

The construction of clinical setting within the health contexts

Michela Siciliano *

Abstract

The article proposes a reflection on the establishment of psychoanalytic psychotherapy setting from two experiences of training within two working contexts, one, the health center of an Hospital of Rome, a place that is not among the setting of commonly identified action with psychoanalytic psychotherapy, the other, Mental Health Center of a Roman ASL, where the intervention setting, being avowedly psychopathology, can be considered an "easy setting", where the figure of the psychotherapist is expected and recognized, where there is almost a send Automatic patient, a psychiatrist at the therapist, where the risk of collusion with the expectation of treatment is very high. They are explored the intervention setting, understood here as the mobile setting, which is constructed from a thought about the contexts in which we intervene. Setting understood as interpretive action, as the central methodological and strategic dimension, as a mental organizer of the psychological work. A clinical psychological expertise that focuses on the analysis of relationships rather than focusing on the diagnosis.

Keywords: setting; interpretive action; diagnosis; mental health; hospital.

* Clinical Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Clinical Psychology And Analysis Of Demand. E-mail: michelasiciliano@libero.it

Siciliano, M. (2019). La costruzione del setting clinico entro i contesti socio sanitari [The construction of clinical setting within the health contexts]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica 1*, 51-67. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

La costruzione del setting clinico entro i contesti socio sanitari

Michela Siciliano *

Abstract

L'articolo propone una riflessione circa l'istituzione dei setting in psicoterapia psicoanalitica a partire da due esperienze di tirocinio entro due contesti di lavoro, uno, il Poliambulatorio di una Azienda Ospedaliera romana, un contesto di lavoro inusuale per uno psicoterapeuta, un luogo poco codificato, che richiede una continua costruzione di senso circa la propria funzione in rapporto agli obiettivi del contesto, l'altro, il Centro di Salute Mentale di una ASL romana, dove il setting d'intervento, essendo dichiaratamente psicopatologico, può essere considerato un setting "facilitato", dove la figura dello psicoterapeuta è prevista e riconosciuta, dove esiste un invio quasi automatico del paziente, dallo psichiatra al terapeuta, dove il rischio di collusione con l'attesa di terapia è molto elevato. Vengono esplorati i setting d'intervento, qui intesi come setting mobili, ossia costruiti a partire da un'azione che li ha resi ristrutturabili attraverso l'intervento. Setting inteso come azione interpretativa, dimensione metodologica e strategica centrale e organizzatore mentale del lavoro psicologico. Una competenza psicologico clinica che pone l'attenzione sull'analisi delle relazioni piuttosto che focalizzarsi sulla diagnosi.

Parole chiave: setting; azione interpretativa; diagnosi; salute mentale; ospedale.

* Psicologa clinica, Specialista in Psicologia clinica e Analisi della Domanda. E-mail: michelasiciliano@libero.it

Siciliano, M. (2019). La costruzione del setting clinico entro i contesti socio sanitari [The construction of clinical setting within the health contexts]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* 1, 51-67. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad un cambiamento della domanda rivolta all'intervento psicoterapeutico e, parallelamente, ad un cambiamento dei contesti nei quali gli psicologi sono chiamati ad intervenire.

Nuovi contesti di intervento – pensiamo all'assistenza alla disabilità – vissuti dagli psicologi come svalutanti la professione psicologica poiché li priva di quel vissuto di potere associato invece alla figura dello psicoterapeuta. Psicoterapeuta che mima il modello di intervento medico e che aspira allo studio privato quale contesto di lavoro. Questo articolo prosegue una riflessione su un intervento psicoterapeutico capace di cogliere e trattare domande provenienti da contesti non tradizionalmente rappresentati come di competenza dello psicoterapeuta (Bellavita, 2015; Carli et al., 2014; Carli et al., 2015; Carli & Paniccia, 2016; Di Ninni & Scala, 2014; Marchetti, 2015; Quaglia & Reale, 2015; Sarubbo, 2015).

La questione centrale è rappresentata dal setting dell'intervento ripensato quale modalità relazionale che rende pensabili i vissuti del contesto altrimenti agiti. Setting "mobili", intesi come spazi che vanno pensati e costruiti psicoanaliticamente, nei quali l'azione interpretativa¹ diviene il principale strumento dell'intervento.

