimento dei servizi ad alta specificità.

In questa trappola ideologica sono cadute alcune politiche regionali non senza effetti disastrosi e tardive retromarcie. In questa trappola sembra si siano irretiti persino gli estensori del documento della Conferenza dei Sindaci della Destra Tagliamento.

Se da una parte, come sopra si è detto, il cambiamento epocale prevede che sia superata questa autoreferenzialità del Dsm, col suo compito onnicomprensivo e totalizzante nella risposta al bisogno a favore, invece, di

una integrazione, a partire dalla stessa estensione dei progetti tra soggetti istituzionali diversi, dall'altra il Dsm resta un baluardo a garanzia della coerenza e della efficacia e tempestività di risposte che richiedono grande specificità professionale e flessibilità allo stesso tempo. Elementi che richiedono grande identità, grande esperienza e capacità di non perdersi nella contaminazione della complessità, dimensione quest'ultima che richiede grande umiltà e tensione etica.

È ovvio che anche i servizi psichiatrici di comunità, per contribuire a fare "salute mentale", devono far parte integrante della più vasta rete dei servizi socio-sanitari organizzati a livello distrettuale. Sentendosi, però, riconosciuti come una parte fondamentale del Distretto nel rispetto delle proprie specificità e dei livelli irrinunciabili di operatività che solo la dimensione dipartimentalizzata può garantire. Anche se è dalle sinergie, non dalle contrapposizioni, che nasce ogni sviluppo. Certo, va ricordato che l'inizio non è dei più facili e vantaggiosi: le risorse qualche volta sono diminuite, le decisioni farraginose e complicate.

Si è fatto riferimento alla cornice normativa che è stata costruita a sostegno della diffusione delle responsabilità nei confronti delle politiche socio-sanitarie a partire dalla loro integrazione, e alle difficoltà di una sua traduzione pratica. Mi soffer-

merò ora su questo punto, a partire da un breve cenno ad alcuni provvedimenti emanati da questa regione, depositaria di una grande credibilità a livello nazionale sul piano delle politiche sociali e di salute mentale in particolare.

La legge regionale 31.3.2006 n. 6 porta il significativo titolo "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti

di cittadinanza sociale". L'art. 3 afferma che, «ai fini del coordinamento delle politiche per la cittadinanza sociale, la regione garantisce l'integrazione delle politiche socioassistenziali di protezione sociale, sanitarie, abitative, dei trasporti, dell'educazione, formative, del lavoro, culturali, ambientali e urbanistiche,

dello sport e del tempo libero, nonché di tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona e alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale».

All'art. 41 viene istituito un "Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine", rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione. Tramite il fondo si provvede al finanziamento di prestazioni e servizi a favore della domiciliarità. All'art. 55 viene indicato che «l'integrazione sociosanitaria è finalizzata al coordinamento e all'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute e di benessere della persona, indipendentemente dal soggetto gestore degli interventi. Tali prestazioni sono dirette alle persone con bisogni di salute complessi, che necessitano di risposte unitarie, sanitarie e di protezione sociale, anche di lungo periodo». Mentre l'articolo successivo non si discosta dal DL 229/1999 – distinguendo le prestazioni sociosanitarie in a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, b) prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria, e c) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prime due a carico delle aziende sanitarie, l'ultima a carico dei Comuni, senza nulla riferire del DCPM

11.2001 sui LEA –, all'Art. 57



Ballerini.

si indica che *l'assistenza sociosanitaria integrata* è erogata di norma utilizzando lo strumento dei *progetti personalizzati*, redatti sulla scorta di *valutazioni multidimensionali e di approcci multidisciplinari*, le cui modalità tecnico-organizzative vengono rinviate alla definizione di apposite linee guida.

E qui arriviamo al punto dolente: la costruzione del *Progetto personalizzato*, che dovrebbe essere, secondo i dettami della LR 23, il frutto di una operazione multidisciplinare a partire dall'analisi della complessità ed unitarietà del bisogno, per arrivare alle azioni previste dal progetto stesso attraverso una *presa in carico integrata*.

Il luogo in cui questo processo di integrazione è avvenuto è l'Unità di valutazione distrettuale, ma è risultato chiaro che sarebbe necessaria una cultura comune ed appropriata, sarebbe necessaria la condivisione degli strumenti di cui ogni componente disciplinare dispone, la conoscenza ed il rispetto delle competenze altrui, della diversità e dei limiti di ciascuno, come elemento di ricchezza dell'intera operazione. Nei fatti accade così? O l'operazione non si limita a definire *di chi è il caso*, o al massimo a giustapporre i pezzi che competono a ciascuna componente? O non si arena nelle discussioni delle ripartizione della spesa secondo percentuali tanto variabili quanto arbitrariamente orientate "al massimo ribasso", frutto più delle contingenze, dei rapporti di forza, dei condizionamenti di bilancio, più che di strategie unitarie? Se da una parte si sono create le condizioni per costruire una rete complessa e diffusa, dall'altra si verificano nei fatti continue difficoltà che producono smagliature e buchi!

Il 12 e 13 aprile scorsi la Direzione centrale salute e protezione sociale della regione ha organizzato a Paluzza un seminario sui "Processi e strumenti della presa in carico integrata nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria", ben consapevole della importanza strategica di questo strumento necessario alla implementazione di tutta la proposta normativa emanata e allo stesso

tempo della difficoltà della sua realizzazione. Non è un caso che l'esempio più calzante che ha percorso tutto il seminario è stato il tema della salute mentale.

Il processo per la Presa in carico integrata prevede innanzitutto che tra Ass e Ssc (servizi sociali dei Comuni) sia redatto un apposito *accordo territoriale* attraverso l'identificazione di

procedure e protocolli operativi. Un primo requisito è la *valutazione (e decisione) in forma congiunta*, che prevede forme di valutazione multidimensionale tesa alla costruzione innanzitutto di una *mappa* dei problemi/risorse, per giungere quindi alla stesura di un Progetto personalizzato (Prop), secondo i dettami del-



l'art 2 del DCPM 14.02.2001 e art. 14 della LR n. 23 del 2004.

In uno sforzo lessicale creativo che porta l'inconfondibile marchio Lucilla Frattura, la valutazione necessita di un evocativo elemento UNISCO, acronimo di Unità Integrata di Sguardo Congiunto, per arrivare alla identificazione del progetto attraverso una Unità multiprofessionale di progetto (UMP) costituita da operatori Ass e Ssc, e una *équipe del caso*, composta dai soggetti Ass e Ssc direttamente coinvolti nella realizzazione del Prop, che esprime un *case manager*. Nella realizzazione del progetto verranno sperimentate forme di partenariato, che costituiscono a mio avviso le forme maggiormente innovative di "nodi" nella costruzione delle reti del futuro.

Ho fatto riferimento a questo evento di Paluzza solo allo scopo di sottolineare due punti interessanti che discendono necessariamente dal processo di integrazione. Innanzitutto quanto questo sia difficile e complesso, e quanto sforzo di condivisione necessiti, se addirittura ci vuole uno Sguardo Congiunto. Allora torniamo al problema che va costruita una cultura comune a sostegno di questo sguardo, un cervello con neuroni omologhi, capace di tradurre ciò che ogni occhio vede in una visione di oggetto comune.

L'altra punto concerne il concetto di *équipe*. Mi appare del tutto utopico che si realizzino

Apprendisti.

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 una quotidianità condivisa, una cultura condivisa, un rispetto affettivizzato di ciascun componente per l'altro. Senza parlare della leadership, che ogni équipe implica e necessita.

Se facciamo mente locale a quanta distanza dall'essenza di questo termine c'è oggi nel costruiri

équipe tra entità diverse, allora ci rendiamo conto di quanti buchi dobbiamo colmare. Ma anche di quanto materiale abbiamo a disposizione per tessere buone reti, se abbiamo l'umiltà di interrogarci sulla storia dell'équipe. Se pensiamo che l'équipe è la vera garante del piacere di lavorare, del benessere che deriva dal sapersi fidare dei suoi componenti, dal riconoscerli come parte di noi stessi e noi di loro.

COMMENTI

L'illusione dei modelli organizzativi

LUCIO BOMBEN
Responsabile del Distretto urbano,
Assó "Friuli occidentale"

Vorrei fare un'introduzione "letteraria". La decadenza dell'Impero Asburgico è stata descritta in maniera efficace da Joseph Roth ne *La marcia di Radetzky* in cui von Trotta, capitano distrettuale ai confini dell'impero, una mattina, durante la colazione, si accorge che oltre a non esserci la posta sul suo tavolo non c'è nemmeno il suo maggiordomo, che da quarantadue anni ogni giorno sta di fronte a lui. La prima cosa che fa è alzarsi, scostare la pesantissima tenda nera, aprire la finestra e vedere se il mondo è cambiato. Egli non ha pensato alla cosa più banale: il cameriere, forse, dopo tanti anni di onorato servizio si è semplicemente ammala-

to. L'impressione che ho sviluppato, dopo aver maturato un'esperienza lavorativa di oltre vent'anni nella sanità, è che noi siamo come il capitano distrettuale von Trotta, perché viviamo nell'illusione che ogni qualvolta ci sia qualcosa che non va, sia a causa del cambiamento del mondo che ci sta intorno, quando, invece, sono fermamente convinto che a cambiare sia il mondo in cui io lavoro.

Ho letto una volta un articolo di un professore di Geografia di Ca' Foscari che parlava dell'evoluzione urbanistica delle città del Veneto, del ricco Nord Est, dopo l'esplosione industriale. Diceva che il fenomeno era vissuto dalle persone che risiedevano in quella zona come «la per-

dità traumatica del senso di luogo», non si trovano più i confini di spazio che loro avevano vissuto trenta, quarant'anni prima.

Potrei parlare, come operatore sanitario, di perdita traumatica del senso di appartenenza, potrei anche parlare di perdita traumatica della capacità di trovare un modello organizzativo in cui riuscire a coordinare o individuare tutti i possibili punti d'aggancio, per "creare" un'organizzazione che possa rispondere, nella maniera più coerente possibile, ai reali bisogni del cittadino-utente.

Invecchiando, purtroppo, mi sono accorto di non essere assolutamente capace di capire quali siano i reali bisogni del cittadino-utente, perché da un lato non ho gli strumenti, nemmeno quelli epidemiologici, e dall'altro il poco che riesco a fare e a intuire non riesco poi a tradurlo in un'offerta che possa eventualmente rispondere a quello che io ho recepito: non si tratta solo di perdita traumatica del senso di appartenenza, ma si tratta anche dell'incapacità, che certe volte ho, di riuscire a trovare dei comportamenti, dei modelli, delle linee che mi permettano di intercettare i bisogni delle persone con cui mi relazio.

Non è tanto un problema di *integrazione* (parola magica spesso citata, visto che anche chi vuole diventare Direttore generale deve inserirla nel suo vocabolario, altrimenti non riesce ad arrivare), perché non è solo l'integrazione socio-sanitaria che forse manca o stiamo cercando di trovare, credo che manchi o sia carente anche l'integrazione sanitaria.

Siamo tutti dei capitani distrettuali von Trotta, all'interno dei nostri servizi arroccati alla fortezza Bastioni, in cui ci ostiniamo a non aprire le tende e questo, almeno dal mio punto di vi-

sta, ha dei riflessi inevitabili, non solo sulle modalità dei nostri comportamenti professionali, per il nostro ruolo, ma ha delle ricadute professionali nelle relazioni che abbiamo con le altre strutture, con le altre persone che lavorano con noi per determinati obiettivi. Forse bisogna fare un discorso a monte: nel suo intervento il dottor Cassin parlava di cultura, certo, c'è molto bisogno di cultura, non solo cultura professionale ma, come vecchio studente di Liceo Classico, credo anche di cultura umanistica. Quando faccio riferimento a tutte le tematiche legate a «Medical Humanities» del professor Piersanti, faccio riferimento a questo: credo che nella sanità manchi quella componente umanistica in grado di interpretare i fenomeni su cui noi dobbiamo intervenire.

Siamo soliti utilizzare l'espressione «Quello è un buon medico» e un buon medico è il professionista capace di svolgere bene il suo lavoro; io credo che il buon medico o il buon professionista sanitario debba essere anche *un medico buono*.

Leggendo la recente riedizione del libro di Mauro Covacich *Storia di pazzi e di normali*, si trova nell'introduzione l'incontro tra Covacich e Francesco Stoppa, e due sono i fatti che mi hanno colpito: il primo quando Stoppa dice chiaro e tondo che uno dei problemi è legato a un eccesso di democratizzazione che ha portato all'orizzontalità dei servizi e, cito quasi a memoria, «questo comporterà prima o poi la scomparsa del ruolo del Dipartimento di salute mentale». Non è cosa da poco quello che pensa Stoppa, e in effetti mi sono posto il problema: ma è vero che noi stiamo "orizzontalizzando" i servizi? Mi guardo un po' intorno e mi accorgo che tutto possiamo dire tranne che stiamo "orizzontalizzando" i servizi, forse stiamo specializzando i servizi o forse non riusciamo a far parlare i servizi. La seconda cosa che mi ha colpito è la citazione tratta dal film *Il posto delle fragole*, legato non al *buon medico* ma al *medico buono*. Questo bellissimo film di Ingmar Bergman, uno dei film che, devo dire, mi ha "rovinato", narra di un vecchio professore universitario oramai in pensione che viaggiando in treno sogna, come spesso capita a me, di dover ancora sostenere un esame universitario e di essere poi svillaneggiato anche dai suoi studenti perché non si ricorda assolutamente nulla. Il professore che lo interroga, un po' spazientito, ad un certo punto gli pone la domanda classica: «Allora mi dica: qual è il primo dovere di un medico?». Sono le classiche domande a cui o si

risponde subito o non si risponde affatto. Interviene quindi il professore che lo sta interrogando e dice: «Il primo dovere di un medico è saper chiedere perdono». Bellissimo, indubbiamente, però interpreto il valore della parola *perdono* nel senso etimologico del termine, cioè donare ancora di più. È un dono amplificato all'ennesima potenza, ed è ciò che noi dovremmo riuscire a dare attraverso quello che facciamo. E questo comporta non solo delle scelte a livello di condotta individuale, come l'acquisizione del proprio ruolo, la definizione della propria professionalità, la capacità di diventare dei "leader" nel proprio ambito di lavoro, ma comporta anche un'altra cosa: la capacità di sapersi relazionare con figure, professioni, realtà che sono completamente diverse dal nostro modo di pensare, di ragionare e di lavorare.

