

The development of organizational skills in a Service for Mental health in Rome

Luca Bellavita*

Abstract

Starting from the position of trainee psychologist, this paper presents an intervention aimed to produce resources for the clinical activities pursued within a team of the Service for Mental Health. The purpose of the intervention is making thinkable the interaction between Services rather than individual differences, to treat the so called "complex cases" which seem not to benefit from the usual outpatient care, resulting in a chronic relationship between Service and patient and the increase of the economical and social costs. There is the hypothesis that the complex cases make it clear that the medicalising culture centered on the cure of the individual is a failure, when the healing is an unobtainable goal.

Keyword: services for mental health; mental health networking; clinical psychological intervention; social mandate; demand.

* Psicologo clinico, specialista SPS. Email: lucabellavita@hotmail.it

Bellavita, L. (2017). Sviluppare competenza organizzativa entro un Centro di Salute Mentale di Roma [*The development of organizational skills in a Service for Mental health in Rome*]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 54-68. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Sviluppare competenza organizzativa entro un Centro di Salute Mentale di Roma

Luca Bellavita*

Abstract

A partire dal ruolo di psicologo tirocinante entro un Centro di Salute Mentale (CSM) romano, questo scritto resoconta un intervento teso a produrre risorse per le attività cliniche di un'équipe del CSM stesso. L'obiettivo dell'intervento è rendere pensabile l'interazione tra Servizi invece di agirne le contrapposizioni individuali, per trattare i cosiddetti "casi complessi", che paiono non trarre giovamento dalle usuali prese in carico ambulatoriali con conseguente cronicizzazione del rapporto Servizio-cliente e aggravio di costi economici e sociali. Si fa l'ipotesi che i casi complessi rendano evidente il fallimento di una cultura medicalizzata centrata sulla cura dell'individuo, quando la guarigione è obiettivo irrealizzabile.

Parole chiave: servizio di salute mentale; reti per la salute mentale; intervento psicologico clinico; mandato sociale; domanda.

* Psicologo clinico specialista SPS. Email: lucabellavita@hotmail.it

Bellavita, L. (2017). *Sviluppare competenza organizzativa entro un Centro di Salute Mentale di Roma [The development of organizational skills in a Service for Mental health in Rome]. Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 54-68. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

I principi della riforma Ter: Autonomia, responsabilità e risorse limitate

Nel 1999 l'Italia, con altri 18 paesi membri dell'Unione Europea, entra nella zona euro. Il cambio di valuta, caldeggiato dall'allora Presidente del Consiglio a capo di una coalizione di centro-sinistra, diventa concreto nel 2002; in questi tre anni, riemergono con nuovo vigore o appaiono ex novo, parole che recepiscono culture¹ entro lo scenario sociale: euro, Europa, parametro, Maastricht, patto di stabilità, contenimento della spesa pubblica. I limiti imposti da Bruxelles a una finanza pubblica italiana "allegra"², la difficoltosa emersione da una fase recessiva attraverso gli anni '90, l'avvenuto disfacimento dei pilastri ideologici (cattolico e comunista), che disegnavano valori della convivenza e le forme-partito note come "prima repubblica" (Crainz, 2016), sanciscono il confronto con una ruvida realtà: le risorse economiche e sociali non sono illimitate e si deve ripensare l'assetto della spesa pubblica, riorganizzando la macchina dello Stato (burocrazia, tessuto industriale, welfare, rapporto pubblico/privato, etc...), pena una nuova fase di depressione³. Campeggia sui titoli dei maggiori quotidiani italiani l'antinomia emozionale *Dentro* (l'Euro) – *Fuori*⁴, a definire le posizioni identitarie di gruppi sociali entro il dibattito pubblico; chi si prodiga in un fiducioso *endorsement* europeista come Padoa Schioppa⁵ su *La Stampa* del 15/05/2000: "[...] in Eurolandia oggi c'è più stabilità di prezzi di qualsiasi altro periodo degli ultimi vent'anni" (p. 1). E chi invece reagisce ai venti anomici della finanza globalizzata sventolando il vessillo della micro-appartenenza⁶ comunitaria, Bossi al congresso del Carroccio del gennaio del 2002: "[...] Noi della Lega siamo contro il Superstato giacobino e continueremo a batterci con i popoli d'Europa che vogliono un'Europa dei popoli [...]" (<http://www.leganord.org/>).

In questo clima culturale il ministro Bindi lancia la terza⁷ Riforma complessiva della Sanità, i cui effetti sono vividi a tutt'oggi.

Non è qui pertinente una disamina approfondita del Decreto Legislativo 229/99, ma alcuni elementi, indiziari di una cultura che lo organizza, sono utili per meglio seguire le ipotesi espresse di seguito. Proverò a riconoscere alcune dimensioni emozionali a cui alludono parole quali autonomia, responsabilità e risorse; nell'ipotesi che tali emozioni organizzino rapporti tra Stato, Servizi e cittadini.

I principi ispiratori della cosiddetta Riforma Ter del 1999⁸ si articolano per aree tematiche (regionalizzazione, aziendalizzazione, quasi-mercato, ecc...), che penso entro le dimensioni emozionali

¹ Intendo per cultura una emozionalità condivisa entro un sistema sociale che dà senso alla convivenza. Si veda Carli, 1990.

² Espressione dei deputati della Destra storica ai danni dei colleghi di Sinistra capeggiati da Depretis. Si allude ad un uso poco responsabile della spesa pubblica, infatti, tra il 1880 e il 1897 il debito pubblico italiano passa dal 87% al 120%. Ricordo, *en passant*, che negli anni Ottanta del secolo scorso il rapporto Debito/PIL aumenta dal 56 % al 94% alle soglie di tangentopoli (Romanelli, 2001).

³ In economia, la fase discendente del ciclo economico, che segue alla crisi ed è caratterizzata da ristagno negli affari, discesa dei prezzi, liquidazioni, fallimenti, disoccupazione; anche, la situazione di un paese o di una regione in cui il livello dell'attività economica appaia inferiore a quello di altri periodi o a quello di altri paesi o regioni nello stesso periodo (Vocabolario Treccani).

⁴ Intendo un "dentro" come appartenenza emozionale. Che cementa una convivenza emozionalmente scontata; possibile solo se si configura un "fuori", estraneo e simbolizzato come nemico. Si veda Carli e Paniccia, 2002.

⁵ Tommaso Padoa-Schioppa è stato Ministro dell'Economia e delle Finanze nel secondo Governo Prodi (17 maggio 2006 – 8 maggio 2008); fino al maggio 2008 ha presieduto il Comitato Monetario e Finanziario Internazionale (IMFC) del Fondo Monetario Internazionale (FMI).

⁶ Intesa come cultura che fonda un vissuto d'appartenenza su un intreccio di elementi: prossimità geografica, consanguineità, corporativismo di mercato e rapporti diretti tra membri di una comunità. La coesione difensiva interna contro l'estraneo di cui diffidare, la tradizione, il noto e prevedibile fa da *ubi consistam* di un'identità in cui riconoscersi.