Durante due esperienze di lavoro, una svolta presso il Poliambulatorio di una azienda ospedaliera romana, e l'altra presso un Centro di Salute Mentale (CSM) ho avuto l'occasione di riflettere sull'importanza della costruzione del setting. Due contesti diversi, da una parte il corridoio di un poliambulatorio, luogo non tradizionalmente associato alla figura dello psicoterapeuta e dall'altra la stanza dell'ambulatorio di un CSM, dove la figura dello psicoterapeuta è prevista.

Ad accumulare i due contesti è invece quella cultura della diagnosi che sanitarizza i problemi che motivano la domanda. La domanda è data, non da esplorare, pensare, è letta dentro modelli normalità – scarto dal modello, la relazione è quella tra tecnico – profano (Carli & Paniccia, 2002, 2003). Si potrebbe affermare che un intervento basato sul pensare le simbolizzazioni del contesto, che usi la relazione come strumento dell'intervento non sia realizzabile.

Per lungo tempo la psicoanalisi è stata perlopiù praticata negli studi professionali e rivolti a una clientela circoscritta, "metodo interpretativo e setting duale, in conformità a tale contesto, hanno marcato per molto tempo la specificità della tecnica psicoanalitica" (Vari, 2014, p.76).

Come scrive Renzo Carli

Le condizioni del lavoro psicoanalitico, nella letteratura come nella formazione, sono poco definite e fondate su dimensioni 'mitiche': il numero delle sedute settimanali, il lettino, il singolo paziente, la cura. Nessuna di queste dimensioni mitiche ha a che fare con un modello; si tratta piuttosto di condizioni 'date', alle quali ci si sente costretti per appartenere al consenso psicoanalitico. Ciò comporta, al di là delle buone intenzioni, un assetto di lavoro fortemente orientato in senso 'medico' (Carli, 2016, p. 6).

Negli ultimi anni, stiamo assistendo ad una trasformazione della cultura psicoanalitica, che guarda ai contesti in cui opera, attraverso elementi che fanno pensare per esempio alle condizioni di lavoro.

In questo resoconto si propone una concezione del setting caratterizzata da un'unica condizione vincolante la sospensione degli agiti emozionali. Un setting definito come

quell'insieme di condizioni strutturali che rendono possibile l'organizzazione di un lavoro volto a sostituire l'agito emozionale con il pensiero emozionato sulle emozioni. In questo senso, il setting concerne una seduta psicoanalitica come un incontro con una classe scolastica, una visita domiciliare o il lavoro con un gruppo di pazienti psicotici entro una comunità riabilitativa (Carli, 2016, p. 6).

La costruzione del setting

L'attività di tirocinio che ho svolto all'interno dell'ospedale romano rientra in un progetto più ampio di ricerca intervento sul rischio psicosociale, nato dalla domanda del direttore sanitario e del Servizio

¹ Per azione interpretativa s'intende quell'azione ristrutturante il setting, che lo psicoterapeuta mette in atto al fine di comunicare al paziente il senso di una specifica situazione della relazione, là dove sia impossibile per il paziente stesso accedere alla funzione di pensiero sulle emozioni. L'azione interpretativa è l'unico modo di procedere, utile allo psicoterapeuta, quando viene meno la funzione di "pensare su" da parte del paziente e l'unica modalità di stare nella relazione è quella dell'agito emozionale senza pensiero.

Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) a SPS – Studio di Psicosociologia. Tale ricerca era volta ad individuare e descrivere le condizioni lavorative che stanno alla base del rischio psicosociale, derivante da problemi di stress lavoro correlato² (Atzori, 2012).

Questo intervento nasce da un ampio lavoro sul Rischio Psicosociale rintracciabile in diversi contributi presenti all'interno della *Rivista di Psicologia Clinica* e di *Quaderni* (Atzori, 2016; Atzori & Cinalli, 2013; Brescia et al., 2013). L'ipotesi è che il rischio psicosociale e la conflittualità siano più alti dove la trasformazione dell'utente in paziente è meno compiuta: ad esempio, nel Pronto Soccorso dove tutto avviene nell'urgenza; oppure nei Servizi Ambulatoriali dove la posizione dell'utente è molto meno ritualizzata che nel ricovero e la trasformazione in paziente è pure meno compiuta. “A rischio” è anche Neonatologia, dove a un paziente totalmente affidato come il neonato si affiancano in modo inscindibile i genitori, che pazienti non sono; oppure Oncologia e tutte quelle UO dove col rischio di morte elevato ritorna l'interesse della persona e la sua soggettività, che mettono in crisi la possibilità di trattare l'utente come paziente (Cafaro et al., 2013). Particolare attenzione viene data ai cambiamenti e ai conflitti entro la relazione tra personale sanitario da un lato, pazienti e loro famiglie dall'altro.