Io, che mi sono laureato in Medicina, trovo notevoli difficoltà a relazionarmi, ad esempio, con uno che si è laureato in Psicologia o che lavora in ambito sociale. Ed è ovvio, proprio perché certe cose a me non le hanno insegnate, che devo essere ancor più in grado di relazionarmi, altrimenti tutto il lavoro lento e faticoso di costruzione che stiamo facendo, alla fine non trova significato se non riesco a spogliarmi dei miei idoli. Chi avesse letto l'intervista a due fatta da monsignor Ravasi ed Ermanno Olmi, noterà la profonda differenza che emerge tra desacralizzare e dissacrare: sostanzialmente, desacralizzare consiste nel togliere gli idoli che stanno addosso alle persone, alle istituzioni, alle strutture, e questa è l'opera che dovrebbe fare ognuno di noi per togliere i propri idoli o le proiezioni dei propri idoli in altri o nei luoghi che attraversa. Credo sia proprio questa l'azione che dovremmo riuscire a fare, liberarci degli idoli che ci siamo costruiti, io per primo ovviamente, per riuscire a metterci a nudo l'uno di fronte all'altro e costruire una relazione più corretta, oltre che finalizzata a determinati obiettivi. Ovviamente, mi rendo conto che il grosso problema è che tutto questo percorso, che è fondamentalmente culturale, va a scontrarsi con modelli organizzativi distrettuali i quali, come tutti i modelli organizzativi, non rispondono totalmente ai nostri desiderata.

Da quando ho iniziato a lavorare nell'organizzazione sanitaria, mi sono reso conto che ci siamo eternamente illusi che bastasse cambiare modello organizzativo per trovare le soluzioni più appropriate e più coerenti ai nuovi problemi emergenti della sanità, ed è, credo, una stupidaggine colossale, perché vuol dire, innanzi-

tutto, non riuscire a essere coinvolti nella costruzione dei modelli, e, in secondo luogo, accettare criticamente un modello sul quale, per definizione, non vogliamo intervenire per modificarlo o aspettiamo che qualcun altro ci modifichi il modello nel quale potremmo tentare di lavorare meglio. Se da una parte abbiamo un pesante blocco normativo che ci impone certe scelte, dall'altra abbiamo i nostri modelli organizzativi e le nostre convinzioni che si scontrano con quella che è la realtà e con ciò che molto spesso ci viene imposto. Per quanto riguarda la grande discussione che c'è stata in questi anni sul ruolo del Distretto, sul «Cos'è un Distretto?», posso dirvi che il modello organizzativo del nostro Distretto, che è quello della regione Friuli-Venezia Giulia, è estremamente diverso dal modello al di là del Livenza. Ma non solo, la traduzione pratica del modello organizzativo della Regione Friuli-Venezia Giulia è diversa nell'area vasta pordenonese rispetto all'area vasta triestino-giuliana. Inoltre, quello che prevedeva la normativa era, ad esempio, la regola che il budget del Distretto non fosse solo virtuale, ma fosse obiettivamente reale e in tre anni questa regola non è stata ancora applicata. Quindi a livello organizzativo si verificano delle storture terrificanti, proprio dal punto di vista pratico, come, ad esempio, avere la possibilità di autorizzare delle spese, ma non poterle pagare perché i soldi li ha un ufficetto nella Direzione sanitaria. È normale che, se vogliamo dare un ruolo nella cura alla rete primaria al Distretto, dobbiamo anche fornirgli gli strumenti affinché assuma questo ruolo. E gli strumenti non sono *solo* economici, ma sono *anche* economici, perché prima di tutto devono essere culturali, di partecipazione, di conoscenza, di riconoscibilità da parte degli altri servizi. Quando manca o stenta a partire tutto questo, è normale che, a livello pratico, quando devono essere prese certe decisioni sul caso del signor Mario Rossi, che ha determinate patologie, se non c'è un riferimento riconosciuto ci saranno inevitabili riflessi negativi a livello operativo. Le discussioni su chi debba dare i soldi al signor Mario Rossi, il sociale, il Dsm, il Ser.T. o il Distretto, verrebbero a cadere se, ad esempio, banalmente, si facesse un fondo unico su cui far confluire tutti i fondi dei vari dipartimenti o dei servizi sociali, risolvendo così una questione e forse, a quel punto, si penserebbe un po' più al percorso migliore da far fare al signor Mario Rossi.

Il discorso è un po' più complesso di quello che

potrebbe sembrare perché va ad interessare, ad interagire con le molte difficoltà che già ci sono a livello legislativo e poi a cascata a livello aziendale e con i Comuni. La difficoltà che trovo nel mio lavoro, e sono oramai 15 anni che faccio il direttore del Distretto, è questa: la mancanza di avere le spalle forti in quanto distretto, rivestire il ruolo che in teoria mi dicono dovrei avere, ma che in pratica non ho, e questa mancanza di ruolo non mi consente di avere abbastanza forza, non dico come gestore ma come "regista", nei confronti di tutte le altre strutture che mi ruotano attorno, per poter garantire il percorso più corretto e appropriato al signor Mario Rossi.

Far partecipare gli operatori alla progettazione della "macchina"

ANTONIO GABRIELLI
Responsabile Distretto ovest, Ass6

Non è mai facile intervenire in una Tavola rotonda o in una discussione a più voci, perché magari ti eri creato una serie di concetti, di idee che volevi esprimere e che in qualche maniera sono stati già espressi o superati e questo, forse, è un esempio della difficoltà che abbiamo. In realtà in questo momento sto cercando di far funzionare la rete dei miei neuroni, nel tentativo di adattarla a quanto emerso durante la discussione, provando a fare emergere qualcos'altro, aggiungendo un certo tipo di concetto. Tutto ciò è probabilmente *il lavoro* che noi operatori dei servizi socio-sanitari svolgiamo tutti i giorni: doverci adattare di continuo a delle situazioni che cambiano e che hanno delle variabili per l'appunto quanto mai "variabili", in un sistema in cui le regole del gioco non sono assolutamente chiare e dove, alla fine, come diceva giustamente Lucio Bomben, l'elemento di rottura è rappresentato dai soldi, dal finanziamento, da chi paga. Concordo nel dire che non è un buon servizio quello che noi offriamo, ma probabilmente il ragionamento che bisogna fare va forse ricondotto alla parola *cambiamento*, vera spada di Damocle sulle nostre teste. È forse giunto il momento di imparare a gestire un po' meglio il cambiamento che avviene tutti i giorni nell'organizzazione dei servizi e nella realtà operativa dei servizi.

A questo proposito, mi viene in mente una frase che ho letto proprio pochi giorni fa, che mi

ha colpito in maniera particolare e mi ha fatto riflettere su alcune realtà che abbiamo vissuto e che stiamo ancora vivendo. Un articolo sul «Sole 24 ore Sanità» riportava un'intervista fatta a Henry Mintzberg, guru del management a livello mondiale, che sottolineava come l'apprendimento vero, "operativo", sia quello fatto sul campo, in realtà frutto di errori ed insuccessi. Mintzberg sottolineava che solo chi si trova nella fase di erogazione del servizio è in grado di cogliere aspetti e dettagli utili a promuovere strategie vincenti, che sono frutto, appunto, di un processo di apprendimento. In questo mi ricollego sempre a quello che diceva Bomben e sono d'accordo con lui. Cioè non è il modello organizzativo quello che risolve i problemi. Il vero problema è che spesso ci troviamo a dover lavorare con modelli organizzativi che derivano da modelli teorici copiati o scopiazzati da qualche libro e mai originati da quella che è un'analisi della realtà locale. Allora, forse, dovremmo pensare e cominciare a progettare dei servizi che tengano ben presente qual è la realtà operativa, le opinioni degli operatori e il modo in cui gli operatori interagiscono tra di loro e con l'utenza. In realtà, la nostra Azienda è quello che noi produciamo, i servizi che eroghiamo, cioè che l'infermiere, il medico, l'operatore dei servizi sociali fanno con le persone. Questa è la nostra Azienda. La nostra Azienda non è la direzione strategica o la tecno-struttura che sta dietro, anche se queste sono fondamentali affinché il prodotto finale sia in qualche maniera efficace e possibilmente anche efficiente, cioè che dia un risultato valido e che costi, per quanto sia possibile, il meno possibile.

L'idea di Mintzberg mi piace molto, perché credo fortemente che, se oggi vogliamo fare qualcosa di diverso, se vogliamo rimotivare e riportare in qualche maniera il piacere del lavoro tra le persone, è necessario fare un primo passo, è necessario promuovere la partecipazione degli operatori alla progettazione della macchina che poi dovranno condurre; perché non coinvolgerli e costringerli a gestire un giocattolo che non hanno costruito è già, secondo me, creare un presupposto di demotivazione e di scarsa funzionalità di un sistema. È chiaro che dietro a tutto questo, perdonatemi se già detto – ma cerco solo di esprimerlo pensando anche a quelle che sono le mie esperienze, i miei pensieri –, ci deve essere una forte presenza politica, nel senso di *spinta politica*. Se non esiste una piena motivazione della politica a portare avanti un certo tipo di discorso, appare difficile por-

tare avanti quel prodotto. Mi esprimo in maniera brutale, ma pratica: è inutile parlare di sviluppo del territorio quando, di fatto, i soldi vanno all'ospedale, perché questa è la realtà, però non c'è politico che non dica che si deve sviluppare il territorio. E siamo tutti perfettamente coscienti che non è facile passare da un sistema organizzato in una certa maniera ad un sistema prevalentemente territoriale, per carità, sono passi difficili, ce ne rendiamo conto, però la realtà è che il confronto continuo esistente è proprio questo e l'ospedale continua, in qualche maniera, a fare la parte primaria.

Io mi domando: la parte primaria per affrontare quali problemi? Per affrontare i problemi di visibilità politica o per affrontare i problemi reali delle persone? Che problemi hanno le persone oggi? Non lo sappiamo, ma abbiamo capito che, oggi, il problema principale delle persone è *la cronicità*. Sappiamo che le famiglie oggi devono gestire per anni, non più per qualche mese, un familiare con un tumore. Non c'è più la sopravvivenza di pochi mesi, come 15 o 20 anni fa, oggi ci sono sopravvivenze che durano anni, di persone che sono per diversi motivi inabili a svolgere un certo tipo di lavoro e che, di conseguenza, hanno bisogno di un certo tipo di intervento. Noi con i nostri servizi credo che qualcosa riusciamo a fare, ma sinceramente non basta.

Penso, ad esempio, al nostro servizio di assistenza domiciliare, il quale riesce a dare un supporto a queste famiglie due, tre, qualche volta anche quattro volte a settimana, per mezz'ora al giorno per 7 giorni: ma questo è un reale aiuto alle famiglie? Avrei qualche perplessità. Allora, forse, dobbiamo pensare a dei modelli di cui probabilmente gli attuali sono il presupposto, li dobbiamo pensare in modo che ci sia una maggiore integrazione e collaborazione tra i servizi sociali, i servizi sanitari, tra i diversi attori dei servizi sociali, ma qui ripeterei tutto quello che è già stato detto sino ad ora. I continui conflitti che esistono tra servizi, tra le istituzioni, non aiutano certo a risolvere il problema, e ciò grava inevitabilmente sulle famiglie, che alla fine denunciano una solitudine che, purtroppo, è reale. Come fare? La soluzione io non ce l'ho, non ho la medicina, tutti i giorni cerco di trovare il modo per poter ricucire qualche buco in questa rete. Credo, però, che un certo tipo di politica illuminata possa aiutare in questo percorso e credo che alcune norme già applicate o che si applicheranno rappresentino sicuramente una linea, una direzione che sarà im-

portante seguire, e che alcuni percorsi già fatti siano dei segni molto importanti per lo sviluppo di collaborazioni e di integrazioni future. Il progetto *Cittadella della salute*, ad esempio, può rappresentare un momento di integrazione forte nel funzionamento dei servizi, quindi ritengo che sia doveroso procedere su questa strada e che sia necessario, vero e importante, che tutti noi operatori si possa e si debba iniziare a ragionare insieme su come superare determinati problemi e su come affrontare, con una visione, un'ottica, uno spirito diverso, le difficoltà di lavoro di tutti i giorni, tenendo conto che non si tratta di un conflitto tra servizi e istituzioni, ma della soluzione dei problemi di una persona.

Reti dinamiche e dinamiche del potere

GIOVANNI ZANOLIN

Assessore alle Politiche sociali del Comune di Pordenone

In che modo le relazioni di rete differiscono dalle altre relazioni umane? Stare in rete significa costruire relazioni tra di noi, e che cosa c'è di diverso in questo stare in rete rispetto alla quantità, alla varietà di relazioni che ci legano? Vedete, stare in rete significa *riconoscersi reciprocamente*. Fino a qua nulla di nuovo, in ogni relazione, anche quando si beve un caffè al bar oppure quando ci si incontra per strada, ci si riconosce in qualche modo, ma la relazione di rete ha un contenuto diverso: si riconosce *il ruolo sociale*. Riconoscere il ruolo sociale di un'altra persona implica che la stessa riconosca il tuo, altrimenti non esiste una relazione vera di rete. E perciò, è necessaria una visione condivisa dei problemi per costruire la rete, perché la complessità delle relazioni sociali consente la costruzione di relazioni condivise, nelle quali i ruoli sono uno in funzione dell'altro solo se c'è una condivisione della visione dei problemi.

Questo ovviamente è un processo: condividere la visione dei problemi non può che essere un processo, quindi un lavoro. Se non facciamo questo, se non riusciamo a condividere una visione dei problemi, quindi anche una visione della realtà, non c'è rete.

Però, questo tema del riconoscimento della realtà, del riconoscere reciprocamente una situazione come realtà, è in fondo uno dei grandi problemi della filosofia, sia di quella antica

che di quella contemporanea. Ed è strano come proprio da questo tema del riconoscimento della realtà si siano alternati, nel corso dei secoli, una serie di fatti straordinari, sconvolgenti, che hanno cambiato la stessa vita degli esseri umani. Ad esempio, nella filosofia antica questo tema ha dato luogo alla grande questione della sintesi: la quantità incredibile di forme esistenti in natura poteva essere condotta a un pensiero condiviso solamente in base ad un ragionamento di sintesi. Ancora, se voi pensate alla geometria euclidea, vedrete che si tratta di un grande progetto di sintesi nel quale ci si riconosce sulle forme, su forme sintetiche. Per molti aspetti, nel corso dei secoli, proprio il tema del riconoscimento della realtà ha poi dato vita ad un discorso sul metodo. Esiste un grande libro, che molti di noi hanno letto, dal titolo *Discorso sul metodo*, che parte da questa necessità: come riuscire a costruire una visione condivisa della realtà.

Un grande artista contemporaneo, Mondrian, ci dà un esempio del lavoro euclideo, facendo una grande operazione di sintesi, passando dalla figura dell'albero alle forme, che sono divenute sue peculiarità nella fase della maturazione e che noi tutti conosciamo come tipiche di Mondrian.