⁷ La prima: Legge 833/78 con l'istituzione del SSN durante la travagliata fase di compromesso storico; la seconda: Decreti Legislativi 502/92 (De Lorenzo) e 517/93 (Garavaglia) con la prima riforma del SSN; la terza: Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

⁸ Rilevo quanto in un momento storico (1999-2002) caratterizzato da una tendenza aggregativa sovranazionale per cui si trasferiscono poteri (economici e legislativi) dallo Stato all'Unione Europea, la politica interna sembra orientarsi in senso inverso: più competenze a regioni ed enti locali. In sintesi, la preoccupazione del governo di contenere i costi, assicurando il rispetto dell'articolo 32 della costituzione ("La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. [...]") e di preservare un'identità particolare nei confronti dei paesi membri in seno all'Unione Europea, si traduce in una forte "spinta" al processo di regionalizzazione. Sulla falsa riga delle riforme precedenti (L. 833/78, D. Lgs 502/92, D. Lgs 517/93), si assume che le amministrazioni locali presidiando il territorio possano meglio intercettare i bisogni dell'utenza, modulando l'operatività dei Servizi Sanitari e definendone priorità e obiettivi specifici. A questo trasferimento di competenze gestionali, corrisponde una maggior quota di responsabilità per quanto concerne il bilancio

autonomia–responsabilità. Nella mente del legislatore, il binomio autonomia-responsabilità pare legato da un rapporto di proporzionalità diretta; “Autonomia” (dal gr. *αὐτόνομος*; che potremmo tradurre: che si dà legge o che si regola, da sé stesso) e “responsabilità” (dal lat. *respondere* cioè rispondere ma con terminazione – *bilem* che accenna a facoltà di operare. Vale: chi è garante di qualcosa o per qualcuno). L’autonomia, assunta come valore in sé, richiama una liberazione dai vincoli della relazione con l’altro, un’attesa diffidente entro il rapporto con un’estraneità non assimilabile a sé. L’autonomia per estremo, rifugge la condivisione di regole del gioco (Carli & Paniccia, 2003), viceversa gioca con regole che fa e disfa in maniera illusoriamente indipendente da un contesto visto come limite *soffocante*. La dipendenza, quale dimensione emozionale che ogni rapporto con l’estraneità implica (Fornari, 1981), viene simbolizzata quale ostacolo alla possibilità di esprimere la propria onnipotenza. Quest’ultima, identificata col valore personale entro una cultura individualista fortemente accentuatasi in Italia a partire dagli anni ’80, è confusa con la professionalità (Paniccia, 2013). Si capisce la problematicità di una premessa del genere entro un sistema sanitario organizzato come servizio integrato composto da svariate professionalità interdipendenti. Inoltre, ogni servizio implica un cliente. Cliente che esprime una soggettività, un desiderio di contrattazione del senso del rapporto, un rifiuto di assimilazione passiva ad un modello standardizzato o “congruo” di chiedere aiuto, un rifiuto di adeguarsi ad una burocrazia che fa da livella sdifferenziante, per la quale gli utenti devono assumere un ruolo e una funzione chiari, come i dipendenti. Può l’operatore sanitario entro una fantasia di autonomia cogliere la peculiarità di una domanda del cliente? Domanda che implica contrattare una reciprocità, “una legge comune” entro il rapporto? Sembrano necessarie categorie di lettura di contesti emozionati per sottrarsi alla infinita variabilità della pretesa individuale.

Per quanto concerne la responsabilità, la si può immaginare come un contrappunto all’autonomia (quasi un monito a ricordare che si deve pur rispondere a qualcuno!); tuttavia l’accento pare messo su termini strettamente economico - gestionali. Il processo di aziendalizzazione previsto dalla Riforma Ter statuisce un sistema di programmazione e controllo fondato sul principio dell’efficienza (costi/output) ed efficacia (grado di scollamento del dato in output da un modello teorico), in ordine ai quali si articolano i Centri di responsabilità (Cdr): “Unità organizzative aziendali in cui la responsabilità per i risultati delle operazioni svolte è attribuita al manager che ne è a capo. I Centri di responsabilità sono utilizzati nel controllo direzionale in quanto consentono di rilevare gli effetti delle decisioni dei loro responsabili” (<http://www.simone.it>)

Ma quali i modi di verifica del lavoro? Sebbene insieme agli aspetti quantitativi (es: efficacia = n° pazienti dimessi in un anno), siano menzionate espressioni come “qualità della vita”, tale costrutto non ostensibile, risulta difficilmente operazionalizzabile. Il Direttore Generale dell’Asl (DG) previsto dalla normativa quale responsabile del governo dell’azienda, può esser dotato di competenze tecnico-manageriali e tuttavia sprovvisto di strumenti di analisi dei problemi di convivenza, che l’espressione “qualità della vita” sottende. Da ciò emerge una linea di sviluppo interessante per quanto concerne la psicoanalisi che si occupa di intervenire entro i contesti; contesti simbolizzati emozionalmente (Carli, 1990), che si fa fatica a capire utilizzando esclusivamente categorie economiche o derivanti dalle scienze mediche.

La risposta dei Servizi sanitari immersi in una cultura fondata sulla cura dell’individuo – autonomo (che pur si vuole dipendente in quanto “paziente”), non riesce a trattare problemi entro relazioni che ingaggiano vissuti contraddittori (sic! *l’inconscio*), per gli operatori sanitari stessi. Ad esempio, la disattesa agita dal paziente – e spesso dalla famiglia – di una relazione di adeguamento passivo alla tecnica medica o delle regole del funzionamento ospedaliero genera conflitti a volte molto violenti, entro i reparti (Atzori et al., 2016; Paniccia, 2012).

Provo ad approfondire la questione delle risorse limitate. Perché questo, a partire dagli anni ‘90, costringe un ripensamento del modo di funzionare dei Servizi in rapporto ai loro clienti.

Autonomia, responsabilità e risorse limitate: quale mandato sociale⁹ l’Azienda Sanitaria pensa di interpretare? Userò a pretesto il modo in cui si presenta un periodico di settore nel 1999.

tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire uniformemente ai cittadini e i costi relativi. Spetta ora alla regione ripianare eventuali disavanzi maturati delle Aziende Sanitarie Locali, queste ultime collocate in una dimensione di quasi-mercato che incoraggia scelte di appalto di servizi; un modello di *managment* tipico di altri settori di mercato (centri di responsabilità, manager e consulenti esterni). Tuttavia questo processo di regionalizzazione non contempla differenze preesistenti tra le regioni stesse (tessuto economico e sociale, infiltrazioni criminali, risorse infrastrutturali, etc...): ciò aumenta le disuguaglianze e asseconda la capacità di gruppi clientelari.

⁹ La cultura di riferimento, individuabile tramite storia, leggi, letteratura, finalità perseguibili.

Salute e risorse date

Alle soglie del terzo millennio, la Riforma Ter sollecita una nuova letteratura entro un settore professionale emergente: il *management* della Sanità. È emblematico come indice di questa cultura l'esergo della prestigiosa rivista online *Care*, nata nel 1999 per offrire ai medici, amministratori, operatori sanitari spunti di riflessione sulle prospettive dell'assistenza al cittadino, nel tentativo di coniugare – entro limiti economici ed etici – autonomia decisionale, responsabilità collettiva e dignità della persona (<http://careonline.it/>).

To care in inglese vuol dire sia “curare” che: “interessarsi”; “preoccuparsi”; “tenerci”; “prenderci cura”. Nel numero marzo-aprile 2002, dietro il titolo *Care* si staglia un disegno (*Figura 1*).