Nello specifico mi sono occupata dei problemi del Poliambulatorio con l'obiettivo di esplorare le specificità che caratterizzano la comunicazione tra il servizio e l'utenza seguito da alcuni incontri con il Poliambulatorio, in cui era emersa come problematica rilevante la relazione con l'utenza, soprattutto rispetto allo scambio di informazioni. SPPR e SPS propongono allora di realizzare un monitoraggio del sistema di comunicazione con l'utenza tramite la presenza di due psicologi clinici all'interno della struttura (Atzori & Cinalli, 2013).

L'intervento è cominciato attraverso l'osservazione itinerante (quattro ore al giorno) delle attività del servizio nel lungo corridoio e nelle diverse aree, come le sale d'attesa. Un contesto di lavoro inusuale, poco codificato e che ha richiesto una continua costruzione di senso circa la propria funzione in rapporto agli obiettivi del contesto. Ho iniziato a concepire il corridoio quale spazio che permettesse l'osservazione delle dinamiche simboliche e collusive esplicitate nelle interazioni tra operatori sanitari e utenza. Un profondo cambiamento del setting usuale dello psicologo clinico attraverso un lavoro itinerante, un setting “mobile”, che intercetta relazioni e individua domande che possono interessare un suo intervento, domande che non gli vengono poste direttamente e che non potrebbero esistere se lo psicologo si rifugiava in una stanza aspettando che qualcuno bussasse alla sua porta per trattare un problema.

Attraverso la resocontazione della mia esperienza di tirocinio, mi propongo di approfondire il processo che ha reso possibile costruire e sviluppare un intervento psicologico clinico in assenza di un setting psicoterapeutico classicamente inteso. Setting “dato” che non solo non è necessario ma che può rendere difficile intervenire all'interno di un contesto sanitario. “Il senso del lavoro sta, tutto, nel tenere a mente gli obiettivi e i setting entro i quali si opera” (Carli, 2016, p.7).

Conoscere il contesto per intervenire

Il lavoro di ridefinizione del corridoio quale setting dell'intervento ha previsto un pensiero sulla cultura caratterizzante l'organizzazione ospedaliera. Per intervenire è necessario conoscere il contesto. Con il termine cultura si fa riferimento ai processi collusivi condivisi, in questo caso, nel contesto ospedaliero. Per collusione si intende la simbolizzazione affettiva nei confronti di uno specifico contesto, da parte delle persone che a quel contesto appartengono (Carli & Paniccchia, 2003). Molto connesso al concetto di collusione è la nozione di Cultura Locale, che nasce con l'obiettivo di proporre un modello per la rilevazione e l'analisi delle relazioni sociali, entro la teoria psicoanalitica delle emozioni. Per Cultura Locale si intende la simbolizzazione emozionale collusiva di specifici ‘oggetti’ della realtà, da parte delle persone che condividono uno specifico contesto (Carli, 2008; Carli & Paniccchia, 2003). L'ospedale è un'organizzazione con un mandato sociale forte, in quanto la persona malata è tenuta a ricorrere alle cure del servizio sanitario. Tale mandato sociale forte ha fatto sì che nel tempo si venisse a creare un rapporto tra medico e paziente

² Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi SPPR è stato istituito nelle aziende a partire dal 1994, a seguito della normativa che ha avviato nel nostro Paese una migliore focalizzazione sul tema della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ovvero il D. Lgs. 626/1994, oggi confluito nel più recente D. Lgs. 81/08. Lo scopo è quello di valutare i rischi potenzialmente associati alle attività lavorative e mettere in campo interventi correttivi di miglioramento e di adeguamento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro.

basato sul potere del primo sul secondo, potere dettato dalla capacità del medico di curare il paziente. Si può dire che l'intervento medico è condiviso dai pazienti e dai suoi familiari in quanto il presupposto fondamentale dell'ospedalizzazione è che tutto avvenga per il bene del paziente.