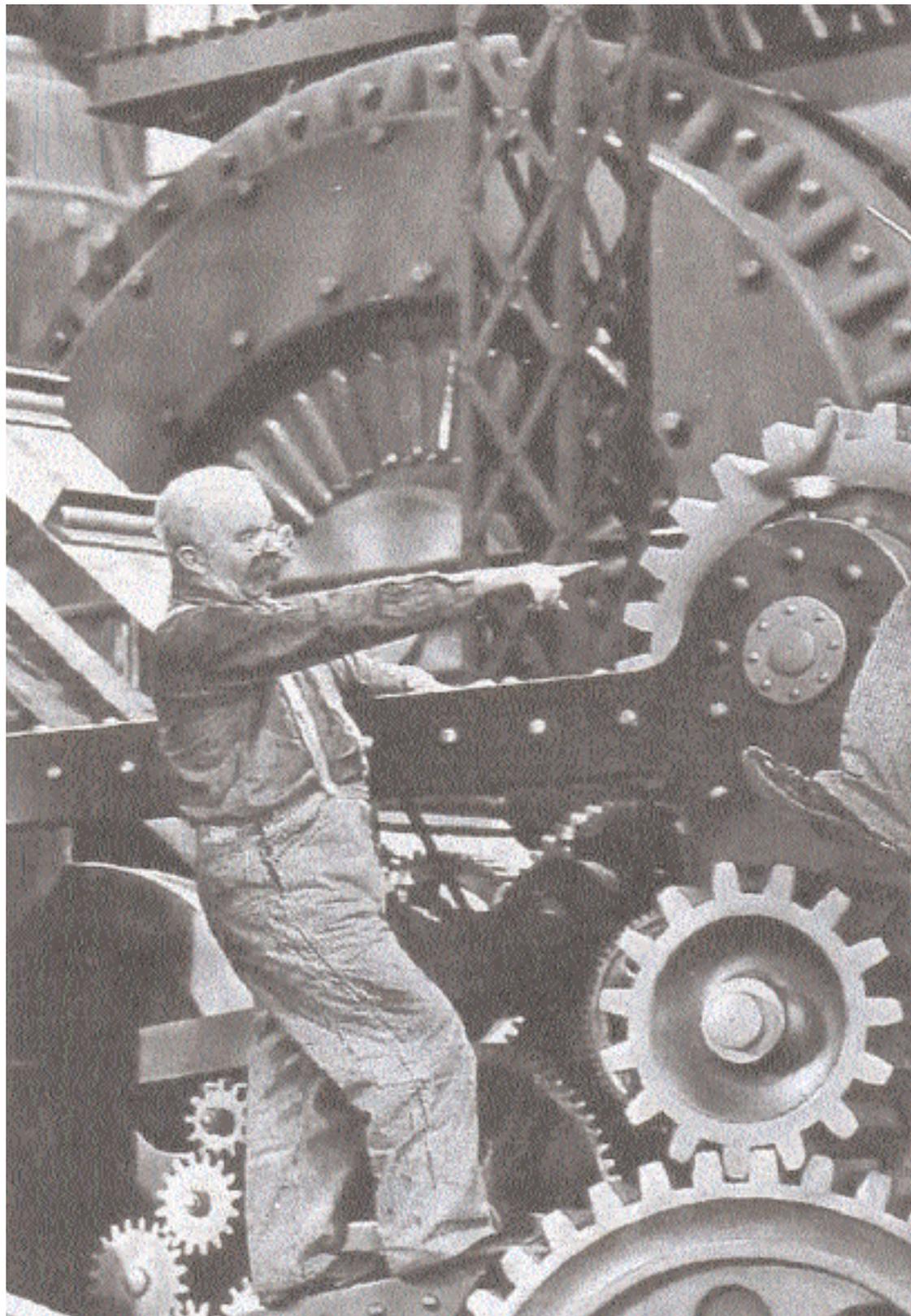
Dove si interrompe l'azione di Mondrian inizia poi a lavorare Kandinsky. Se avete in mente le opere della maturità dell'artista avete l'idea di un passaggio estremamente importante, relativamente al tema della sintesi, cioè della visione condivisa della realtà. Ancora una volta Kandinsky fa un'operazione di astrazione, ma non chiede che questa operazione sia condivisa. L'insieme dei colori, la realizzazione stessa dei colori, la mancanza di forme, l'uscita dall'idea di forma, segnala il fatto che Kandinsky pensa che la realtà non sia condivisibile. Ed è per questo che l'artista ci piace, perché siamo dentro di noi convinti che in molte fasi della nostra vita la realtà non sia condivisibile. Viviamo altri momenti, invece, in cui crediamo che la realtà sia condivisibile, perciò, in quei momenti, ci piacciono molto i quadri di Mondrian.

Fate un minimo di pensiero, di mente locale su questo passaggio, cioè dalla sintesi come momento della condivisione all'astrazione come momento della non-condivisione, della sintesi non condivisa, e vedrete che il momento della sintesi, della grande capacità di costruire la sintesi, è stato il momento in cui è nato il teatro, è nata l'idea della "rappresentanza". E che il lavoro di Wassily Kandinsky ci dice che una fase

della vita della democrazia in Occidente è finita e che l'idea della democrazia, strutturata per capacità di rappresentanza, è un'idea ormai conclusa: bisogna pensare a una democrazia che si organizza diversamente dalla rappresentanza.

Questo è uno dei grandi temi che abbiamo tutti davanti, non solo quelli che fanno la politica, ma tutti come cittadini. Questo insieme di passaggi rappresenta lo stato presente dei rapporti relazionali e noi dobbiamo partire da qui per costruire reti. Stamani mi pare che avete dedicato una parte importante del vostro lavoro e dell'attenzione alla centralità, soprattutto nella psicosi, dell'oggetto. Ho lavorato a lungo con soggetti "psichiatrici", nel tentativo di costruire percorsi di inserimento lavorativo, e devo dire che la mia impressione è che l'oggetto ha la sua forza in sé, ha una centralità fin tanto che permette lo scambio: *l'oggetto è fonte di riconoscimento finché due soggetti possono scambiarselo tra di loro*. L'oggetto ha una sua valenza in sé, sia chiaro, l'oggetto per la sua formazione, per la sua costruzione e i suoi processi di realizzazione, ha comunque un grande valore in sé, ma il vero grande valore sta nella possibilità che abbiamo di farne occasione di scambio. E sappiamo quanto abbia pesato e quanto pesi questo riconoscimento reciproco, nello scambiare gli oggetti, nei processi di cura della psicosi. Però, questo elemento dello scambio ci richiama ad una questione importante, relativamente alle reti ed ai processi di rete, cioè pone la questione delle dinamiche. Gli scambi sono sempre processi dinamici, la domanda che vi faccio è se siano possibili *reti dinamiche*. Se, cioè, la dimensione di rete, con il riconoscimento reciproco dei ruoli sociali e di poteri esercitati, non sia *un elemento non dinamico* e, invece, noi siamo di fronte ad una domanda progressiva di dinamicità, di scambi. Quindi, la domanda che

abbiamo davanti è relativa alla possibilità di immaginare delle reti in cui la dinamica dei poteri sia aperta. Esistono reti con dinamiche di potere aperte? Solo se i rapporti delle reti che ci accomunano si basano su versioni simili del significato, del senso del potere è possibile costruire reti dinamiche. È possibile che fra Dsm e Comune di Pordenone ci sia un accordo su questo? Cioè, è possibile che vi sia un accordo sulla costruzione di reti, nelle quali la concezione di potere, le dinamiche del potere siano condivise? Questo è il nodo che abbiamo davanti. Se riusciamo a metterci d'accordo su questa cosa, allora possiamo avviare processi d'integrazione dei lavori, che partano da riconoscimenti reciproci. Questo vuol dire però che l'accettazione dei processi dinamici comporta per tutti e due, Dsm e servizi sociali del Comune, l'avvio di processi di trasformazione. Non esiste un riconoscimento reciproco a partire dalla staticità delle relazioni e dalla staticità dei ruoli sociali. Il riconoscimento reciproco avviene su un percorso condiviso. Io ritengo che in questi anni abbiamo fatto molto, reciprocamente, per trasformare i servizi sociali del Comune e il lavoro del Dipartimento di salute mentale. L'abbiamo fatto in una condizione non facile, di esiguità diverse, ma anche di grande entusiasmo, per lo meno, io ritengo, da parte del Comune, relativamente alla possibilità di una trasformazione positiva. Ciò a cui siamo chiamati oggi è condividere, dentro questi processi di trasformazione, un'idea del potere come sintesi di relazioni sociali. Se costruiamo un percorso condiviso, se costruiamo questa sintesi condivisa, potremo rappresentare ancora qualcosa, viceversa, in una condizione nella quale subiamo il fascino di una realtà non condivisibile, potremo apprezzare tutti insieme i magnifici quadri di Wassily Kandinsky, ma ottenere ben pochi risultati concreti.



Chi si prende cura della salute mentale di quanti lavorano nelle istituzioni?

Tavola rotonda

Stabilito che si lavora, come si lavora? Il *come* è ben più difficilmente definibile rispetto al *che cosa*, pur essendone in buona parte responsabile, e riflesso indicatore fondamentale.

Tra le metafore del *come*, specie per il lavoro che coinvolge più soggetti, una delle più in voga, oggi, è quella della *rete*. Leggera ma definita, essa evoca l'idea di relazione e rapporto, ma quanto ha davvero corso nella pratica effettiva? E quanto la pratica effettiva declina un altro, fondamentale aspetto della rete, che è quello della sua variabilità? Senza considerare che la

variabilità non sempre, non dovunque è davvero elemento positivo...

Affrontata la questione della rete, la domanda sul *come* tocca poi un ulteriore elemento spesso evocato, quasi sempre eluso: *come stia chi fa*, al di fuori delle retoriche del linguaggio della rivendicazione e dell'eroismo.

PIERVINCENZO DI TERLIZZI

Docente presso il Liceo «Leopardi-Majorana» di Pordenone e moderatore della Tavola rotonda

Coniugare lavoro, impresa, piacere

SERGIO CHIAROTTO

Dirigente scolastico del Liceo «Leopardi-Majorana» di Pordenone

Sono preside di un Liceo e sono ancora in attività, nonostante la evidente età, con più di 40 anni di vita nella scuola quotidiana, fino a questa mattina e spero anche domani. Il mio intervento sarà più di natura filosofica che basata sulle esperienze, dato che le esperienze, di fatto, sono diversificate, frammentarie, come diceva Gianni Zanolin, e la filosofia tenta di far sintesi; ma, soprattutto, perché di mestiere insegnavo filosofia, quindi mi risulta più facile lavorare su questo terreno.

Il problema che qui si pone è mettere insieme lavoro, impresa e piacere, questo è peraltro il titolo di questa giornata, che ho contribuito a mutare rispetto ad un'ipotesi iniziale che aveva a che fare col disagio di chi lavora in una istituzione che è anche azienda.

E allora la trasformazione del titolo non esclude il chiaro-scuro della realtà, infatti assieme al piacere c'è il disagio. È come curare il disagio di chi lavora a scuola o partire dal suo gradiente di piacere nel fare ciò che fa: sembra la visione identica di un unico problema, ma ha un approccio diverso. Sul piano didattico è come favorire l'apprendimento partendo dalla paura del voto o dalla motivazione dell'interesse. Cosa funziona di più? Non è facile rispondere per-

ché, sul piano etico, rispondiamo subito «la motivazione dell'interesse»; sul piano pratico, forse, serve anche il resto. Allora restiamo sul piano etico. Leggerò alcuni testi su cui farò brevi commenti. Il primo testo nasce da un libro che è stato pubblicato anni fa, un lavoro sulla qualità totale, fatto, pensate, situazione strana, da un gruppo di ingegneri della Zanussi e un gruppo di docenti del Liceo classico, che insieme tentarono di elaborare alcuni concetti su quella che allora si chiamava «la qualità totale». Una paginetta di sintesi è questa: «Scuola e azienda possono essere entrambe paragonate ad un'impresa, però un'impresa cavalleresca, come per gli antichi cavalieri alla ricerca del Sacro Graal. Per compiere questa impresa serve metodo, fantasia, spirito d'avventura. È necessario essere animati da una grande fede o da un grande desiderio di raggiungere la meta. Essere sostenuti dalla convinzione che tra sacrifici e banchetti, tra battaglie e amori, ci sarà in fondo da divertirsi, anche prima di conquistare il Sacro Graal, forse anche senza conquistarlo e possederlo definitivamente». Sin da qui la parabola si addice in modo adeguato sia all'azienda che alla scuola. Le differenze profonde emergono quando si definisce cos'è il Sacro Graal per l'azienda e per la scuola. Nel primo caso, per l'azienda, c'è un obiettivo finale, definito, preciso e misurabile: *il profitto*. Per la scuola, forse anche per i servizi sanitari, invece, il fine consiste nel tentativo di formare, educare,

istruire dei giovani, nel sostenerli e guidarli nella loro crescita, nell'insegnar loro ad essere dei protagonisti. In fondo questi dovrebbero *imparare ad imparare*, ma anche *imparare a vivere con se stessi e con gli altri nella società*. L'obiettivo della scuola è proprio un mitico, inafferrabile Graal. Se, peraltro, pensiamo cos'era questo Graal – sul piano storico-simbolico era il calice col sangue di Cristo –, allora questa simbologia contiene questi tre elementi molto inquietanti: il sangue, l'infelicità e la morte. E noi dobbiamo sempre convivere con questi elementi, nell'educare i ragazzi. Per alcuni aspetti leopardiani, dobbiamo tutte le mattine convincere i ragazzi



a convivere con la loro infelicità e, nello stesso tempo, dobbiamo promettere loro che la vita sarà felice; così come con i malati, voi medici, tutti i giorni, dovete convivere con la certezza che la morte c'è e che non c'è l'immortalità. Chi cura il malato mentale credo che debba convincerlo che dovrà convivere tutta la vita con l'infelicità, con un'infelicità sopportabile, ma comunque con un tasso inevitabile di infelicità. In questo sta la contraddizione tra piacere e disagio, perché noi viviamo sempre a confronto con persone per le quali il tema del sangue, dell'infelicità e della morte convive sempre con il tema del piacere, della felicità, del sogno, in qualche modo di una certa immortalità.