Figura 1



Un funambolo sospeso su di un filo, che si cimenta nel rischioso attraversamento tra un piatto e un altro di un'enorme bilancia sospesa nel vuoto. A una prima lettura didascalica, l'immagine mi evoca il difficile compito di bilanciare pesi differenti al fine di preservare un equilibrio tra parti. La bilancia rappresenta storicamente un passaggio epocale entro i rapporti tra culture antiche: al baratto, oggetto di una rischiosa arbitrarietà tra le interpretazioni dei contraenti, si sostituisce gradualmente un elemento terzo; ora, il peso può garantire una commensurabilità tra le merci.

Gli Egizi ne fanno strumento divino atto a soppesare il valore delle anime. Per i Greci la titanide Themis brandisce una bilancia nella mano sinistra, in ordine al suo ruolo di garante di giustizia entro la convivenza della polis.

Riassumo: giustizia, valore etico – economico, scambio, merce, equilibrio tra corpi. In esergo alla Rivista si legge: assistenza, limiti economici – etici, autonomia, responsabilità. Se pensiamo i gruppi di parole citati, come tracce di una cultura in cui è immerso questo periodico di settore, emergono temi di riflessione interessanti, vediamo alcuni. È assente da questo scenario la domanda di un cliente (Carli & Paniccia, 2003) che si rivolge al Servizio sanitario. Si parla di “cittadino”, ruolo socialmente definito da un'appartenenza scontata: l'anagrafe, precisi diritti e doveri. Quindi il cittadino si rivolge alla Sanità, identificandola quale interlocutore competente ad assisterlo; con quali obiettivi è questione da capire. Fermiamoci sull'etimo di assistere per capirne alcune implicazioni emozionali. Dal Lat. “Ad” a, appresso e “sistere”, fermarsi: stare presso. Il verbo ammette il senso transitivo: *soccorrere, coadiuvare qualcuno*; non coincide con l'atto medico del curare ma è più simile ad un prendersi cura, accompagnando.

Seguitando la nostra breve esplorazione, entro la cultura italiana *chi* assiste? La Chiesa in ordine al precetto della Carità, lo Stato entro i valori della Costituzione incarnata nel welfare, la donna (Dal Passo, 2015). Nella società italiana segnatamente patriarcale, almeno fino agli anni '60, la donna implicata prevalentemente entro la cura della prole e della casa (“l'angelo del focolare”), sembra assumere una naturale attitudine ad accudire ed assistere chi vive una condizione di non autosufficienza (bambino, malato, anziano, indigente), in una mistificazione che, naturalizzando una condizione culturalmente costituita, confonde il *maternage* biologico

con una competenza professionale¹⁰. Assistere di per sé non definisce obiettivi entro l'intervento. Fuori da un modello medico centrato sulla salute dell'individuo – che nell'ubi consistam della fisiologia trova il suo senso – *Care* ci parla di valori: alcuni mutuati dalla tradizione cattolica e assorbiti dai padri costituenti come la “dignità della persona” (De Rosa, 2004), altri politicamente ascrivibili ad una cultura di matrice weberiana e comunista “la responsabilità collettiva”. L'operatore sanitario deve assistere il cittadino nei limiti di una dimensione *etica* ed *economica*, leggiamo.

Dando una scorsa ad alcuni numeri della Rivista pubblicati dal 1999 al 2002¹¹, fuori dal termine “cura” e quindi dall'espressione di un paradigma relazionale medico-paziente, latitano categorie di analisi di problemi di convivenza. Si dà per scontato l'essere a valle di un processo che designa un paziente ed uno specialista entro un modello di relazione individuale ed inclusiva fondata sulla prevedibilità di ruoli e attese reciproche (Paniccia, 2012). Il senso dell'operare clinico si esaurisce nel fare diagnosi-prognosi-terapia, contenendo i costi: una tecnica espressa nel rapporto costi/benefici, efficacia dei farmaci, compartecipazione del cittadino ai costi dell'assistenza tramite il ticket. Pur considerando l'utilità di categorie economiche nella gestione di un funzionamento organizzativo e la indispensabile competenza tecnico-specialistica dell'operatore curante, rimangono in modelli relazionali che ragionano entro la possibilità di modificare un contesto e il comportamento di chi vi partecipa attraverso il potere di adeguare e prescrivere. Ciò che entro il rapporto di assistenza ad un cliente, non si allinea a questi dispositivi di controllo ed attenuazione della variabilità soggettiva, come sarà trattato nel processo organizzativo? E la soggettività e la creatività degli operatori stessi, come può esser messa al servizio dell'organizzazione sanitaria? Se l'organizzazione non è pensata creativamente e si basa su ruoli che fondano prassi fisse a cui adempiere, le risorse non possono essere prodotte; saranno quelle finite entro un contesto dato, da conservare o allocare come parrà opportuno: trattate come un corpo fisico, che consumandosi deve essere contrappesato.

Sulla scia di quanto detto sinora, propongo un'esperienza di lavoro tutt'oggi in corso, da me svolta nel ruolo di tirocinante psicologo presso un Centro di Salute Mentale (CSM) di Roma. Il mio impegno è centrato sul definire una funzione psicologica in contesti di assistenza sanitaria, ove sia l'obiettivo della cura del malato quanto la sua educazione a modelli di convivenza conformistici, appare francamente irrealizzabile. In questo lavoro ripenso, insieme all'équipe G¹², metodi e obiettivi dell'assistenza entro categorie psicoanalitiche. Seguo l'ipotesi che pensando l'organizzazione sia possibile riconoscere e sviluppare risorse per intervenire.

Fase istituyente: La riunione d'équipe G

Contatto il dr. V, psicologo del CSM resosi disponibile a farmi da tutor per il tirocinio, al quale avanzo il desiderio di attendere al tirocinio presso il CSM, fissiamo un incontro. Mi presento con l'idea di pensare un setting di formazione ma ben presto mi rendo conto di avvertire una certa confusione circa il perché mi trovi lì e che cosa stia facendo; sono centrato sul fare buona impressione, preso nell'emozionalità scontata dello scolaro che deve prendere un buon voto. Recuperando il contesto con l'aiuto del tutor, decidiamo che andando oltre la mia smania di fare la psicoterapia è utile partecipare alle riunioni d'équipe e alla fase di assegnazione delle nuove domande in entrata, nell'ipotesi che le dinamiche organizzative, intese come simbolizzazioni emozionali agite entro il contesto, informino quello che accade nell'incontro col paziente. I momenti di vita del CSM inizio a leggerli come parte di un unico processo di intervento clinico. Ho il vissuto di una grande famiglia fondata su un'amicalità scontata e sulla bonifica della differenza; tutti si danno del tu, parlano in dialetto, si scambiano battute ironiche, mi sembrano “già noti” nella prevedibilità del personaggio. Questa mia fantasia iniziale poggia sulla ricerca di un'appartenenza professionale prevedibile e rassicurante, che insegnandomi cosa fare e come farlo, mi sollevi dall'onere di costruirlo gradualmente a partire dalla mia

¹⁰ Il regio decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832 istituisce le scuole per infermiere; le donne sono ammesse ai corsi (alcuni dei quali in economia domestica), sulla base della licenza elementare e di una lettera di raccomandazione a garanzia della moralità della candidata, siglata da due persone “rispettabili” conosciute dalla scuola. Insomma, mentre è esplicita la richiesta di adesione ad un modello conformistico di rapporto, sembrano marginali altre categorie pertinenti al selezionare una competenza specifica. Le aspiranti infermiere entrano in un sistema formativo di professionalizzazione dell'assistenza, intesa prima come supporto alla non autosufficienza dell'infermo, poi come tecnica di azione sul corpo del malato subalterno all'atto medico.