A tal proposito Carli (2012), riprendendo il lavoro di Fornari (1976), sostiene che:

Il sistema di regole della convivenza ospedaliera e l'intervento medico sono le due componenti centrali dell'ospedalizzazione medica. Si tratta di due aspetti dell'ospedalizzazione che si possono analizzare dal punto di vista organizzativo, descrivendone caratteristiche operative, tempistica, efficacia, limiti, inconvenienti. Di queste componenti dell'ospedalizzazione, d'altro canto, è possibile un'analisi simbolico emozionale. Si tratta di una analisi che prende in considerazione la dinamica delle relazioni simboliche di quanto Fornari chiamava onfalocentrismo (il prendersi cura) e fallocentrismo (il curare), con riferimento all'ombelico (in greco: omfalos) e al fallo. Questa bipartizione è di grande rilievo per capire come nascono gli ospedali (Carli, 2012, p. 4).

In tale elaborazione il rapporto medico come istituzione sociale si innesta sul ruolo della madre che "ha cura del bambino". Viene sottolineata la differenza tra "avere cura" e "curare", nella prima dimensione "avere cura" è la madre che libera il bambino dal male, cioè cura il bambino avendo pena e sollecitudine per lui, condividendone il male (qui bene e male vengono vissuti inter soggettivamente). Questo modello di terapia onfalocentrico si fonda sul vivere il male dell'altro come se fosse proprio, vissuto in una posizione di appartenenza che dice del sentirsi confusivamente responsabili del male che si vuole curare. La dimensione del "curare" prevede invece un rapporto in cui il male diventa malattia che il medico cura transitivamente. La malattia diventa qualcosa che è scissa dal rapporto intersoggettivo, qualcosa che diventa "altro" rispetto al soggetto che ne è portatore, dove "altro" assume il significato di estraneo, nemico. Il rimando all'altro, al nemico, fonda tutta la medicina nello schema amico-nemico, per cui la cura, anziché "aver cura di" diventa lotta – combattimento contro le malattie (si pensi ad espressioni come la lotta al cancro, lotta contro la tubercolosi, ecc.). Al modello onfalocentrico (da onfalos = cordone ombelicale) che si esprime "nell'aver cura di" di tipo materno, si sostituisce il modello fallocentrico, della lotta contro il male condotta dal medico stregone come figura di tipo paterno (Carli, 2012).

All'interno del sistema sanitario non ci si fa carico della soggettività del paziente, ancor meno di quella dei parenti e dei familiari. La cultura ospedaliera presuppone che pazienti e familiari aderiscano alle regole della dipendenza e del "lasci fare a noi". Negli ultimi tempi si sta assistendo ad un profondo cambiamento di questo tipo di rapporto. Diversi studi e ricerche (Carli, 2013; Carli et al., 2016; Paniccia & Bucci, 2016) si sono occupati di analizzare la cultura che caratterizza il sistema sanitario. Tali ricerche hanno evidenziato dei cambiamenti nell'istituzione dei rapporti tra utenti e ospedale. Se prima l'utente accettava di buon grado o suo malgrado la posizione passiva di malato allettato in cui lo costringeva il sistema sanitario, posizione assunta anche se non vi era una patologia che comportasse un allettamento, accettando quindi tutte le dimensioni che l'allettamento comporta, ossia dinamiche di controllo reali e simboliche: dalla dipendenza che chi è a letto vive nei confronti di ogni esigenza vitale, alla perdita del ruolo sociale, alla tendenza a rendere la persona passiva e ubbidiente per non intralciare le azioni del personale sanitario; azioni che giungono il più delle volte all'improvviso e delle quali spesso il paziente sa poco. Negli ultimi anni gli utenti che accedono ai contesti sanitari non vogliono più stare in un rapporto dipendente con gli operatori, ma vogliono essere coinvolti attivamente, a partire dall'essere informati, nel processo che li riguarda.

Da qualche decennio, l'utenza è meno acriticamente dipendente dal contesto sanitario. Alla dipendenza acritica e fiduciosa si è sostituita una diffusa diffidenza, volta a controllare l'azione sanitaria e a far intervenire la magistratura nel caso in cui si pensi a interventi incompetenti o trascurati, inefficienti. (Carli et al., 2016). Il malato non è più isolato nel suo contesto, in balia di un sistema di relazioni che, per il suo bene, ha un potere pressoché assoluto su di lui. Il malato diventa cittadino, con diritti e doveri eguali a quelli dei cittadini che svolgono la professione sanitaria. I cittadini-utenti si associano, si costituiscono come controparte, segnalano la disattenzione del personale sanitario, il disinteresse per le loro condizioni di salute. Nasce la medicina difensiva che tutela il medico da possibili denunce dei pazienti. Tutto ciò comporta una situazione relazionale complessa, caratterizzata dal controllo del medico e dalle pretese del paziente, che spesso porta il medico a prescrivere terapie farmacologiche, analisi, accertamenti, anche quando non è necessario.