Questa citazione la collego brevemente ad un'altra di Pier Paolo Pasolini, tratta da un libro, non molto noto, *Romance*, una sorta di romanzo pedagogico in cui un prete conciliare *ante litteram* ed un funzionario di partito, di quello che era *il partito*, cioè il Partito comunista, sono i due protagonisti del romanzo, che sono poi le due facce che convivevano, in qualche modo, dentro Pasolini. In un brano in cui parla della scuola, dei metodi didattici, ad un certo punto lo scrittore afferma che «Sì, è vero, sono necessari i moderni metodi didattici»; e scriveva nel '42 – per “moderni metodi didattici” intendeva l'attivismo che gli derivava dalle letture di testi americani, della Montessori. Era quindi

cosciente della necessità della tecnica, e concludeva così: «Tuttavia il lavoro dell'insegnante è un lavoro rischioso ed emozionante». Ed è in questo gioco di rischio, che è il rischio del disagio e dell'emozione, che è la passione educativa, che vive la dialettica di ciascun operatore che ha a che fare con altri uomini. Ma passando ad altre citazioni più consolanti, come crea-

re un luogo positivo, magico, entusiasmante, piacevole per insegnare?

Ho davanti una pagina del *Fedro* di Platone. Per chi lo ricorda, il *Fedro* comincia con la narrazione del cammino che Fedro e Socrate fanno fuori di Atene, per andare a trovare un luogo dove discutere. Il luogo che trovano è descritto così:

«A giudicare dalle figurine femminili e dalle statue sembra che sia un luogo sacro a certe Ninfe e ad Acheloo. Poi, se ti fa piacere, senti come è amabile e dolce il venticello del luogo: con il suo soffio estivo e melodioso fa eco al coro delle cicale. Ma la cosa più graziosa di tutte è l'erba che con il suo lieve pendio sembra fatta apposta per sdraiarsi sopra e appoggiarvi comodamente la testa. Pertanto, mio caro Fedro, sei stata un'ottima guida per il forestiero».

Questo dovrebbe essere la scuola, un luogo magico. Pensate l'estate greca con il caldo, le cicale, l'acqua, l'erba; le nostre scuole, i vostri ospedali, i vostri ambulatori sono così? In realtà no, con tutti gli sforzi che facciamo per dipingere le pareti o per appendere dei manifesti. Tuttavia, è questo il luogo magico dove può avvenire l'insegnamento, dice Socrate, e aggiunge: «Perdonami, carissimo. Il fatto è che a me piace imparare, ma la campagna e gli alberi non vogliono insegnarmi nulla, a differenza degli uomini della città. Tuttavia mi sembra che tu abbia trovato l'antidoto per farmi uscire; infatti, come coloro che conducono innanzi il bestiame affamato, agitando un ramoscello o qualche frutto, così è chiaro che tu, mettendomi davanti dei discorsi scritti, mi farai girare non solo per tutta quanta l'Attica, ma addirittura in qualunque altro luogo vorrai. Ora però, dal momento che sono arrivato qui, penso che mi sdraierò; tu, invece, scegli la

Giornalisti.
A tavola con Hemingway.

posizione in cui credi che ti sarà più facile leggere, e leggi». E Fedro aggiunge: «Ascolta, dunque». In questo ambiente avviene quella cosa strana che è l'insegnamento e l'apprendimento, leggono assieme, Fedro e Socrate, i libri da cui nascerà la loro formazione.

Per descrivere su un altro versante, invece, com'è la scuola oggi, ieri e nel passato, prendo spunto da un altro testo, *Lettera a una professoressa* di Don Milani – spero che qualcuno di voi lo ricordi –, di cui quest'anno ricorre il quarantesimo anniversario, e la nostra scuola, per l'occasione, ha organizzato un convegno il cui titolo, preso a prestito, è quello slogan di Don Milani «*I care*»,

che possiamo tradurre in due modi: “mi prendo cura” o “mi prendo a cuore”. Io sentivo più volte negli interventi precedenti che non basta essere un *buon medico*, bisogna essere un *medico buono*, cioè bisogna prendersi a cuore le persone. Credo che nella scuola non esista altro se non prendersi cura delle persone, dei ragazzi. Tuttavia, leggendo mezza paginetta di questo *Lettera a una professoressa*, cito due frasi: «Barbiana, quando arrivai, non mi sembrò una scuola, né cattedra, né lavagna, né banchi». Chiunque di voi venga in una scuola, invece, oggi trova la scuola esattamente così, la scuola è, oggi, com'era cent'anni fa, cattedra, lavagna e banchi. Mi veniva una certa nostalgia, se volete, della sanità che ha raddoppiato la spesa in questi ultimi dieci anni, che ha moltiplicato le proprie tecnologie, le macchine, le strutture; invece la scuola è rimasta intatta, certo c'è qualche laboratorio, qualcosa è mutato, ma la vita della scuola avviene fondamentalmente ancora oggi come cattedra, banchi e lavagna: questa è l'essenza. Ripeto, già Don Milani quaranta anni fa aveva abolito questa scuola costruendo un'altra cosa, solo grandi tavoli intorno a cui si faceva scuola e si mangiava.

È vero, era una scuola per trenta persone con un unico maestro. Solo la nostra scuola ne ha millecinquecento ed è difficile trovar tavole attorno a cui lavorare, mangiare tutti assieme, però

c'è un altro passo che mi pare molto interessante, che risponde al fascino-angoscia dell'insegnare: «La vita era dura anche lassù, discipline e scenate da far perder la voglia di tornare, però chi era senza basi, lento o svogliato, si sentiva il preferito, veniva accolto come voi (si rivolgeva alle professoressa di allora) accogliete il primo della classe. Sembrava che la scuola fosse tutta solo per lui».

Curare i bravi, mettere da parte gli handicappati, anche semplicemente quelli che non hanno voglia di studiare, dobbiamo bocciarli o portarli con noi? La risposta non è facilissima, anche se il primo slogan di Don Milani era: «Primo “non bocciare”!». Nella scuola superiore non è così facile



la risposta, anche se il tentativo è questo, ma va conciliato con molte altre cose.

Ma chi ce lo fa fare di impegnarci, in fondo non siamo pedagoghi, non siete consulenti privati di Tizio o Caio, non abbiamo un compenso in relazione alla risposta individuale che il vostro paziente o il nostro alunno ci dà. Abbiamo uno stipendio sostanzialmente garantito a priori, che facciamo bene o male il nostro lavoro. Non so da voi, ma da noi a scuola è indifferente, rispetto alla burocrazia, rispetto ai controlli possibili.

I controlli che si possono fare rispondono ad aspetti burocratici: la tenuta del registro, le presenze, cose che hanno a che fare del tutto indirettamente con la capacità di insegnare, di coinvolgere, di animare. Chi vi convince a venire a lavorare con piacere? Che poi è l'unica condizione per poter insegnare qualcosa, perché se un insegnante dà l'impressione di vivere con disagio il suo ruolo, chissà perché gli alunni dovrebbero vivere con interesse l'apprendimento, quando colui che gli sta davanti gli comunica disagio, noia, stanchezza, quella di cui parliamo tutti i giorni, quella che ci spinge tutti i giorni a dire: «Ah, il mondo va sempre peggio!».

Nel caso della sanità, poi, la situazione è interessante e clamorosa. Come vanno le cose da trent'anni a questa parte? Le cose sono andate sempre peggio, i medici sono meno responsabili, gli in-

*Medici e operatori socio-sanitari
(CRO, Aviano).*

fermieri sono meno efficaci, le strutture non funzionano, i malati si lamentano di più. E come mai la gente vive trent'anni di più?

La scuola notoriamente va sempre peggio. Quando nel '68, anno fatale, ho cominciato ad insegnare, al Liceo scientifico c'erano due sezioni per tutta la Provincia di Pordenone. Oggi ci sono trenta sezioni al Liceo scientifico: è meglio o peggio che vadano tutti a scuola? Bene, considerato tutto ciò, resta la domanda: ma chi ce lo fa fare? Perché dovremmo impegnarci, perché dovremmo mettere parte del nostro sangue, delle nostre emozioni, della nostra vita, dei nostri affetti dentro il lavoro che ciascuno di noi fa, coi ragazzi, coi malati, con gli handicappati?

Non chiedetemi la risposta, vi do quella di Platone. Sempre nel *Fedro* viene raccontato il mito delle cicale. Le cicale, secondo questo mito, nascono dalla trasformazione degli uomini che dedicavano la loro vita alla filosofia e alla musica, dimenticandosi di mangiare. E gli dèi, per premiarli di questo loro impegno, li hanno trasformati in cicale. Secondo le credenze antiche le cicale vivevano senza mangiare, cantando tutta l'estate. Però, oltre a questa trasformazione, gli dèi hanno dato alle cicale un altro compito, molto nobile e molto importante, dice Platone attraverso Socrate: «Il tempo, come pare, lo abbiamo. E inoltre mi sembra che in questa soffocante calura le cicale, sopra le nostre teste, cantando e discorrendo tra loro, guardino anche noi. Se, allora, vedessero che anche noi due, come la maggior parte della gente nel mezzogiorno, non discorriamo, ma sonnecchiamo e ci lasciamo incantare da loro per pigrizia del nostro pensiero, ci deriderebbero giustamente considerandoci degli schiavi venuti da loro per dormire in questo rifugio, come delle pecore che trascorrono il pomeriggio presso una fonte. Invece, se ci vedono discorrere e navigare, passando davanti alle Sirene non ammaliati, forse ci ammireranno e ci daranno quel dono che gli dèi possono dare agli uomini. Non conviene davvero che un uomo amico delle Muse non abbia sentito parlare di queste cose. Si dice che le cicale un tempo fossero uomini, di quelli che vissero prima che nascessero le Muse. Ma una volta che nacquero le Muse e comparve il canto, alcuni degli uomini di quel tempo furono colpiti dal piacere a tal punto che, continuando a cantare, trascuravano cibi e bevande, e morivano senza nemmeno accorgersene. Da loro nacque, in seguito a questo, la stirpe delle cicale, che dalle Muse ricevette il

dono di non aver bisogno di cibo fin dalla nascita, ma di cominciare subito a cantare senza cibo e senza bevanda, e così fino alla morte e, dopo, di andare al cospetto delle Muse ad annunciare chi degli uomini di quaggiù le onori e quale di loro onori. A Tersicore portano notizia di quelli che le hanno reso onore nei cori, e così li rendono a lei più cari; a Erato quelli che le hanno reso onore nei carmi amorosi; e così alle altre, secondo la forma di onore che è propria di ciascuna. Alla più anziana, Calliope, e a quella che viene dopo di lei, Urania, portano notizia di quelli che trascorrono la vita nella filosofia e rendono onore alla musica che è loro propria. Sono queste che, più di tutte le Muse, avendo cura del cielo e dei discorsi divini e umani, mandano un bellissimo suono di voce. Dunque, per molte ragioni, nel mezzogiorno, bisogna parlare e non dormire».

Cinque modi per prendersi cura degli operatori

ARDEA MORETTI

Referente per la psichiatria della cooperativa sociale Itaca, Pordenone

Prendersi cura va inteso nel duplice significato di curare e di accudire, aver cura. Ma più che chi lo fa, ritengo importante riflettere su *come si fa*, scambiando conoscenze ed esperienze in merito.

Da operatore di cooperativa sociale, ritengo che la prima attenzione da dare, nel percorso di "cura" degli operatori, sia semplicemente quella del rispetto delle regole contrattuali.

Non dimentichiamo infatti che il nostro lavoro non è così garantito come quello dei colleghi del servizio pubblico. Il problema per noi non è tanto quello di perdere la motivazione sottostando alle regole del garantismo, ai timori dei media, delle denunce, ma non riuscire a trovarla perché non c'è la tranquillità del continuare a lavorare sul progetto che si inizia, soprattutto quando si lavora in servizi su appalto. E, tra l'altro, il contratto nazionale di lavoro è scaduto da ormai quasi due anni...

Sintetizzerei, oltre a questo, cinque principali percorsi.

1) La formazione. Che deve essere diversificata ed unificante allo stesso tempo. Diversificata rispetto alla tipologia dei servizi, alle caratteristiche e conoscenze dell'operatore, ma anche ai suoi desideri, alle sue aspirazioni. Unificante

per non disperdere il patrimonio di conoscenze della cooperativa, ma anzi arricchirlo, e per proporre anche in territori lontani una stessa attenzione all'utenza ed una corretta metodologia d'intervento. Può trattarsi di corsi, incontri di supervisione, formazione individuale, riteniamo importante che il più volte possibile essa venga effettuata in collaborazione e congiuntamente con il servizio pubblico al quale facciamo riferimento.

2) La mobilità. Può sembrare strano, ma a volte è importante anche favorire la mobilità dei lavoratori, e non solo quella verticale. Il socio che per anni resta nello stesso posto, con gli stessi colleghi, a volte anche con gli stessi ospiti, corre lo stesso rischio di cronicità dell'utenza, e cambiare aria, incontrare realtà nuove, permette sia di ricevere che di dare delle spinte costruttive.

3) L'équipe. Non ha per noi solo un valore formale, né è relegata al piano organizzativo. Come è emerso in tutti gli interventi, l'équipe, che "va fatta" funzionare bene, che va aiutata e condotta, è il luogo essenziale del confronto, dove i contributi di ognuno, anche se di diverso ruolo, sono ugualmente importanti.

4) Il lavorare per progetti. Conoscere, progettare, verificare e ridefinire, sono i punti centrali di un percorso che permette all'operatore di riconoscersi e di percepire anche visibilmente quello che sta facendo. E questo vale sia quando si parla di progettazione individualizzata, personalizzata, che quando si parla di progettazione più ampia, legata alla comunità (si pensi all'impegno ai Tavoli dei Piani di zona). Ma questo può diventare anche fonte di stress, quando quanto progettato, ritenuto opportuno e condiviso, non trova poi la possibilità di una concretizzazione. Nella pratica tempi e procedure possono essere diversi, a volte inconciliabili. A volte le risorse pur previste non sono raggiungibili, o sufficienti, o la loro distribuzione non modificabile. Anche in questo caso, sostenere e rilanciare la motivazione è difficile.

5) L'attaccamento alla cooperativa. Sostenere e favorire la fidelizzazione del socio non significa mettersi in una posizione di contrapposizione con il servizio pubblico. Significa sempre riportare l'attenzione alla centralità dell'individuo (su questo si fonda la nostra mission), utente, operatore o semplice cittadino che sia. Questo permette di recuperare il senso ed il valore di ogni persona, operatore compreso, e di ricollegarsi alla più ampia organizzazione, non quale mero esecutore ma quale contribuente attivo. Il

rischio in questo caso è che si realizzi una sfasatura tra le attese personali e le possibilità presenti nel contesto in cui si opera.

Saper lavorare, cambiare, sognare assieme

LEOPOLDO PERATONER

Già primario pediatra, Azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone. Consulente presso il Centro di Riferimento Oncologico-CRO di Aviano-PN

Faccio il pediatra e vi parlerò della mia esperienza. Volevo cominciare con il leggermi una piccola cosa a proposito di linguaggio poetico: «Lei all'orizzonte, mi avvicino di due passi e lei si allontana di due passi. Cammino per dieci passi e l'orizzonte si sposta dieci passi più in là. Per quanto io cammini non la raggiungerò mai... A cosa serve l'utopia? Serve proprio a questo: a camminare...». Spero che da quello che dirò risulterà chiaro perché ho iniziato con questo racconto di Eduardo Galeano.