¹¹ Periodo individuato in premessa: fase istituyente della riforma Ter. A titolo di esempio il numero marzo-aprile, 2002: http://careonline.it/wp-content/uploads/2008/08/care_2_2002.pdf.

¹² L'équipe che chiamerò per convenzione “G” è composta al momento da: 2 psichiatri, di cui un capo équipe, 3 infermieri, 3 psicologi (tra cui io, nel ruolo di tirocinante).

solitudine. Pensandola oggi, come traccia di una cultura del Servizio, faccio l'ipotesi che agire una fantasia di "possesso che definisce l'altro", cliente o collega che sia, ognuno scolpito con le proprie "fisime" entro ruoli stereotipati ad emozionalità prescritta, sia un modo per stemperare difensivamente la differenza: il disaccordo, l'imprevedibilità. Il che comporta collaborare attorno a questioni condivise *da* pensare, competenze differenti da integrare. Ciò entro una cultura aziendale ove la preoccupazione di mostrarsi inattaccabili da un *fuori* vissuto come persecutorio, rischia di agire la fantasia di *concedere* o *rifiutare* – sia al paziente che agli operatori – invece che analizzarne la domanda. Un certo senso di demotivazione che vivo entro il CSM, faccio l'ipotesi che parli di una emozionalità che condivido con i dipendenti, scollata dal processo organizzativo e implicata in simpatie e preferenze di collaborazioni *ad personam*. Mi sembra faticoso costruire un'appartenenza fondata sulla condivisione di obiettivi entro una *vision* di Servizio; emblematico a tal proposito è la celebrazione di "centri di confronto operativi" estemporanei: corridoi, macchinette del caffè, ecc... spazi utili ad organizzare interventi, a contattare colleghi per cooperare, ma scollati da un contesto simbolico, il Servizio, a cui dare conto e con il quale misurarsi professionalmente. Nella riunione d'équipe G diventa un attacco mettere in discussione prassi o interrogarsi sulle funzioni da agganciare al ruolo: non mi sembra condiviso un senso circa gli obiettivi e i metodi del riunirsi.

Durante questi incontri mi sento annoiato (in assenza di rapporto con qualcosa che mi concerne) e irritato (sono pure obbligato a "starci"!), come imbrigliato in una sorta di eterna commedia che riconferma le aspettative reciproche. Insomma, mi sollevo dalla fatica di costruire un senso del tirocinio, giudicando gli altri dal "di fuori". Probabilmente dentro di me si agita il fantasma dell'invidia di chi è escluso dai giochi, a cui mi aggrappo ferocemente. Di qui provo a pensare il mio ruolo: da tirocinante posso veicolare un frammento di estraneità e di reale in questo scenario di coazione a ripetere seppure mi vivo in parte assimilato. Questa mia fantasia di assimilazione se pensata detta una traccia: o ti adegui conformisticamente ad un ruolo scontato¹³ o ti senti pericoloso.

Qual è la minaccia? Alcune ipotesi. Costruire categorie di intervento con l'altro come risorsa (cliente, collega, Servizio), entro una cultura medicalizzata genera angoscia, perché significa rinunciare ad una tecnica acontestuale che risolva. Questo modo prevalentemente "medico e positivistico" di organizzare i rapporti sia tra operatori che con i clienti, mi sembra ricalcare la logica del tecnico che con un atto sostitutivo interviene su un oggetto-paziente. Se tale modello può funzionare quando si tratta di un corpo malato su cui intervenire, mi chiedo se nell'ambito della Salute Mentale non serva (anche) una competenza di tutt'altro ordine; scrive Rosa Maria Paniccia (2012), a proposito dell'intervento clinico secondo azioni sostitutive o integrative:

Nella prima modalità si interviene su fatti, attraverso azioni fondate sulla tecnica e sul potere di modificare gli eventi dato da quella e dalla presa di decisioni. Definiamo queste azioni, sulla base dell'uso che ne fa chi ne fruisce, sostitutive di una sua competenza mancante, affidata a un tecnico; il contesto in cui questa prestazione avviene è dato, nel senso che la prestazione tecnica è conforme ad esso; l'esito atteso è che un problema del profano venga risolto dal tecnico. Nella seconda si interviene sui vissuti, istituendo relazioni capaci di pensare le dinamiche collusive che le organizzano e che reificano i vissuti in fatti, recuperando con ciò le risorse che derivano dal tornare a pensare ciò che senza questo setting appare come un fatto. Il contesto è costruito dal recupero delle risorse così attivato. La manutenzione della relazione che recupera risorse nel riconoscere l'emozione che era stata reificata, è integrativa poiché se ne può fruire solo sviluppando competenze (pp. 165-166).

Integrare nel CSM vuol dire recuperare l'alterità dell'altro; il suo implicarsi emozionato in un pensiero attorno ad un problema condiviso, aprire a nuovi significati: questo è il prodotto dell'intervento. Alterità significa anche presentificare un contesto del quale render conto, sancendo un limite all'onnipotenza individualista spesso confusa col valore professionale. Penso che la fatica di mettersi in discussione, entrando in rapporto con un proprio mancante, si rifugi nella fantasia di essere funzionale ad un apparato tecnico (Galimberti, 1999): piuttosto che implicarsi emozionalmente e farsi carico di un proprio desiderio di partecipazione all'organizzazione, ci si siede in un adeguamento passivo/rassicurante e nella sterile lamentazione.

¹³ Agire l'antinomia pensiero/azione: o proponi azioni risolutorie del problema discusso o fai uno sterile *pippone!*. Ricordo che le riunioni d'équipe hanno duplice funzione: capire e intervenire; la funzione di modellizzazione del problema non può essere scissa dalla governance operativa dello stesso. I due piani nel contesto che descrivo mi paiono spesso confusi.

Dal ruolo di tirocinante, agito da una persona che “*non sa*” per definizione, posso fare domande circa il senso di un intervento. Allora provo a fare da collettore, a ricomporre questa scissione tra operatori che rivendicano il loro essere individui autonomi e slegati da un contesto condiviso, contribuendo ad attivare un pensiero su obiettivi. Recupero una traccia che attraversa la storia delle nostre riunioni, avendo cura di rimettere al centro ciò che ci siamo detti lo scorso incontro ciò che ci proponiamo di fare. I resoconti invitano a stare su un problema. Nell’ipotesi che sia necessario, per istituire un setting di lavoro, recuperare le sequenze di rapporti, collocarle nel tempo. Tale recupero lo considero come la costruzione di un setting, ovvero di un contesto di relazione dove sia possibile pensare la relazione stessa. La costruzione del setting è il primo problema col quale mi sono cimentato, impegnandomi a non farmi risucchiare nella spirale dell’assenza di tempo; presidiandolo invece, come elemento di realtà; tenendo le fila di una storia, di quanto detto, fatto, pensato, di un progetto futuro da perseguire. Una realtà priva di strumenti di verifica tra stati differenti del processo che organizza, muta, riorganizza i rapporti tra ruoli e funzioni, tra servizio e clienti è vuota di un processo monitorabile. Ma perché i problemi col cliente sembrano emergere solo per i “casi complessi”?