La Cultura Locale del Poliambulatorio

Col Decreto Legislativo 81/08, si fa riferimento alla necessità che le organizzazioni di lavoro predispongano strumenti per la valutazione dei rischi; la valutazione dei rischi, d'altro canto, è necessaria per apportare una

adeguata azione di prevenzione, volta a realizzare contesti di lavoro adeguati alla sicurezza e alla salute dei lavoratori (Carli & Paniccia, 2012). L'oggetto della valutazione fa riferimento a:

tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 (art. 28, comma 1).

E

L'individuazione di un eventuale problema di stress lavoro-correlato può implicare una analisi su fattori quali l'eventuale inadeguatezza nella gestione dell'organizzazione e dei processi di lavoro (disciplina dell'orario di lavoro, grado di autonomia, corrispondenza tra le competenze dei lavoratori ed i requisiti professionali richiesti, carichi di lavoro, etc.), condizioni di lavoro e ambientali (esposizione a comportamenti illeciti, rumore, calore, sostanze pericolose, etc.), comunicazione (incertezza in ordine alle prestazioni richieste, alle prospettive di impiego o ai possibili cambiamenti, etc.) e fattori soggettivi (tensioni emotive e sociali, sensazione di non poter far fronte alla situazione, percezione di mancanza di attenzione nei propri confronti, etc.) (art. 4, comma 2).

Lo stress viene considerato come:

una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro (art. 3, comma 1).

In sintesi, la ricerca prendendo a pretesto la valutazione del rischio stress lavoro correlato ha rappresentato un'occasione per migliorare la sicurezza e la salute degli operatori e dei pazienti (Atzori, 2012; Carli et al., 2016). È in questo assetto culturale che si inserisce la mia esperienza di intervento nel Poliambulatorio. Intervento che si colloca dentro una cornice molto ampia di ricerca intervento sul rischio psicosociale, come sopra accennato, svolta dallo Studio di Psicosociologia SPS e commissionato da SPPR, il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi. Tale ricerca intervento ha coinvolto molte figure operanti a diversi livelli in quel contesto: dirigenti, responsabili, coordinatori e operatori sanitari di differenti Unità Operative. In una prima fase è stato effettuato un sondaggio delle culture a rischio in 15 Unità Operative rappresentative delle principali attività dell'Ospedale, mediante l'utilizzo di riunioni di committenza in cui sono state implicate tali Unità, seguite da focus group che sono stati registrati e il cui testo è stato analizzato tramite metodologia dell'Analisi Emozionale del Testo (AET) (Carli & Paniccia, 2002). L'ipotesi metodologica a cui si fa riferimento è che il rischio psicosociale si crei laddove le motivazioni, i vissuti, i modi di pensare quindi le culture degli operatori confliggano con le attese, le motivazioni i vissuti, i modi di pensare e le culture dei pazienti e dei familiari, generando conflitti che possono tradursi in aggressioni verbali o fisiche e denunce (Atzori & Cinalli, 2013).

L'analisi dei dati emersi con la raccolta dei questionari ha consentito di rilevare due culture principali di rischio psicosociale. Una associata al rapporto tra dirigenza e operatori sanitari: questi ultimi non percepiscono un'adeguata attenzione a obiettivi, risultati e competenza professionale. Ciò conduce a una situazione anomica degli operatori: mentre quelli percepiscono un'assenza di regole e norme, la dirigenza, che non rileva alcun problema, lo ignora completamente. L'altra cultura a rischio evidenzia la paura di accerchiamento, vissuta a diversi livelli: professionale (da parte di pazienti e familiari), organizzativo (turni e carichi di lavoro vissuti come pesanti), gerarchico/strutturale (percezione del rischio di perdere il lavoro) e istituzionale (vissuto di una magistratura incombente). Questa fase ha permesso di individuare delle linee di sviluppo perseguibili attraverso forme d'intervento sia formativi, finalizzati a trattare, con alcune UO di riferimento le culture a rischio emerse, sia attraverso interventi psicologici sul campo, finalizzati a trattare le criticità e gli sviluppi possibili colti nelle modalità di rapporto tra operatori e pazienti/familiari (Atzori & Cinalli, 2013).