Farò riferimento a due esperienze vissute: una pregressa perché, essendo andato in pensione non ci lavoro più, ma che non è finita di per sé e quindi vissuta, nella Pediatria dell'Ospedale Civile di Pordenone, e una che sto iniziando in questo momento, e che mi coinvolge moltissimo, al Centro di Riferimento Oncologico di Aviano. Sono due processi di cambiamento, si è parlato di questo oggi, credo sia un po' il succo del discorso. Credo che tutta la mia storia (io ho iniziato nel '68), sia una testimonianza di questo. Io ero a Trieste e, diversamente da quello diceva stamani Giorgio Simon – che l'esperienza psichiatrica non ha contaminato, non ha contagiato gli altri settori – penso che la nostra pediatria, ma soprattutto la pediatria di Trieste in quegli anni, sia stata molto contagiata dal convivere con questa esperienza di Basaglia. Penso che se non ci fosse stata questa esperienza, io non sarei qui a raccontarvi le cose che vi dirò adesso. In questi due percorsi di cambiamento non ci siamo posti come prioritario il problema della salute psichica di chi lavorava, ma il primo obiettivo, ovviamente, era stata la qualità del servizio da dare. Però, in entrambi i casi è risultato chiaro che fin dall'inizio c'era una componente, cioè la sofferenza di chi questo servizio lo doveva fare.

La prima esperienza riguarda la pediatria a Pordenone, ove sono arrivato dodici anni fa. La

prima cosa che ho notato (parlo solo della neonatologia) era che l'infermiera professionale tendeva a sostituirsi alla madre nei primi giorni dopo la nascita, facendosi carico delle cure necessarie, con la conseguenza dell'allontanamento del neonato dalla madre, dal nido, che era un luogo di cure ma anche di esclusione materna, un luogo di distacco dalla madre. Questa cosa

mi aveva colpito perché l'avevo vissuta a Trieste molti anni prima.

L'altra cosa era il ruolo, per così dire, prescrittivo dei medici che erano attenti a tutte le problematiche tecniche, ai parametri vitali, al peso e alle patologie, in modo che non sfuggisse qualcosa nel neonato. Ma

molta meno cura era rivolta alle questioni relazionali.

Bisognava invece porre attenzione ai bisogni di benessere che vuol dire in sostanza, per un neonato, iniziare bene la vita, e, per le neomadri, avere un buon avvio all'allattamento al seno. Perciò a tutte veniva dato il latte artificiale e da questo derivava un'inevitabile compromissione, soprattutto dei medici, con le ditte produttrici di latte artificiale; forse per questo ci sono state grosse difficoltà inizialmente.

Mi è risultato chiaro che la priorità era modificare queste prassi e tale tipo di organizzazione. Ho cercato l'alleanza di alcune persone... pochi infermieri... pochi pediatri..., ed è iniziato un processo che si è rivelato estremamente traumatico inizialmente, soprattutto per le infermiere che erano le più coinvolte in questa cosa. Si sentivano "senza identità" perché, non avendo più da occuparsi del neonato, sono andate in crisi quasi tutte. Devo dire che molte decisioni sono state prese dall'alto, poche sono state discusse e ciò è stato un difetto di questo percorso, ma, in ogni caso, non è stato per niente facile modificare questo processo, questa storia.

Sintetizzando, le mosse vincenti mi sembra siano state le seguenti: la prima è stata impostare immediatamente un'attività di formazione assidua e mirata con l'obiettivo del cambiamento del

ruolo dell'infermiere. Lo scopo era di responsabilizzare le infermiere della neonatologia nella gestione delle attività, pensando però che questo coinvolgimento nel potere era un modo per arrivare all'*empowerment* delle madri, delle donne, per aumentare le loro capacità di acquisizioni di autonomie e conoscenze, passando attraverso le attività del personale infermieristico,

che non doveva più curarsi dei bambini ma delle madri.

In seguito ci siamo resi conto che il lavoro in reparto era una minima parte di ciò che andava fatto per migliorare le cose. Inoltre c'era il rischio dell'autoreferenzialità, e perciò abbiamo iniziato a tessere rapporti con quello che è il "prima" del momento

della nascita: consultori, ginecologi, ostetriche, e quello che veniva dopo la nascita: ancora consultori, pediatri di famiglia, gruppi di sostegno volontario, e soprattutto abbiamo organizzato la formazione assieme agli operatori del settore che lavorano sul territorio. Il processo è durato diversi anni e ha portato, nel 2004, al riconoscimento, da parte dell'OMS e dell'UNICEF, del nostro ospedale come "Ospedale amico del bambino", uno dei primi in Italia. Nella fase finale di questo percorso di riconoscimento, l'entusiasmo delle persone che ci lavoravano era assolutamente palpabile... Se tu entravi in neonatologia in quel periodo ti accorgevi che c'era qualcosa di diverso e credo che l'obiettivo, dopo il 2004, non sia solo mantenere ciò che è stato fatto ma andare al di là: sarebbe un po' lungo dirvi cosa intendevamo fare, ma spero che chi mi ha succeduto alla direzione del progetto intenda proseguire nella stessa direzione.

Il secondo racconto riguarda la mia recente esperienza al CRO di Aviano. La questione che ci si era posti era come curare la patologia neoplastica in un'età particolare come quella adolescenziale, in cui non si è più bambini, ma non si è ancora adulti. Un periodo in cui i bisogni sono diversi e peculiari. Da parte di alcuni medici, e in particolare uno che ha fatto pediatria a Trieste negli anni di cui parlavo prima, era nata l'idea di strutturare alcuni spazi, chiamati "Area giovani",



Poeti.
Gruppo Majakowski.

in cui ricoverare questi ragazzi dando loro delle opportunità adatte alla loro età.

Se voi andaste a vedere questo spazio, non vi accorgeteste di trovarvi in ospedale: colori, libri, video, offerte di scrittura, partecipazione ad eventi fuori dall'ospedale, quindi una situazione inusuale. Subito è emersa la difficoltà di adattamento, soprattutto del personale infermieristico (compresi i medici, ma poi, se avrò tempo, vi dirò qual è il loro problema...), ad un modello assistenziale atipico, dovuto al fatto di dover affrontare la sofferenza in soggetti in tale fascia di età. Per questi motivi due mesi fa mi hanno chiesto di collaborare in questa fase di avvio del progetto, lavorando su un'età – l'adolescenza – in cui anch'io mi sento scoperto ed impreparato. Finora ho fatto circa una ventina di colloqui con gli operatori che lavorano in quest'area. Sono in gran parte infermiere donne, giovani e senza esperienza pediatrica.

Le questioni emerse nei colloqui sono poi state affrontate in riunioni, e i punti critici evidenziati erano i seguenti: la mancanza di preparazione specifica nel relazionarsi con bambini; la difficoltà per queste ragazze che, sentendosi coinvolte, confondevano il loro ruolo di infermiere con quello di madri. Con i ragazzi adolescenti (intorno ai venti, ventidue anni), invece, il problema di alcune infermiere giovani era il fatto di essere quasi coetanei. Questo in alcuni casi ha facilitato la comunicazione, ma comunque il coinvolgimento emotivo rimaneva estremamente forte, e ciò evidenzia che le criticità emerse erano più sul piano relazionale che tecnico. Vi cito il pensiero di due infermiere: «L'aver a che fare con la testa rovinata di un bambino... me la sono sognata di notte...», e poi: «La sedazione del bambino, necessaria per fare la radioterapia, mi ha fatto piangere, parecchie volte...», e questa difficoltà, insicurezza, chiamiamola così ma forse non è solo insicurezza, le infermiere dicono di sentirla anche nei medici, anche se questi ultimi non la esprimono. Io penso che per i medici è più un'insicurezza tecnica che

relazionale, almeno da ciò che ho capito. I medici sono maggiormente rivolti alla parte "hard", mentre le infermiere affrontano la parte "soft", la parte più umana del lavoro. Comunque sono emerse suggestioni positive che mi hanno colpito; mi hanno detto: «In questo posto ti metti continuamente in discussione»: bellissimo! «Questo posto ti tira fuori la tua

creatività», altrettanto bello. Vuol dire che stanno vivendo questa cosa con sofferenza ma anche in modo propositivo.

Altro punto critico è l'aver a che fare con i genitori, cosa a cui gli operatori non erano abituati. Tutto ciò ha comportato difficoltà relazionali nell'approccio al quotidiano. È emerso che i

genitori sono gelosi dei propri figli, ma d'altronde alcune infermiere ammettono che anche loro farebbero lo stesso. La maggior parte dice di essere riuscita ad instaurare un buon rapporto con i genitori ricevendo, in qualche caso, delle gratificazioni.

Ultimo punto critico è la fase terminale della malattia oncologica, la ricaduta, la morte, che non è rara in questa realtà. Per tutti è il momento in cui si va in crisi molto di più che non per un adulto. Per qualcuno in questi momenti si evidenzia o si accentua una critica ad atteggiamenti giudicati troppo invasivi, quasi di accanimento terapeutico da parte dei medici, ma per qualcuno la paura di questo evento scatena un atteggiamento di distacco e di difesa emotiva.

Una persona mi ha detto: «Sarebbe importante riuscire a staccare le cose professionali da quelle emozionali». Questo è un punto importante, magari ci torniamo più tardi, pur consci che la cosa è quasi impossibile. Quello che vi ho raccontato finora è testimonianza delle infermiere, ora aggiungo due considerazioni mie.

La prima è che, per molti, questo lavoro è coinvolgente, faticoso ma anche più gratificante quando l'andamento della malattia è positivo; o anche solo quando le relazioni col paziente (e/o con genitori e parenti) vanno bene. Per alcuni, l'atteggiamento iniziale di paura si sta colorando d'entusiasmo, forse contagiati dai colori degli spa-



Musicisti,
Neil Young, Stephen Stills
e David Crosby.

zi dove si vive questa esperienza; vi ripeto: se avete occasione di passare di là andate a vedere l'area.

Credo si potrebbe lavorare di più sulle gratificazioni possibili, anche quando la malattia va male, facendo attenzione proprio agli aspetti relazionali, rinforzando la convinzione che questi ultimi sono parte integrante della professionalità sanitaria.

Concludendo, perché vi ho raccontato queste due storie? Perché penso che, per chi lavora in un'istituzione, avere un obiettivo di miglioramento del proprio lavoro fa star meglio anche chi il servizio lo offre, oltre a chi lo riceve. Infatti, puntare tutto sulla routine, anche se di buon livello, potrebbe appiattire il servizio stesso con tutti i rischi che ciò comporta, soprattutto la perdita di entusiasmo e motivazione.

Pochi giorni fa ho letto un articolo e ho ritrovato una citazione che, undici anni fa, è stata il sottotitolo del primo convegno pediatrico organizzato a Pordenone. Tale citazione dice: «L'abitudine ci nasconde il vero volto delle cose». Dovremmo tenerla come frase fondante che organizza il nostro lavoro.

Tutto ciò fa parte più del *come* che del *chi* si prende cura della salute mentale di chi lavora nelle nostre istituzioni, ma personalmente credo sia più importante il *come* piuttosto del *chi*. Quest'ultimo potrebbe non essere una persona, un ruolo, ma è fondamentale che il piacere del lavorare venga dall'utopia, dall'aver questa meta, e dal saper lavorare, cambiare, sognare anche, facendo tutto ciò *assieme*.

Credo che tenendo presente queste cose forse potremmo essere più bravi.

Un piacere non quantificabile

ROBERTO BAGNARIOL

Infermiere psichiatrico, Dsm di Pordenone

Nel tentativo di ricollegarmi al titolo del convegno *Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda*, vorrei far notare, scherzosamente, che, dopo 36 anni di lavoro, uno, più che provare piacere per il lavoro, è portato a pensare che forse sarebbe meglio smettere e chiudere una carriera che nel lungo periodo è costata peso e fatica. È doveroso puntualizzare che le prestazioni di aiuto nell'ambito dell'assistenza e della salute in generale costituiscono per coloro che se ne occupano un peso e una fatica notevole. Forse per questo si spiega l'uso del termi-

ne "paziente a carico"; di fatto, quante volte, nella pratica quotidiana, le storie dei pazienti, le loro sofferenze e a volte i loro destini sono un fardello che non si annulla con la timbratura in uscita! A sostenermi in questo pensiero mi viene in aiuto il dott. Fasolo che, affrontando nel numero dell'«Ippogrifo» dedicato all'équipe la questione di quanto gravi sugli operatori il lavoro in psichiatria, traduce simpaticamente il burn-out in uno schietto dialetto padovano in "brusà": bene, solo un serio lavoro di condivisione in équipe può aiutare ad evitare rischi di "gravi bruciature".

Stento necessario ricollocare la mia personale storia lavorativa in un percorso minimamente lineare. Essa ha inizio in una Casa di riposo, ed è in quel contesto che conosco colui che in seguito diventerà oltre che il mio Direttore soprattutto il mio Maestro, ovvero il dott. Lucio Schittar che, assieme all'assistente sociale Franca Fornasieri, «quelli del Cim» [Centro d'igiene mentale, Ndr], concordavano inserimenti, visitavano e facevano consulenze a pazienti che per lo più provenivano da ricoveri brevi o protratti in Manicomio. Li osservavo, sbirciavo il loro approccio con le persone, il loro tener conto delle storie, la disponibilità all'ascolto, e questo – per me occupato ad occuparmi della cura/pulizia/ordine dei letti, dei pavimenti, dei corpi, alla somministrazione del farmaco e del cibo – questo tempo di ascolto, anche se reclamato, non era concesso.

L'opportunità di cambiare istituzione nell'anno 1978, l'anno della 180, la colgo al volo, così che dalle mura asilari della Casa di riposo avvio la mia esperienza nel *Territorio*. È un avvio non individuale, ma che coinvolge un gruppo di lavoro costituito da diverse figure professionali: infermieri, medici, psicologi e assistenti sociali e sanitarie che strutturano modelli operativi nuovi; a volte cavalcando ideologie, altre mettendo a frutto teorie imbastite con la fantasia e la creatività delineando rapporti con il territorio, mettendo al centro il paziente. Ponendo l'ascolto non solo ai temi e ai sintomi della sua sofferenza, ma anche a ciò che veniva detto ed espresso dal contesto familiare, dall'ambito sociale e lavorativo, e dalle varie agenzie pubbliche che erano coinvolte. Nell'elaborazione di questi vari elementi era possibile tessere strategie di cura alternative a quelle manicomiali. È indubbio che tutto ciò costituiva, anche nelle difficoltà, un ritorno che sostanziava, se non propriamente *un piacere* per l'operatore, almeno la soddisfazione del fare.