Oltre la psicoterapia: Costruire una funzione psicologica entro il Centro di Salute Mentale

Come si evince dalle linee guida della Regione Lazio¹⁴ il Centro di Salute Mentale non è interessato da ricoveri coatti (cioè da emergenze secondo un criterio di rischio immediato di lesione a sé o agli altri da parte del paziente). Accoglie le domande provenienti da adulti maggiorenni residenti nel bacino di competenza (secondo un criterio di pertinenza geografica: in questo caso residenti di un Municipio di Roma). Offre trattamenti psicoterapeutici, valutazioni diagnostiche, supporto infermieristico, progetti riabilitativi e di rete (monitoraggio di un percorso anche domiciliare in alcuni casi, mirato a sviluppare risorse nel contesto di vita dell’utente). È un punto di raccordo tra i vari servizi territoriali che si occupano dell’assistenza psicosociale alla persona o gruppo a rischio di marginalità. Quest’ultima funzione, fare da collettore tra Servizi per la salute mentale e il territorio¹⁵ è alla radice della cultura di deistituzionalizzazione promossa dalla L. 180 che nel più ampio quadro della L. 883/78 (oggi arrivata alla seconda revisione entro la già citata riforma Ter), incoraggia la territorializzazione dei Servizi sanitari.

Interpretando questo mandato, gli operatori del CSM sviluppano una rete di risorse entro il territorio: incontrando parenti del paziente domiciliariamente; mantenendo contatti con agenzie che organizzano attività culturali e di socializzazione; progettando interventi con altri presidi sanitari pubblici. Tali attività tuttavia, seguono una logica vissuta come spontaneistica ed estemporanea, non messa a sistema entro il Servizio in un sapere condiviso che fondi una prassi di intervento. Resocontare e rendere pensabile l’interazione tra Servizi invece di agirne le contrapposizioni individuali è la questione di cui mi sono occupato. Riconoscendomi implicato in un ordine di rapporti (Tirocinante-SPS-CSM), ho provato a tenere insieme l’interesse formativo alla psicoterapia entro un’istituzione pubblica, l’appartenenza ad una comunità scientifica che si interroga sui nuovi contesti¹⁶ degli psicologi e la domanda del CSM che inserisce tirocinanti entro una fase di riassetto organizzativo connesso alla drastica contrazione delle risorse pubbliche. Partecipare alle riunioni d’*équipe* G, alle riunioni accoglienza¹⁷ e interessarmi del lavoro degli operatori dell’azienda tenendo a mente *a chi* può essere utile il mio lavoro, mi porta a parlare con le persone coinvolte in questo processo organizzativo entro i differenti ruoli che interpretano. Gradualmente raccolgo indizi emozionati, utili a situarmi in un dispositivo simbolico (Levi Strauss, 1949/2003) con una storia e leggi non scritte, che orientano collusivamente i rapporti entro il Servizio e con il territorio (Carli, 1990).

Gradualmente colgo una mia possibile funzione. Entro l’*équipe* G ci interroghiamo costantemente su quali obiettivi perseguire nei cosiddetti “casi complessi”. Riformulo la definizione di “casi complessi” come quei contesti di intervento in cui si fa fatica a sviluppare un pensiero sulle emozioni agite attraverso categorie e

¹⁴ Per un approfondimento vedi: http://www.dsmrmh.altervista.org/legislazione/Tutela%20Salute%20Mentale_%2019992001%20Regione%20Lazio.pdf

¹⁵ Ad es: garantire la continuità di un progetto terapeutico, in momenti di raccordo con l’SPDC, Centri diurni, mondo del lavoro, Case-Famiglia, etc. ...

¹⁶ Ove per contesti si intende la condivisione di simbolizzazioni emozionali agite entro un sistema di rapporti (Carli, 1990).

¹⁷ Gli utenti arrivano al CSM attraverso invii da: medici di base, altri presidi ospedalieri psichiatrici (SPDC), agenzie sociali formali o informali in rapporto col CSM. Oppure perché recatisi *motu proprio* in cerca di un aiuto che ne accoglie il disagio. Un giorno a settimana, si svolgono le riunioni che hanno come obiettivo l’assegnazione dei nuovi casi in entrata: il prodotto sarà designare chi (quale/i operatore/i), si occuperà del progetto terapeutico.

metodologie di intervento usualmente adottate¹⁸. Metto a fuoco una domanda: costruire categorie per intervenire entro questi casi. Per fare ciò concordo un metodo:

- 1) Occuparmi del funzionamento di quegli spazi di pensiero interni al CSM (riunioni), entro i quali gli operatori riflettono sul processo organizzativo in termini di verifica degli interventi.
- 2) Promuovere lo sviluppo di spazi di raccordo sistematici, con agenzie sociali e istituzioni che operano per la salute mentale.

Il CSM come setting di raccordo: Costruire risorse

In letteratura, non ho riscontrato molte teorizzazioni dell'intervento entro i casi complessi. Prendo a pretesto il lavoro di Silvestro e colleghi (2009) che elaborano il "Modello di analisi della Complessità Assistenziale" (MAC) di stampo infermieristico. Gli Autori a partire da alcune variabili (stabilità/instabilità prognostica; livello di comprensione/scelta del paziente; livello di autonomia/dipendenza delle cure), formulano un progetto di assistenza che mira a tessere una continuità tra la presa in carico ospedaliera e le cure diffuse sul territorio. La centratura dell'intervento si vuole focalizzata sul contesto: per cui si pensa un'assistenza integrata *al paziente e ai caregivers* da attivarsi quando il progetto di vita della persona è compromesso/invalidato oppure necessita di essere riportato alla possibilità di essere gestito direttamente dalla persona/caregiver (Silvestro et al., 2009). È interessante lo spostamento da un modello individualista che prevede il paziente designato e la sua patologia, ad una riflessione sul sistema di rapporti (i caregivers) entro i quali l'infermiere è chiamato ad intervenire. Tuttavia, l'espressione si colloca *a valle* di un processo di coinvolgimento del paziente e di chi se ne occupa; entro tale processo, è necessario condividere ipotesi, metodi e obiettivi di lavoro.

Questo lavoro di costruzione di committenza comporta avere a che fare con il modo in cui chi partecipa all'assistenza simbolizza emozionalmente il contesto che si condivide (Carli, Paniccia, & Grasso, 2007).

Costruire categorie che siano in grado di individuare e trattare i vissuti implicati nel rapporto tra Servizi sanitari e loro clienti è un modo di lavorare psicoanaliticamente. Lo ritengo utile soprattutto nei casi in cui la cultura della cura dell'individuo fallisce, evento tutt'altro che raro nei contesti di cura della malattia mentale, e diviene centrale una competenza a pensare emozioni come metodo per sviluppare convivenza. Convivenza turbata dalla difficoltà del malato mentale, soggetto per altro definito dal non essere in grado di usare una competenza collusiva per orientarsi entro i rapporti, di adeguarsi a modelli conformistici dello stare insieme, ad esempio; ove chi ne è implicato propone vissuti di isolamento, marginalità, obbligo, violenza, assenza di una progettualità futura su cui investire. Da tirocinante ho contribuito a avviare una riflessione sistematica su questi casi, interessandomi alle tipologie di collaborazioni che il CSM implementa con altre organizzazioni che intervengono sul territorio, (Cooperative, Centri Diurni, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura¹⁹, Municipio, etc...), fino a candidarmi come collaboratore entro un progetto interistituzionale avviato da uno psichiatra e da una psicoterapeuta dell'équipe G.

Il progetto Gruppo di Raccordo Interistituzionale (GRI)

Il mandato sociale del CSM sollecita la costruzione di rapporti d'interdipendenza e integrazione di competenze per la promozione della salute mentale, con l'obiettivo di perseguire una maggiore efficacia di intervento ottimizzando le risorse per rispondere alle domande "complesse" del territorio. Le linee guida della Regione Lazio indicano il Centro di Salute Mentale come sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, relativamente al territorio di competenza, tramite l'integrazione funzionale con le attività dei Distretti. In particolare, sottolineo alcuni obiettivi che la Regione pone:

¹⁸ Categorie mediche, prescrittivo-educative o fondate sulle capacità di "pensiero su" le emozioni agite entro una psicoterapia; terapia psicofarmacologica, colloquio psicologico ambulatoriale, assistenza infermieristica.

¹⁹ Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) provvede alla cura dei pazienti che necessitano di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero. Accoglie trattamenti volontari o obbligatori, provvede all'assistenza di pazienti in condizioni di emergenza ed è collegato al Pronto Soccorso. L'accesso al reparto avviene per invio da parte dei Centri di Salute Mentale, dei Medici di Medicina generale, dei Medici di Guardia Medica o per accesso diretto dal pronto soccorso. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è una componente ospedaliera del Dipartimento di Salute Mentale.

- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi secondo le modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza, anche negli ospedali se sprovvisti di SPDC;
- interventi di inserimento lavorativo e formazione al lavoro, di reperimento alloggi, di programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative (soggiorni, tempo libero, etc.) anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale;
- integrazione operativa sia come attività di consulenza, sia su progetti specifici con i servizi "di confine" (servizi e strutture per alcolisti, tossicodipendenti, anziani, disabili, infanzia).

Su queste direttive, il progetto che mi vede tirocinante vuole contribuire ad implementare entro il CSM la funzione di collettore tra Servizi per la Salute Mentale e il territorio. Il CSM gradualmente assume una funzione di monitoraggio clinico ad orientamento psicoanalitico per dar senso al rapporto tra le agenzie implicate nell'assistenza alla famiglia di Piera, attenzionata dai Servizi Sociali.

Il GRI è avviato dal dott. G psichiatra e la dott.ssa A psicoterapeuta del CSM che, insieme a due assistenti sociali del Servizio per Integrazione e Sostegno Minori in Famiglia (SISMIF)²⁰, se ne fanno promotori; contattano alcuni soggetti istituzionali che a vario titolo sono chiamati ad occuparsi di Piera nell'ipotesi di evitarne il ritiro di potestà genitoriale. La donna, diagnosticata schizofrenica dall'SPDC è una *revenant* dei Servizi di Salute Mentale. L'occasione da cui prende avvio il GRI è una divergenza di piani di intervento emersa tra i colleghi del CSM e la psicologa della Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSRMEE)²¹. Quest'ultima coinvolta dai Servizi Sociali per la tutela dei due figli di Piera, minacciava di allontanare i minori dalla madre diagnosticando gravi carenze di genitorialità. Psichiatra e psicoterapeuta del CSM propongono ai servizi coinvolti un lavoro di rete, supponendo che, fosse possibile prevenire gli agiti violenti della donna, organizzando un contesto di rapporti in cui "contenere" le sue angosce.

Io propongo di resocontare, cogliendo il desiderio dei colleghi del CSM di essere aiutati a scrivere circa quest'esperienza. Ai membri del GRI mi presento come psicologo tirocinante del CSM che si interessa di sviluppo organizzativo, mi riallaccio alla domanda emersa entro le riunioni del gruppo G circa i casi complessi e propongo la mia funzione di testimone di questo progetto attraverso la resocontazione. La resocontazione aggiungo, sarà metodo di intervento per organizzare ipotesi e obiettivi da restituire e ricontrattare al GRI durante le riunioni. I vissuti che organizzano gli incontri del GRI e le dinamiche emozionali esperite dai partecipanti, li ho colti in stretto rapporto al problema che la famiglia porta al Servizio.

In questi sei mesi dall'inizio del lavoro, il GRI (*Tabella 1*) si è riunito una volta al mese. Attraverso il mio resocontare propongo ai colleghi strutturati un modello di intervento centrato sul pensare emozioni entro contesti (Carli & Paniccchia, 2007). Resocontare è qui inteso come modo di intervenire psicologicamente (Carli & Paniccchia, 2005). Prodotto di questa riflessione è il resoconto per condividere con altri ipotesi circa il problema sul quale si interviene, per conoscere le premesse emozionali che fondano l'intervento. La mia resocontazione degli incontri del GRI è usata *inter nos*²² come strumento di riflessione; così, tenendo a mente categorie di lettura psicologico – cliniche condivise entro il gruppo del CSM, si partecipa al GRI su una linea comune. Si fa l'ipotesi che il dispositivo di monitoraggio clinico riduca l'uso di risorse umane entro il CSM: riconoscersi entro un'appartenenza "allargata", che lavora su questioni trasversali condividendone categorie di analisi, consente di criteriare l'uso di risorse in rapporto ad obiettivi.

Al GRI partecipano anche due educatrici del SISMIF, impegnate in un intervento domiciliare di valutazione e sostegno alla genitorialità. L'intervento, dove si partecipa ai problemi nel contesto di vita del cliente, si sta rivelando un metodo elettivo di lavoro. Trattare le emozioni problematiche *nel mentre accade un evento vissuto come non affrontabile*, facilita la possibilità di individuare questioni attorno alle quali, facendone esperienza insieme, è possibile recuperare obiettivi; scongiurando una infruttuosa cronicizzazione entro il rapporto cliente-CSM.

²⁰ Servizio per Integrazione e Sostegno Minori in Famiglia: coordinamento attività di valutazione e sostegno alla genitorialità.

²¹ Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva. Unità operativa complessa del Dipartimento di Salute Mentale.

²² Entro il CSM: noi 3 implicati nel progetto e in momenti di confronto dedicati, durante la riunione allargata dell'équipe G.