Va detto che oggi, nell'epoca delle istituzioni-azienda, rintracciare il piacere sembra non essere parte dei vari obiettivi che di anno in anno la Dirigenza si trova a dover delineare e portare a compimento. Il piacere, peraltro, non è certamente un aspetto del lavoro che può essere quantificabile, e tanto meno verificabile da esiti e dati certi. D'altra parte il piacere attiene alla sfera del sentire soggettivo, intimo e privato dell'individuo.

Alcune forme di separatezza, chiamiamole specializzazioni, nicchie di autonomie professionali, rincorse a disegni autoreferenziali, collocazioni a scopo carriera (vedi fasce retributive), interrompono un clima e un equilibrio, il che non facilita affatto la comunicazione, e determinano una distanza fra gli operatori a scapito della missione principe.

Ed è a questo proposito che chi tiene le fila di un servizio deve adoperarsi per prendersi cura di coloro che si occupano di curare, e ciò va declinato nelle competenze di ognuno nei luoghi di cui è responsabile.

A tutt'oggi, il piacere del mio lavoro deriva dall'incontro con i pazienti, con la loro storia, e dal rapporto con il gruppo di lavoro, che non è circoscritto solo all'équipe del Csm, ma si estende anche ai molti operatori delle varie Cooperative che gestiscono le residenze: a costoro va riconosciuto il pregio dell'entusiasmo con il quale operano la cura e l'assistenza ai pazienti.

Esistere e contare come soggetti che curano e hanno cura

MARIO NOVELLO

Direttore del Dsm di Udine

Credo che la mia propensione alla lotta anti istituzionale sia nata quando avevo otto anni.

Mia madre pensava che d'estate dovessimo andare ogni anno al mare e nel 1954 e 1956 fui mandato in colonia a Caorle. Accadeva molto spesso che le operatrici, forse troppo giovani e poco motivate, non sapessero gestire i bambini e capitava che ci bacchettassero sulle gambe senza motivo e in uno stato di "discontrollo emotivo" che ricordo ancora. Chi si curava le operatrici che lavoravano in colonia? Nessuno. Chi ci difendeva? Nessuno. Quindi in colonia ho assaggiato che cos'erano le istituzioni anche in termini di potere e sopraffazione ingiustificata (ma non oso immaginare cosa accadrebbe oggi!).

Nella lotta al manicomio Franco Basaglia – con il dottor Schittar, che qui saluto, e gli altri a Gorizia – ci ha insegnato che lavorare nell'istituzione manicomiale significava anche "avere cura" di chi operava al suo interno. È stato un processo che ho vissuto brevemente, all'epoca, da studente volontario a Gorizia e che ho poi pienamente attraversato a Trieste. Fu una lotta di liberazione collettiva volta ad eliminare quella particolare forma di "alienazione" istituzionale in cui erano coinvolti sia i pazienti che gli operatori.

Dopo l'esperienza triestina mi sono ritrovato a Udine per riprendere la questione del manicomio in epoca recente e mi pare di aver capito molte più cose rispetto al passato, ma anche cos'era la legge nr. 36 del 1904, legge che "ci" ha strutturato.

Non è scontato aspettarsi che in una organizzazione istituzionale le persone riescano a lavorare secondo i criteri prestabiliti, ma, almeno per quanto riguarda il manicomio, e Goffman insegna, è certo che l'organizzazione istituzionale produce/riproduce visioni, pensieri, rapporti di potere, pratiche e perversi modi d'essere e di agire. Se noi dimentichiamo questo, temo che facilmente possiamo diventare inconsapevoli riproduttori di manicomi, non vecchio stile ma moderni. Ne sono esempio le Case di riposo, ma anche molti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, molti Csm, molte strutture residenziali, troppo spesso luoghi di abbandono, di sopraffazione e di sottrazione di vita, di negazione di diritti fondamentali.

Molti servizi di Salute mentale sono territoriali soltanto nel nome, perché in realtà sono poliambulatori che riproducono saperi e poteri vetero/neoistituzionali, e distribuendo farmaci riproducono una cultura alienata di malattia. Mi capita spesso di frequentare altri tipi di istituzioni, come tribunali e scuole, dove mi sento dire: «Ah, dottore, sapesse quanto ci sarebbe bisogno di Lei qui!», come se vi fosse un germe che in qualche modo attraversa tutto il mondo istituzionale. Ne ho avuto conferma quando da militare mi sono reso conto che mettevo in atto quasi inconsapevolmente meccanismi istituzionali di difesa. A tale proposito consiglio la visione del film *Il corridoio della paura* di Samuel Fuller (1963) per capire come funzionano questi meccanismi.

L'esperienza di trasformazione/superamento del manicomio, di liberazione degli internati, degli operatori, del percorso critico dei saperi che l'Istituzione aveva prodotto e riproduce, ci

ha portato a focalizzare la questione della soggettività. La critica al manicomio è un percorso critico relativamente ai saperi/poteri e alle pratiche. Premesso che per me è difficile parlarne in generale perché nelle aree della regione che conosco vi sono differenze storiche che incidono molto sul loro profilo, posso affermare che a Trieste il percorso di trasformazione dei saperi e delle pratiche istituzionali ha accompagnato la trasformazione dell'organizzazione dei servizi all'interno dell'Istituzione, mentre a Udine – nell'emergenza del terremoto del 1976 – si sono formati dei servizi territoriali ispirati ai saperi dominanti al di fuori dell'organizzazione istituzionale/manicomiale e quindi al di fuori di quel processo di trasformazione che ha coinvolto l'Istituzione triestina.

La liberazione delle soggettività ha portato allo svincolarsi dalla gerarchia rigida ed ottusa del manicomio e ha liberato un grande fervore, una grande passione, una grande voglia di esprimersi in quanto soggetti di cura, con la possibilità di mettere in atto la propria visione con la propria sensibilità, di contare e di esistere come soggetto che cura e che ha cura. Questa ricchezza, che è un patrimonio assolutamente imperdibile e che va grandemente valorizzato, poneva però un'altra questione, e cioè il fatto che se ognuno poteva intervenire sulla stessa persona con modalità diverse, in modo separato uno dall'altro, si rischiava di creare una nuova malattia, una sorta di schizofrenia istituzionale prodotta dagli operatori e che veniva segnalata anche dai pazienti.

C'era la necessità di costruire un'équipe come un corpo dinamico, capace di coordinare e dialettizzare le diverse visioni in un'unica visione, senza dimenticare che chi ha la responsabilità di un servizio non può sottrarsi alla responsabilità nei confronti di tutto il gruppo di lavoro.

Bisogna inoltre considerare le soggettività e le storie che ciascuno si porta dentro in rapporto alla sofferenza psichica e alla follia, perché ognuno, si diceva ai miei tempi, ha un nucleo psicotico che può entrare in risonanza in qualche maniera nel rapporto con il paziente. Il lavoro d'équipe con il paziente grave deve essere orientato e proiettato sul progetto di vita della persona e non soltanto sull'attenzione al sintomo o sullo spegnimento del sintomo.

Ricordo un bravissimo infermiere che, vivendo una situazione gravissima con i suoi familiari, entrava in una dimensione di risonanza tale con il paziente che non poteva che fare esplodere la situazione relazionale portandola alla rottura,

alla violenza distruttiva fino allo scontro fisico. Nei SPDC spesso si verifica una analoga situazione e la stessa contenzione può essere il punto d'arrivo di un insieme di tensioni che non trovano una via d'uscita e, divenendo emotivamente insostenibili ed ingestibili, inducono quasi a provocare la rottura e l'esplosione della violenza, una sorta di aggressione che rappresenta la ri-proposizione di un rapporto di potere manicomiale.

Come direttore di Dipartimento mi sono posto il problema di come far sì che al cambiamento dell'organizzazione di un determinato sistema corrisponda un miglioramento e una crescita professionale degli operatori. Quando si ha la responsabilità di un gruppo di lavoro e di una organizzazione bisogna tener conto sia della salute dei pazienti sia della salute delle persone che lavorano all'interno dell'équipe. Non si può fare un buon lavoro di salute mentale se gli operatori non vivono una situazione lavorativa di salute e di piacere, che dia motivazione e senso al lavoro.

Gli operatori che ho conosciuto avevano e hanno una fondamentale dote di partenza: considerano il proprio lavoro come qualcosa di positivo ed importante, un aiuto alle persone che sono in difficoltà, seppure in modo non sempre lineare considerano il proprio lavoro dotato di senso e vogliono sia tale. Ci credono e ci investono, o almeno così vorrebbero e si aspettano (altrimenti è burn-out e demotivazione).

Ci piaccia o no, siamo tutti figli del manicomio e, come diceva Basaglia, siamo lavoratori del negativo, nel senso che dobbiamo riconoscere e sciogliere i nodi negativi che il sistema nel suo insieme ha, con un lavoro d'équipe che sia efficace in relazione alle storie delle persone e della comunità. Il lavoro di deistituzionalizzazione è anche questo.

La stessa concezione di équipe non è così scontata ed ovvia. L'équipe non si costituisce soltanto come un momento di scambio di informazioni, ma come un dinamico e vivo divenire, come scambio continuo delle capacità di analizzare, di cambiare le visioni, di progettare e verificare le pratiche, di interagire, e viene rafforzata dalla gratificazione – quando va bene – di vedere che l'utopia è possibile nel senso proprio "basagliano" del termine, «l'utopia della realtà, la realtà dell'utopia». Può maturare la consapevolezza che riusciamo ad andare oltre noi stessi e la coscienza che siamo autori di cambiamento, evenienze vitali per l'équipe ma anche per il ruolo che ci appartiene nei confronti della so-

cietà, per la nostra identità. I servizi di Salute mentale hanno una fondamentale, anche se non esclusiva, responsabilità relativamente alla salute mentale della comunità.

Ricordo un'esperienza di tre anni fa con una classe di un liceo del cividalese che mi aveva chiesto di condividere un percorso sul tema della schizofrenia, sul quale i ragazzi avevano già lavorato in classe in modo raccapricciante. Il primo lavoro è stato quello di fare pulizia e chiarezza su tutto il ciarpame di luoghi comuni e di stereotipi che avevano appreso dai libri, spacciati come scienza. Abbiamo quindi fatto un percorso assieme di decostruzione e costruzione delle visioni, dei saperi e delle pratiche che si è rivelato molto interessante e coinvolgente fino a toccare da vicino e nella concretezza della realtà tematiche così complesse e così importanti, in particolare per i giovani.

La responsabilità di direzione di un Dsm implica necessariamente anche una grande attenzione alla tutela ed alla promozione della salute mentale degli operatori e delle operatrici su diversi piani (dell'organizzazione, della motivazione, del funzionamento e delle reazioni nell'impatto con la pratica quotidiana e quant'altro) e passa attraverso un lavoro continuo di costruzione/decostruzione dell'équipe.

È un'impresa tutt'altro che facile, nessuno è maestro, non tutti la comprendono e la sanno fare, non esiste una scuola che lo insegni né una teoria definita di riferimento. È invenzione e creazione quotidiana nel senso più nobile dei termini. Ma non per questo è vuota e superficiale improvvisazione. Costruire l'équipe vuol dire riuscire a costruire dei percorsi in cui ciascuno è riconosciuto e valorizzato nelle proprie capacità ma è anche capace di confrontarsi, di supportare e di accettare reciprocamente le critiche, di lavorare insieme con gli altri su un progetto con la persona, sulla persona, insieme alla persona, per la persona e per il mondo e con il mondo che c'è intorno a lei. Capace di giungere ad una sintesi, non totalizzante, con una apertura ed in una dialettica che mettano al riparo dall'autoreferenzialità, personale e di gruppo.

A rendere più complessa, ma anche più ricca ed interessante la questione e la sfida, a Udine abbiamo avuto la "fortuna", tenacemente voluta e perseguita, di avere un sistema di residenze che ha una notevole complessità gestionale, che vede la presenza di molti operatori di cooperative che sono stati soggetti fondamentali nel processo di superamento del manicomio e di cambia-

mento delle pratiche, e sono tuttora portatori di una specificità, anche se non sempre riconosciuti.

Diventa quindi necessario creare un'équipe che comprenda gli operatori dipendenti del Servizio sanitario regionale e gli operatori delle cooperative. Non è un'impresa semplice, ma è necessaria per la salute, per la salute di tutti, perché nessun operatore deve sentirsi solo, abbandonato in una situazione difficile da cui magari gli altri hanno cercato più o meno consapevolmente di sottrarsi. Ciascuno deve sentirsi parte di un'impresa collettiva, di un grande gioco di squadra che ha finalità chiare, pulite e condivise, e coerenti con il mandato.

Poi c'è il problema di rappresentazione di tutto questo agli altri, alle Direzioni Generali, c'è il problema di collocare tutto questo all'interno dei processi di aziendalizzazione. Ci sono molti aspetti critici negli attuali processi di aziendalizzazione, ma ci sono anche aspetti utili ed interessanti. *Aziendalizzazione* significa non soltanto risparmio e fare quadrare i conti (la sensata lotta agli sprechi non deve mai venire meno) ma significa – o dovrebbe significare – anche essere assoggettati alla verifica del nostro operato.

La verifica in qualche modo ci ferisce perché tutti pensiamo più o meno apertamente di essere bravi e buoni, di fare e dare il meglio, e che nessuno possa permettersi di fare valutazioni, sottovalutando che qualcosa può anche essere migliorato, che "se si può si deve". Ma *l'aziendalizzazione intelligente* è anche questo, è consapevolezza che noi siamo pagati con il denaro dei cittadini e quindi dobbiamo rendere evidenti e trasparenti i metodi ed i risultati ottenuti a favore della salute dei pazienti e della comunità. Può sembrare una banalità, ma nella operatività quotidiana, nelle nostre organizzazioni, nella consuetudine delle pratiche, nel nostro lavoro, che non è così ben definito e codificato come può esserlo un intervento chirurgico (entro certi limiti), non è facile, anzi è abbastanza complicato.

Vi è poi una grande questione da affrontare giorno per giorno, che è quella della "manutenzione" e del controllo continuo sulle nostre culture tecnico-professionali, sulle nostre pratiche, sui nostri riferimenti politico-giuridici. (Garantiamo "l'accesso ai diritti fondamentali di cittadinanza"? Promuoviamo davvero salute ed emancipazione? Siamo esenti dal rischio di essere inconsapevoli strumenti di oppressione e di cronicizzazione?).