Tabella 1

Ruolo	Appartenenza	Frequenza contatto diretto col cliente esterno	N°	Finalità da mandato
Ass. Soc.	Municipio di Roma	2 ore al mese	2	SISMIF (Servizio per Integrazione e Sostegno Minori in Famiglia). Coordinamento attività di valutazione e sostegno alla genitorialità.
Coordinatore SISMIF	Coop.	Al bisogno	1	Cooperativa che eroga i Servizi di assistenza domiciliare (SISMIF) in vece del municipio. Coordinamento attività di valutazione e sostegno alla genitorialità, supervisione operatrici domiciliari.
Operatori domiciliari	Coop.	6 ore sett. (3 x 2)	2	Educatrici che effettuano interventi domiciliari, valutazione e sostegno alla genitorialità.
Psicologa	TSMREE		1	Tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva. Curante minori.
Ass. Soc.	CSM RM D		1	Mediazione con Ass. soc. del municipio
Psichiatra e Psicologa	CSM RM D (équipe G)	1 ora ogni 3 sett	2	Curante Madre
Psicologo/tirocinante	CSM RM D		1	Formativa

Circa la domanda della famiglia

Non indugio sui rivoli polisemici della categoria sociale “famiglia” (Donati, 2013), mi limito a registrare il termine quale significante condiviso dalle istituzioni e dal cliente, a designare un’organizzazione composta da soggetti che si definiscono “famiglia”. In questo caso:

- Una famiglia lamenta un problema di convivenza rivolgendosi ad un Servizio di Salute Mentale.
- SISMIF e Cooperativa si attivano da mandato per la “famiglia” come gruppo sociale legato da vincoli di responsabilità giuridica, che ospita minori oggetto di interventi educativi. Il Servizio di sostegno si fonda su un qualche “deficit della genitorialità”, rintracciato dai servizi sociali.
- TSMREE che si attiva in rapporto alla diagnosi della madre dei minori assistiti. Diagnostica carenze d’apprendimento dei minori attivando protocolli di sostegno scolastico e domiciliare.

Il CSM è contattato dall’SPDC nella funzione di *case manager* in seguito alle dimissioni dall’ennesimo Trattamento Sanitario Obbligato (TSO) di Piera. Piera è madre dei due bambini e moglie di Max. L’SPDC le attribuisce diagnosi di schizofrenia e il CSM si premurerà di contestualizzare gli agiti violenti della donna, non come caratteristiche individuali, ma come espressione di rapporti violenti entro i quali è possibile recuperare un senso. Piera convoca le istituzioni attraverso il TSO e altre modalità fondate sulla pretesa di forzare l’altro a occuparsi di lei, Max in un primo momento sembra sentirsi “tirato dentro” dalle “mattate” della moglie. Poi convoca le istituzioni attraverso la sua domanda di ripristinare un controllo sulla donna; lamenta che “le cose gli sfuggono di mano”. Max si infuria con una delle operatrici attivate dal SISMIF per il sostegno alla genitorialità, perché si rifiuta di “dargli del tu”. Si gioca un “tira e molla” tra Piera, Max e i Servizi coinvolti per cui, sebbene i coniugi pretendano interlocutori competenti a dar senso alla violenza agita entro la loro turbolenta convivenza, ottengono come risposta modalità di cura che pretendono un loro adeguamento passivo. I sostegni, le valutazioni, le terapie prescritte vanno nella direzione di aggiustare il comportamento “estraneo” ed impertinente della famiglia.

Centrale per lo sviluppo di un progetto terapeutico sarà, sia per la famiglia che per i Servizi coinvolti, rivedere criticamente la pretesa assimilativa dell’estraneità.

Ciò nell’ipotesi di capire quale desiderio di collaborazione e quali obiettivi è possibile mantenere proprio a partire dalle differenti competenze integrabili in campo. Gradualmente, le rispettive estraneità potrebbero essere configurate come risorsa per emergere da un vissuto di impotenza.

In sintesi, una finalità dell'intervento entro il rapporto GRI – famiglia, è:

- 1) Sviluppare una competenza della famiglia a curare una domanda entro il rapporto con i Servizi: pensare l'antinomia inclusione/integrazione (Paniccia, 2012). Tra un'emozionalità fondata sulla pretesa violenta di assimilazione a sé e una collaborazione su obiettivi riconoscendo le rispettive differenze, facendone risorsa.
- 2) Sviluppare la competenza dei familiari a convivere: pensare l'antinomia obbligo/desiderio. Tra il confliggere o il passivizzarsi per negare differenti desideri e aspirazioni ed un senso desiderante del convivere, non esclusivamente esaurito da dimensioni doveristiche e adempitive.

La domanda del cliente e la verifica degli outcome

Come anticipato il mio lavoro entro il GRI è orientato a due clienti. Mi concentrerò sul cliente interno al Servizio, cioè gli operatori coinvolti nella costruzione di categorie di verifica del proprio intervento. Per i quali il problema è non riuscire a rispondere alle domande dell'utenza con un modello medico di presa in carico e cura individuale (pensando l'individuo malato gli interventi sono lunghi, costosi e non sempre efficaci).

Con il termine *outcome*, intendo: l'impatto o valore²³ dell'intervento dello psicologo entro il sistema cliente o più in generale entro il sistema sociale (Salvatore, 2012; Carli & Paniccia, 2013). Assumo come *outcome* dell'intervento:

- 1) La motivazione al confronto organizzativo entro le riunioni d'équipe G.
- 2) La motivazione a proseguire e sviluppare l'esperienza da parte delle istituzioni coinvolte.
- 3) La condivisione di obiettivi metodologici che ha consentito il risparmio di risorse²⁴ da parte del CSM.

Sebbene entro le riunioni dell'équipe G ci sia stato un breve periodo di interesse verso la verifica dell'intervento acceso anche dall'uso di miei resoconti circa il GRI, oggi si ritorna al "deserto". È evidente che il grado di disaffezione nel pensarsi parte di un processo organizzativo e la fatica che deriva dal mettere a verifica i propri interventi fa da deterrente. Il vissuto che gli apicali del CSM si accontentino di presidiare adempimenti burocratici fa il resto. Al tempo stesso, assumo come un indizio dell'utilità del lavoro svolto dal GRI sino a oggi la proposta delle assistenti sociali del SISMIF municipale, di allargare a nuovi utenti il lavoro del GRI. Il terzo punto desidero meglio approfondirlo perché concerne precipuamente la finalità generale di questa esperienza: individuare categorie di lettura per intervenire entro i "casi complessi".

Non tratterò in questa sede in dettaglio il "funzionamento" e gli argomenti che hanno impegnato il GRI, poiché ciò che intendo evidenziare è quanto ho capito, in questa esperienza, del rapporto tra la cultura-CSM e i suoi obiettivi organizzativi, piano nel quale mi pare ci sia uno scollamento. Propongo la tesi che nel CSM il lavoro clinico/cliente – a suo modo – funzioni; ma che si verifichi un fallimento collusivo del Servizio, quando si pensa alla relazione tra operatori; allora si vivono impotenza e isolamento.

Il "Ci penso io!" come organizzatore dell'intervento fallisce; il caso complesso – quale evento critico – fa emergere l'assenza di un contesto entro cui pensare al problema: latita un'appartenenza fondata sulla condivisione di un processo organizzativo. Questo vuoto genera confusione; una impensabilità in parte "controllata" dagli operatori secondo un'emozionalità propria del modo d'essere inconscio della mente²⁵. Riportando qualche frase tratta dalle riunioni d'équipe, faccio alcuni esempi.

- 1) Il contesto non viene visto; le sue articolazioni, i ruoli, le funzioni, le finalità, gli obiettivi, le culture presenti non sono messe in rapporto; compaiono culture come frammentate isolate, senza che si riconoscano relazioni, legami, e quindi possibili risorse entro il contesto lavorativo.