Noi abbiamo un potere che è spaventoso, è il potere di definire chi è l'altro, come deve essere, in quale casella deve essere collocato, abbiamo un potere di definire intrinsecamente la "norma" (biopotere). Ma talvolta abbiamo poca capacità di dialogare e strutturare un rapporto equilibrato e rispettoso con chi si rivolge a noi, in una dimensione di reciprocità.

È un potere intrinseco che noi esercitiamo, talvolta è più un potere che un sapere. Se andiamo a vedere come si sono costituiti i saperi della psichiatria, possiamo notare che molto spesso sono falsi ed infondati, totalmente estranei alle scienze e perfino al buon senso. Basta ricordare che il premio Nobel per la psichiatria è stato assegnato a colui che ha introdotto la malarioterapia e a colui che ha inventato la lobotomia.

Ancora oggi siamo all'interno di un processo di liberazione fortemente complesso. Solo un esempio. Negli ultimi due anni il Servizio di Neuropsichiatria Infantile è stato nel Dipartimento (ora non più, purtroppo) e abbiamo cominciato a lavorare sulla questione dell'adolescenza, questione fondamentale quanto disattesa. Npi e Dsm sembrano mondi lontani e non comunicanti. È grande la responsabilità di suscitare l'attenzione e costruire un dialogo su questa area tematica, non possiamo restare passivi e scoprire la "malattia" nei ragazzi quando si è già strutturata, quattro, cinque anni dopo

che si sono presentate le prime difficoltà, quando ormai non è più possibile fare cura ma ormai soltanto riabilitazione. Non possiamo restare passivi o fatalisti davanti al ricovero in SPDC di adolescenti di 15 anni, insieme agli adulti. Quali e quanti danni provochiamo? Chi ne porterà il peso? Potremo dire che sarà stata "l'evoluzione naturale della malattia"?

Cose da fare ce ne sono molte e concordo con Roberto Bagnariol e il dottor Peratoner quando dicono che c'è tutto un mondo da affrontare e che noi siamo portatori di pratiche, di esperienze, di saperi. Continuando ad avere la coscienza e l'orgoglio di tutto questo noi riusciremo a lavorare, speriamo, con intelligenza, mettendoci ancora la nostra passione, non badando troppo al cartellino, all'orario, non pensando che la nostra vita sia in modo assoluto separata dal tempo del lavoro.

Alla domanda «Chi si prende cura della salute mentale di quanti lavorano nelle istituzioni?» io rispondo che ci sono dei livelli di responsabilità gerarchicamente stabiliti che corrispondono ai livelli di responsabilità istituzionale. Ma saranno efficaci soltanto se sapranno suscitare e porsi all'interno di una circolarità collettiva in cui ciascuno può prendersi cura e promuovere la salute mentale di ciascuno, aprendosi necessariamente alla comunità e alle correnti vitali che la attraversano.

Come avrà osservato chi ha partecipato alla Giornata di studio di cui abbiamo qui pubblicato gli atti, e come avrà forse notato il lettore, gli organizzatori non hanno messo in programma interventi d'apertura, saluti o conclusioni di politici, amministratori o dirigenti apicali dei servizi. Si è preferito, piuttosto, invitarli a intervenire nel vivo delle questioni, assieme agli operatori, agli ospiti esterni e al pubblico.

La Giornata, infatti, non aveva alcun intento celebrativo (anche se l'occasione proveniva dall'uscita di un libro sul lavoro nelle istituzioni, scritto proprio a partire dall'esperienza pordenonese); voleva invece essere un incipit al farsi di una serie di iniziative di formazione al lavoro in rete, alla pratica d'équipe, all'analisi istituzionale dei servizi del nostro territorio.

Così si spiega il riferimento a una possibile "Pordenone pensa" avanzato nel suo intervento dall'assessore Ciriani, il quale, in qualità anche di vicepresidente della Provincia, è il sostenitore primo dell'iniziativa che qui sotto andiamo ad illustrare e che non è che la continuazione di quanto si è aperto con la Giornata Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda. Si

Per non concludere qui

LA REDAZIONE

tratta di un progetto – potremmo definirlo "un cantiere" avviato per favorire la costruzione critica di un reale lavoro in rete – che è stato presentato dai membri di questa redazione ai rappresentanti di importanti servizi o istituzioni presenti nella nostra città, e che da essi è stato accolto con favore.

Dare testimonianza di qualcosa che continua, comunicare che, dopo quel convegno, si snoda tutto un percorso (nella forma di un lavoro in comune tra operatori di vari servizi), ci sembra il modo migliore per chiudere questo numero di «Atti&documenti»: un modo, in realtà, per non concludere qui il discorso aperto in quella giornata di maggio.

L'unica chance, infatti, che possiamo dare a noi stessi, alla città in cui viviamo e lavoriamo – e, diciamolo senza timore, a chi verrà dopo di noi ad occuparsi delle istituzioni presenti in questo territorio (cioè dell'educazione, della salute, dell'assistenza, in una parola del vivere civile) – è quella di tenere aperto e mantenere vivo il dibattito sul nostro mestiere "impossibile" (come diceva il buon Freud) di educatori, terapeuti, gestori della Cosa pubblica.



La realtà e le prospettive del lavoro in rete

Seminari trasversali per chi opera nella scuola, nei campi della salute e dell'assistenza, nella progettazione e amministrazione pubblica

Presentazione della proposta

È facile constatare come la parola innovativa che, in particolari periodi di fermento culturale, attraversa e nutre la vita delle istituzioni tenda, una volta codificata in leggi e decreti, a perdere buona parte della sua pregnanza e a divenire in molti casi “lettera morta”. Anziché tradursi in pratiche reali, in dispositivi condivisi di autentica integrazione tra servizi diversi che vogliano impegnarsi nella costruzione di percorsi di salute – più in generale di civiltà – nel territorio, essa si riduce ad essere un armamentario della retorica di tecnici, politici, amministratori.

Esempio eloquente di tutto ciò è la parola d'ordine che più di tutte, negli ultimi anni, circola nei servizi moderni: «Lavoro di rete». Secondo le intenzioni, avrebbe dovuto condensare decenni di lotte anti-istituzionali e rotture epistemologiche, di sforzi e spinte ideali nella direzione dell'integrazione e della pratica di comunità, per condensare in sé la forza propulsiva dell'operatività a venire di una società aperta e avanzata. Un'operatività radicata nel territorio, capace di coinvolgere la comunità tutta in percorsi critici di acquisizione dei diritti e doveri di cittadinanza, di lotta allo stigma, di comprensione e riappropriazione delle contraddizioni che attraversano la società, permettendo a tutti i protagonisti della vita civile di ritrovare le proprie competenze nella progettazione e gestione dell'educazione, della cura, dell'assistenza. L'implicita convinzione era che si trattasse di imparare veramente a lavorare insieme, *in équipe*, come si dice.

In realtà, emanate le nuove leggi e i nuovi decreti (si pensi solo, nel campo socio-sanitario, alla Legge 328 coi relativi Piani di zona), quello che abbiamo modo di osservare, in qualità di operatori di servizi che dovrebbero interagire (e ancor prima condividere delle idee di fon-

La città dell'*homo faber* rischia sempre di scambiare le sue istituzioni per il fuoco segreto senza il quale le città non si fondano né le ruote delle macchine vengono messe in moto; e nel difendere le istituzioni, senza accorgersene, può lasciar spento il fuoco.

ITALO CALVINO

do), è il classico “dialogo tra sordi”. O, comunque, una comunicazione piuttosto schiva tra professionisti non così propensi a “contaminarsi” con altri saperi e altri poteri; paghi, piuttosto, di coltivare il proprio “orto” (peraltro con scarsa motivazione professionale e ancor meno voglia di fare squadra perfino all'interno della propria realtà).

L'effetto collaterale di questa incapacità degli operatori di pensare e realizzare un'autentica integrazione non potrà che favorire il prodursi di una nuova e insidiosa forma di specialismo territoriale. La stessa distrettualizzazione dei servizi socio-sanitari, se giocata in assenza di spinte etiche e culturali, si ridurrà a questo: un *mare magnum* della risposta “a tutti i bisogni” dove la domanda soggettiva, il senso più umano del disagio, si troveranno a essere polverizzati nella macchina socio-assistenziale, all'interno della quale gli operatori – che dovrebbero essere i protagonisti cruciali dei percorsi di cura – smarriranno ogni forma di appartenenza e identità, e di conseguenza ogni motivazione e spinta etica e professionale. Quanto alla scuola, essa – qualora fosse a sua volta travolta da forme di aziendalizzazione senza etica – rischierebbe di farsi un contenitore di liberi professionisti del sapere (anzi, *dell'apprendimento*) incapaci di concepire non solo il senso del lavoro d'équipe ma nemmeno il loro ruolo di educatori.

È interessante poi osservare come la necessità di mettere a norma tutto l'apparato istituzionale al fine di non contravvenire alle varie leggi che regolamentano la vita dei servizi (leggi sulla sicurezza degli ambienti, sulla privacy, sulla partecipazione di terzi alla vita delle istituzioni – in genere i familiari degli utenti –, nonché le normative e le procedure burocratiche connesse alla necessità di dimostrare l'economicità o la scientificità di quanto si fa, la stessa formazione degli operatori), col relativo spauracchio dei controlli, delle denunce per inadempienza, etc., è interessante osservare, dicevamo, come tutta

questa massiccia iniezione di garanzie democratiche abbia indubbiamente creato un sottofondo di paura negli operatori, primi fra tutti i dirigenti. Nessuno rischia oltre quanto è dovuto dal contratto, dalle sue regole d'ingaggio, ognuno arriva fin lì dove il sindacato potrebbe ancora sostenerne le ragioni in caso di denunce, proteste, attacchi massmediatici, etc.

Il risultato di tale impoverimento della libertà di movimento dentro le istituzioni si traduce in questo: quel rischio che non è eludibile nella cura, nell'educazione e nella formazione (rischio che rappresenta la cifra umana di ciò che avviene dentro le istituzioni: il rischio del contagio insito nell'incontro, reale e non solo formale o asettico, tra esseri viventi) viene azzerato dall'efficientismo, dalla burocrazia, dal mito della tecnologia degli interventi: tutte cose che, una volta poste come prioritarie nella logica istituzionale, isteriliscono i percorsi creativi, congelando quella che dovrebbe essere l'opera di continua trasformazione e costante adeguamento ai propri compiti da parte di un'istituzione, opera che rappresenta l'unica vera garanzia di civiltà dei servizi di una comunità.

Quanto alle classi dirigenti, esse hanno gradatamente smarrito la loro autorevolezza per rispondere a delle necessità meramente gestionali. I responsabili delle aziende sanitarie, dei servizi pubblici, i presidi, stanno diventando, loro mal grado, più che degli strateghi della salute o dell'educazione, dei super-ragionieri o dei tecnocrati.

C'è poi da dire che la dialettica democratica si è ridotta spesso, per chi detiene un certo potere, a un dare ragione a tutti, accontentare tutti, utenti, familiari, opinione pubblica. Il potere non coincide più con un'autorità decisionale, ma con la capacità di soddisfare il maggior numero di "consumatori", di fruitori delle prestazioni del proprio servizio, e in tal modo ottenerne il consenso.

In tutto questo indebolimento simbolico, civile, delle nostre istituzioni, ciò che viene trascurata, sacrificata, è la motivazione e professionalità (non solo tecnica ma anche etica) del personale. «C'era una volta l'équipe»: potrebbe essere una buona epigrafe sulla tomba di ciò che un tempo si chiamava il lavoro di gruppo o di rete. In altri casi, ad esempio nel caso della scuola, non esiste nemmeno la necessità di alcun rimpianto, perché *équipe*, come detto, resta una parola straniera.

Abbiamo dunque tanti liberi professionisti del-

l'apprendimento, dell'assistenza, della salute, che non si parlano, che non pensano a cosa siano le istituzioni in cui operano, alla qualità di vita delle città dei cui bisogni sono importanti gestori. E che appaiono sempre più impauriti, depressi, impegnati nel conto alla rovescia di quanto manca alla fatidica data del proprio pensionamento.

Gli incontri seminariali che siamo qui a proporre si configurano come un'offerta di ripensamento e rilancio, nella direzione della costruzione di una teoria e di un metodo del lavoro in rete per quanto concerne le pratiche assistenziali, socio-sanitarie ed educative del nostro territorio. Un'offerta rivolta a dirigenti, operatori, amministratori delle istituzioni presenti nella città per avviare un confronto critico sia su questioni di fondo (le idee stesse di *comunità*, di *istituzione*, di *rete*), sia su concrete problematiche operative presenti nel nostro territorio e legate ai compiti attuali e a quelli a venire.

Per rimotivarci tutti al nostro compito, non possiamo dimenticare di legare costantemente l'operatività "spicciola", quotidiana, a quelli che sono i grandi temi che in fondo la sostengono e che concernono il soffrire, il convivere con altri, l'attraversamento di fasi critiche dell'esistenza, la crescita e la formazione degli esseri umani all'interno del legame sociale. In tal senso, ogni operatore dovrebbe poter sentire di avere un ruolo civile, culturale e non solo tecnico. E questa consapevolezza sarebbe il miglior antidoto ai vari burn-out e alle molteplici patologie istituzionali degli addetti ai lavori, presi singolarmente o in gruppo, patologie che gravano non poco sul bilancio dei servizi.

Certo per *équipe* non possiamo più intendere solo il gruppo di lavoro interno a una certa istituzione. L'équipe, oggi, deve essere quel movimento dialettico – un concentrato di pensiero e azione, un dispositivo mobile – che si costruisce, di volta in volta, tra operatori di servizi diversi (pubblici e del Privato sociale), amministratori, cittadini, i quali sono chiamati ad affrontare le problematiche che sorgono all'interno del legame sociale (si pensi alle questioni legate all'adolescenza, al disagio psichico, alla vecchiaia, all'emigrazione). Problematiche che, oggi più che mai, non richiedono tanto una batteria di risposte tecniche e specialistiche, quanto la costruzione di possibilità intelligenti, *non standardizzabili* (e qui ne va della reale professionalità degli operatori di oggi), d'ascolto e accoglimento, di lettura e decifrazione, di conse-

guente coprogettazione.

C'è più che mai bisogno di qualcosa (e di qualcuno) che aiuti le persone a tradurre il loro disagio in domanda soggettiva, a trasformare la richiesta di delega dei diretti interessati e delle loro famiglie in assunzione di responsabilità condivisa con altri, presenti e credibili. Qualcosa, ancora, che permetta di raccogliere le questioni forti che emergono dall'ascolto di chi è portatore di una qualche forma di sofferenza per riportarle alla città, perché da personali divengano politiche, e perché da esse la comunità impari cosa la può rendere realmente umana.

Ma bisogna, appunto, che esista una rete capace di trattenere le contraddizioni, di far sì che la domanda non si disperda o non si spezzi nelle mille articolazioni dei servizi specialistici, nel calderone della macchina socio-assistenziale o nella programmazione curricolare degli istituti scolastici.

Serve una cornice discorsiva – mobile per non istituzionalizzarsi troppo e composita perché possa aprire a risposte al di là di quelle prettamente specialistiche – che consenta di formulare, *insieme* (utenti, operatori, rappresentanti della politica, la città stessa), soluzioni che, nel momento in cui tengono conto della specificità di ogni singolo caso e non eludono la particolarità di alcun soggetto, non andranno bene solo ai diretti interessati ma alla città tutta, la quale, così, si addestrerà alla sua competenza prima, essere quel luogo di civiltà capace di coniugare l'organizzazione generale con l'ascolto delle differenze soggettive.

È allora al gusto di questa cornice discorsiva, scenario simbolico che allude a quello più ampio della città e ne tiene costantemente conto, che vanno educati gli operatori delle nostre istituzioni, e i loro dirigenti per primi. Senza un rilancio dell'orgoglio professionale di chi opera nei campi della salute, dell'assistenza, dell'educazione, senza una riscoperta della loro importanza cruciale nella vita della città, anche le leggi più belle rimarranno pura retorica e i nostri servizi diverranno contenitori anonimi di prestazioni incolori, e, di conseguenza, le nostre città spazi urbani nei quali il disagio sarà solo un intoppo da gestire e controllare (a questo livello si può leggere il rischio di segregazione degli anni a venire).

Perciò è indispensabile offrire agli operatori occasioni – e quella qui proposta vuol essere una di quelle possibili – di riappropriazione del senso culturale, civile e professionale del proprio

operare quotidiano, di un proprio sapere.

Si tratta però di darsi una tattica, e quella qui proposta ha di mira non la formazione di tutti, o del numero più ampio possibile di operatori, ma un inizio di “addestramento” rivolto solo ad alcuni di essi come propedeutica al compito più sopra delineato, quello del collegamento possibile tra servizi diversi all'interno di percorsi di ascolto e cura di soggetti in difficoltà.

Per inciso: la diffusione a larga scala della formazione ha ricadute poco considerevoli sulle pratiche dei servizi, mentre appare sempre più necessario, oggi, lavorare con una certa intensività su piccoli gruppi scelti di operatori, avendo cura che tale formazione contempli anche la possibilità, per loro, di saper poi esercitare una funzione trainante per tutti gli altri, nonché l'impegno di riportare all'interno dei dispositivi che regolano il funzionamento della propria istituzione quanto può essere utile per il suo miglioramento.

Per quanto riguarda, invece, le relazioni che si potranno instaurare all'interno dei seminari in questione, il livello di scambi reciproci tra servizi diversi può permettere un'importante operazione: mettere gli altri a conoscenza dei propri strumenti, degli stili di lavoro e delle idee guida che caratterizzano la propria istituzione. Senza questa reciproca conoscenza, infatti, senza il desiderio di esplicitare quella che è la propria specificità – e senza logicamente la curiosità di saperne di più sulle altrui pratiche –, qualsiasi programma di integrazione è destinato a naufragare sullo scoglio delle sterili difese dei propri ambiti lavorativi, di sentimenti di appartenenza un po' altezzosamente ostentati ma peraltro non esplicitati. Con un orgoglio che vive solo di uno spirito di contrapposizione e che in realtà non si nutre più di una reale comparazione emotiva e professionale agli ideali e alla storia della propria specifica istituzione.

La proposta

1) Avviare tre momenti seminariali di confronto tra operatori di alcuni servizi cittadini: Ass6 (Distretto urbano e Dsm), Scuola (Liceo “Leopardi-Majorana”), Amministrazioni provinciale e comunale (personale degli assessorati alle Politiche sociali), Cooperazione sociale (cooperative Itaca, FAI, ACLI), Medici di Medicina generale. Gli operatori (compresi i quattro organizzatori) non dovranno superare il numero di 40 unità).

Lo scopo è verificare cosa realisticamente sia (o non sia) *la pratica di rete* attuata nel territorio cittadino, analizzandone le criticità nella prospettiva di una ridefinizione e rilancio della stessa. Potrà essere interessante (all'interno dei momenti in cui è suddiviso ogni incontro seminariale) giovare anche di casi, particolarmente emblematici delle difficoltà esistenti, da sottoporre a discussione.

2) Definire e condividere delle idee di base sul senso, i limiti, gli obiettivi del lavoro in rete nel territorio di nostra competenza, esplicitando anche le differenze o le consonanze – tecniche e “filosofiche” – tra i vari servizi cittadini.

3) Abbozzare, per quanto possibile, metodologie e strategie di intervento in settori critici quali l'adolescenza, l'emarginazione, il disagio psichico.

4) Avviare una riflessione sulle competenze, i compiti, i percorsi formativi di ciò che potremo chiamare *l'operatore di collegamento*.

5) Ipotizzare sistemi di verifica dell'operatività che si dovrebbe andare a costruire, e produrre materiale scritto che testimoni già di quanto viene elaborato in questi primi tre incontri seminariali.

Dal punto di vista operativo, bisogna che i responsabili delle rispettive istituzioni autorizzino un gruppo ristretto di operatori a partecipare ai tre seminari. Come criterio, è bene pensare a dei colleghi giovani, facendo però sì che venga garantita la presenza di alcuni coordinatori di progetto o di struttura, e comunque di quegli operatori che, per caratteristiche umane o professionali, per storia istituzionale, sono particolarmente adatti al lavoro in rete.

Il progetto, ovviamente, non mira a grandi cambiamenti della macchina socio-assistenziale o educativa, ma da un lato a rompere l'isolamento degli operatori promuovendo un inizio di dialogo e messa in comune di esperienze, difficoltà, progettualità; dall'altro a formare un gruppo interservizi particolarmente sensibile e preparato al lavoro in rete, i cui partecipanti siano poi capaci di sensibilizzare in tale direzione anche altri colleghi del proprio servizio.

Il tutto con l'obiettivo di passare dalla retorica del lavoro di rete all'esplicitazione concreta delle sue reali possibilità, senza tuttavia rinunciare a nutrire questo percorso con considera-

zioni di carattere culturale, clinico, in generale *teorico*.

Piano generale dei tre incontri seminariali

Primo incontro: *Il concetto di rete e l'orizzonte professionale degli operatori*.

Secondo incontro: *L'adolescente “difficile” come sintomo che interroga la rete e la città*.

Terzo incontro: *Perché l'operatore dovrebbe motivarsi al lavoro in rete?*

Ogni seminario sarà così strutturato:

1. Ore 9.00. Introduzione teorica al tema, condotta da un esperto esterno (dr. Marco Cerri, sociologo e formatore, Mantova).

2. Ore 10.00. Elaborazione in sottogruppi delle stimolazioni offerte dal relatore.

3. Ore 11.30. Discussione in plenaria a partire da quanto emerso nei sottogruppi.

4. Ore 12.30. Sintesi finale, a cura del relatore, del lavoro svolto.

Chiusura ore 13.30.

Al termine di questi tre seminari (da svolgersi, a un mese di distanza l'uno dall'altro, entro la primavera 2008) si prevede, presumibilmente in autunno, di approdare a un convegno pubblico sul tema in questione, convegno la cui scansione e le cui sezioni tematiche saranno determinate da quanto emerso nei tre seminari.

La presente proposta è avanzata dalla redazione della rivista «L'Ippogrifo» a:

dr. Ciriani, Assessorato alla Programmazione sociale, Provincia di Pordenone;

dr. Zanolin, Assessorato alle Politiche sociali, Comune di Pordenone;

prof. Collaoni, Assessorato all'Istruzione e alla Cultura, Comune di Pordenone;

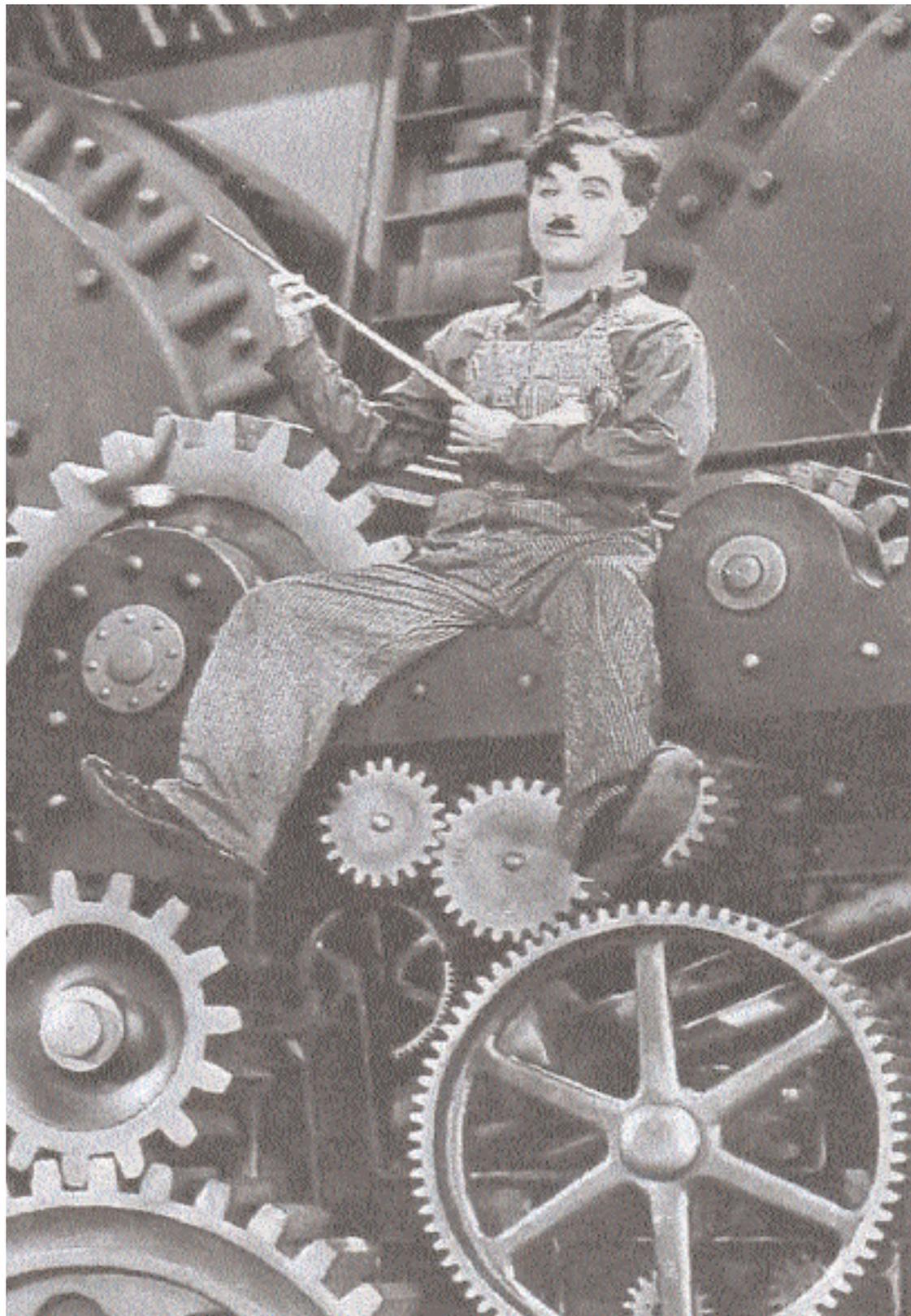
dr. Delli Quadri, Direzione Ass6;

dr. Bomben, Distretto urbano, Ass6;

prof. Chiarotto, Liceo “Leopardi-Majorana”;

dr. Cassin, Dipartimento di Salute Mentale, Ass6;

ai Presidenti delle Cooperative sociali ACLI, FAI, Itaca.



INDICE

Per un orizzonte di dignità sociale

di Fabio Fedrigo

PAGINA TRE

IL PIACERE DEL LAVORO NELL'EPOCA DELLE ISTITUZIONI-AZIENDA

La sopravvivenza degli operatori

di Francesco Stoppa

PAGINA SETTE

Servizi o istituzioni?

di Marco Cerri

PAGINA TREDICI

Commenti di:

Alessandro Ciriani, Giorgio Simon, Fulvio Tesolin

PAGINA DICIASSETTE

Il piacere di riderci un po' su (seriamente)

di Andrea Appi

PAGINA VENTITTE

Linguaggio poetico, linguaggio clinico

di Antonello Correale

PAGINA TRENTA

Commenti di:

Mario Colucci, Elio Campiutti

PAGINA TRENTASETTE

Più nodi o più buchi?

di Angelo Cassin

PAGINA QUARANTADUE

Commenti di:

Lucio Bomben, Antonio Gabrielli, Giovanni Zanolin

PAGINA QUARANTASEI

Chi si prende cura della salute mentale

Tavola rotonda

PAGINA CINQUANTACINQUE

Interventi di:
*Sergio Chiarotto, Ardea Moretti,
Leopoldo Peratoner,
Roberto Bagnariol e Mario Novello*

Appendice

Per non concludere qui
La Redazione

PAGINA SESSANTACINQUE

La realtà e le prospettive
del lavoro in rete

PAGINA SESSANTASEI



PROVINCIA DI PORDENONE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASS. COOP. SOCIALI (IACA, DAL ACEL, MONTEGILIO,
ALL. "ENZO SARLI", LICEO "GIOMADI-PAGGIARANA", RIVISTA «L'IMPOGNITO»

Il piacere del lavoro nell'epoca delle istituzioni-azienda

Giornata di studio e riflessione in occasione della pubblicazione del libro di Francesco Stoppa
«La prima cura dopo il Paradiso. Per una poetica del lavoro nelle istituzioni (ed. Boringhieri)»

PORDENONE, VENERDÌ 4 MAGGIO 2007

ore 8,30-17,00

Sala Consiliare della Provincia di Pordenone - Corso Garibaldi

Linguaggio poetico, linguaggio clinico

Antonello Corrao

Servizi o istituzioni?

Marco Cerri

Più nodi o più buchi?

Il lavoro di rete fra retoriche e pratiche reali

Angelo Casarin

La sopravvivenza degli operatori

Francesco Stoppa

TAVOLA ROTONDA

Chi si prende cura della salute mentale di quanti lavorano nelle istituzioni?

Roberto Bagmarol, Sergio Chiarotto,

Ardea Moretti, Mario Novello,

Leopoldo Peratoner

Interverranno inoltre: *Andrea Appi, Lucio Bomban,
Andrea Buiatti, Elio Campiutti, Alessandro Ciriani,
Mario Colucci, Piermario Di Virlizzi, Fabio Rodrigo,
Antonio Gabrielli, Margherita Gobbi, Giorgio Simon,
Fulvio Vissolati, Giovanni Zanolin*