"Dobbiamo screamare! Troppa gente viene da noi al CSM!":

²³ Detto "output" professionale. Ovvero l'esito di un'azione competente dello psicologo entro il sistema professionale di riferimento (Carli & Paniccia, 2013; Salvatore, 2012).

²⁴ Più correttamente di riconoscimento e criteriamento dell'uso di risorse. Sia economicamente intese sia in termini di processo organizzativo: nessun TSO di P; riduzione della frequenza degli incontri col cliente; evitamento della dispersione scolastica e recupero desiderio formativo dei due figli di P e M.

²⁵ Faccio riferimento a Matte Blanco (1975/1981). L'Autore riprende la prima topica freudiana: condensazione, spostamento, assenza di negazione, assenza di tempo, sostituzione della realtà esterna con la realtà interna.

un “dentro” da difendere separandolo da un “fuori” persecutorio.

“Non parlo del mio lavoro in équipe, mi sento giudicato”: implicazione professionale “autonoma”, senza verifica organizzativa.

“Non ho bisogno della riunione d’équipe. Se mi serve una mano da qualcuno, vado direttamente a chiedere”: intervento professionale individuale scisso da un contesto organizzativo.

“Sì, pensare, pensare... ma io a questi glie la devo dà ‘na risposta!”: azione senza pensiero.

“Sì, ma questo paziente che chiede? Vuole dormi? Allora, psichiatra!”: assenza di un contesto che ha il mandato di esplorare e tradurre l’income in input professionale (Carli & Paniccia, 2013).

2) le differenze vengono omogenizzate in un blocco sdifferenziato e di assimilazione al noto:

“Questo paziente chi se lo prende, io o tu?”: fantasia dell’uno vale l’altro, tutti uguali.

“Quel paziente è il classico tipo che è fatto così...”: negazione della relazione con il paziente, e tipizzazione acontestuale del cliente, ricondotta a mitiche categorie individuali.

Fare oggetto d’analisi il rapporto tra cliente e Servizi, resocontando, ha aiutato gli operatori a recuperare un senso dell’intervento stesso. Il vissuto di isolamento tra operatori è stato riconosciuto e trattato recuperando un’appartenenza organizzativa fondata su prodotti verificabili quale risorsa per intervenire.

Bibliografia

- Atzori, E., Policelli, S., Fiorentino, R., Bua, V., & Valotta, R. (2016). Lo sviluppo dell’attenzione alla soggettività del paziente: Un indicatore di basso livello di rischio psicosociale [The development of attention towards the subjectivity of the patient: An indicator for a low level of psychosocial risk]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 47-54. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Aulagnier, P. (2005). *La violenza dell’interpretazione. Dal pittogramma all’enunciato* [The violence of interpretation. From pictograph to utterance]. Roma: Borla (Original work published 1975).
- Barthes, R. (2005). *Miti d’oggi* [Mythologies] (L. Lonzi, Trans). Torino: ET. Saggi (Original work published 1974).
- Bonavita, V., Brescia, F., Carbone, A., Gasparri, C., Girardi, D., Policelli, S., ... Carli, R. (2014). L’intervento con le famiglie: ci occupiamo della loro idoneità genitoriale, o della loro domanda? [The intervention with the families: take care of their parental suitability, or of their demand?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 36-49. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali [The process of collusion in social representations]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 282-296. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2006). Psicologia Clinica: professione e ricerca [Clinical Psychology: profession and research]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 48-60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). Editoriale [Editorial]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-2. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Ambrosiano, L. (Eds). (1982). *Esperienze di psicosociologia* [Experiences of psycho-sociology]. Milano: FrancoAngeli.

- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica. Pensare emozioni* [The training to clinical psychology. Thinking emotions]. Milano: FrancoAngeli
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The textual emotional analysis. A tool for interpreting text and discourses] Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. [Analysis of demand: Theory and technique of psychological clinical intervention]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica* [Clinical cases. The report in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza. L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of mental health services in Italy. From psychiatric patients to new users. The evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2013). *La funzione del senso comune nell'intervento dello psicologo clinico. Note sul lavoro di Sergio Salvatore: Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica* [The function of common sense in the intervention of the clinical psychologist. Notes on the paper by Salvatore: "Issues about the development of psychological profession"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-50. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Crainz, G. (2016). *Storia della Repubblica: l'Italia dalla liberazione ad oggi* [History of Republic: Italy from liberation till today]. Roma: Donzelli.
- Dal Passo, F. (2015). *Storia Dell'Assistenza* [History of Assistance]. Edizioni Accademiche Italiane.
- De Rosa, G. (2004). La dignità della persona [The dignity of people]. *La Civiltà Cattolica*. Quaderno n. 3701.
- Di Ninni, A., Scala, V.F., Bellavita, L., Bianco, S., Olivieri, P., & Sarubbo, M. (2014). Nuovi setting della psicoterapia psicoanalitica entro i Centri di Salute Mentale [New setting of psychoanalytic psychotherapy within the Mental Health Centres]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Donati, P. (2013). *La famiglia: il genoma che fa vivere la società*. [The Family: the genome that makes living society]. Catanzaro: Rubettino.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice* [Symbol and code]. Milano: Feltrinelli.
- Focault, M. (1969). *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico* [Birth of the clinic: an archaeology of the eye doctor]. Torino: Einaudi (Original work published 1963).
- Galimberti, U. (1999). *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica* [Psiche and techne. Man into the age of technique]. Roma: Feltrinelli Editore.
- Ginzburg, C. (1986). *Miti emblemi e spie* [Myths emblems and spies]. Torino: Einaudi.
- Giovagnoli, F. (2006). Gli obiettivi del lavoro terapeutico: correzione del deficit o promozione dello sviluppo [The objectives of the therapeutic: correction of the deficit or promoting development]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 96-101. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Giovagnoli, F. (2012). Alcune riflessioni sul concetto di famiglia [Some thoughts about the concept of family]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 111-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Goffman, E. (2010). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* [Asylums. Total institutions: the mechanisms of exclusion and violence]. Torino: Einaudi (Original work published 1961).
- Levi Strauss, C. (2003). *Le strutture elementari della parentela* [Elementary structures of kinship]. Milano: Feltrinelli (Original work published 1949).
- Marx, K., & Engels, F. (2012). *Manifesto del partito comunista* [Manifesto of the communist party]. Roma: Newton Compton Editori (Original work published 1848).
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Ed. & Trans). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Migone, P. (2003). La filosofia della diagnosi psichiatrica [The philosophy of psychiatric diagnosis]. In "La diagnosi in psichiatria", *Aut-Aut*, 357, 2013.
- Padoa-Schioppa, T. (2000, May 15). *Sull'euro i mercati sbagliano*. La Stampa, p. 1.
- Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze [Clinical Psychology and disability. The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories in a culture of living together with risk of isolation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Romanelli, R. (2001). *Storia dello stato italiano dall'unità a oggi* [History of the Italian State from Unit till today]. Roma: Donzelli.
- Vari, R. (2011). Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Brief psychological intervention and new demands for mental health center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 137-155. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vari, R. (2014). Mental Health Center. The relationship 'individual/ social coexistence milieu/Service' in the clinical intervention for mental illness. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 154-185. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Sitografia

<http://careonline.it>
<http://www.dsrmh.altervista.org>
<http://www.etimo.it>
<http://www.leganord.org>
<http://www.treccani.it>
<http://www.simone.it>