Nel caso del Poliambulatorio la domanda trattata durante il mio tirocinio era quella di intervenire entro la relazione tra personale infermieristico destinato a dare informazioni e utenza, vissuta come problematica ed identificata come fonte dello stress del personale come pure di malfunzionamenti del servizio.

Questa problematica emerge in quanto il Poliambulatorio ha delle caratteristiche e peculiarità che se non rintracciate, potrebbero portare l'intervento in direzione della correzione del deficit, magari attuando per esempio dei corsi di formazione per tutti gli infermieri sul modo giusto di dare informazioni. Cosa tra l'altro che potrebbe risultare molto complicata in quanto il Poliambulatorio:

- è l'unico contesto dell'ospedale non basato sul ricovero. Mentre l'ospedale assegna preciso spazio a ogni paziente e separa i pazienti dai parenti, nel Poliambulatorio i pazienti non hanno un posto assegnato e i parenti sono onnipresenti. Il loro vagare in maniera un po' spaesata e confusa genera tensione anche negli operatori.
- segue un modello ambulatoriale contrapposto al modello medico del ricovero: fin dal nome ricorda il libero movimento dell'utente che si vive come un cliente del servizio in cui componente essenziale è ricevere informazioni, poiché solo in base a esse l'utente troverà collocazione, risposta, senso per quello che fa.
- svolge un lavoro di front office, ossia rappresenta l'interfaccia dell'ospedale al pubblico esterno: ha a che fare con la presentazione dell'azienda ai suoi clienti, attraverso i servizi che propone e la competenza a gestire l'interazione col cliente.

Nel punto informazioni del caso in questione, vi lavorano operatori con una doppia specificità: infermieri, quindi personale con una formazione profondamente diversa da quella richiesta per la manutenzione del rapporto con l'utenza, non avendo a che fare con cura o assistenza sanitaria, e personale confluito a seguito di prescrizioni, ovvero persone che, tutelate da SPPR per lo stress accumulato in altre mansioni e reparti, sono state ricollocate nell'ufficio informazioni del Poliambulatorio. Il vissuto che riecheggia è quello di un contenitore di lavoratori di serie B, che non possono più occuparsi dei pazienti così come erano abituati a fare: dando per scontata la loro posizione dipendente dettata dal ricovero. Di qui il non interesse a dare importanza a comunicazioni sui tempi di attesa, sulle motivazioni di una modalità di procedura, sul luogo di un servizio. Gli utenti invece, che si vivono come clienti, si sentono disorientati. Il conflitto sta proprio qui: il personale vive l'utenza come pretenziosa, gli utenti accusano il personale come maleducato. L'intervento è consistito nell'affiancare questi modelli di rapporto, fornendo strumenti di lettura che dessero senso a quanto accadeva nella relazione, a partire da una rilettura degli eventi critici che man mano si venivano a creare, costruendo la possibilità con gli operatori ospedalieri di rinnovare la propria visione e quella dell'utenza, ridando senso all'importanza della loro funzione.

Il caso dell'utente disorientato

Esplikerò un caso, nell'ipotesi che possa essere utile ad esemplificare le questioni che fin qui si propongono.

Una mattina un uomo anziano si aggira nel corridoio che sta tra l'Ufficio Informazioni e la Chirurgia d'Urgenza. Si guarda intorno con aria smarrita cercando indizi, informazioni, guarda un foglio che ha in mano e la porta chiusa della Chirurgia d'Urgenza. Da quella porta chiusa dopo alcuni minuti di attesa, esce un'infermiera, che vedendo ancora l'anziano signore lì d'avanti esclama: "ma cosa ci fa ancora qui? il dottore ora è molto impegnato, le ha già spiegato che ha risolto tutto". L'infermiera si allontana e il signore riprende a fare avanti e indietro, con passi circoscritti. Individuo nella dinamica osservata, in particolare modo nel disorientamento dell'uomo, un evento critico. Il vissuto di spaesamento emozionale dell'anziano signore può essere pensato come prodotto del fallimento della collusione tra sistema sanitario che detta le regole e utente che si adegua. Il sistema sanitario non detta regole chiare ed il paziente non sa cosa fare. Avendo a mente queste ipotesi, intervengo cercando di incrociare con lo sguardo l'uomo e gli vado incontro. Mi dice: "Mia moglie deve fare l'ecodoppler nel pomeriggio, però io sono venuto prima per sistemarle le carte perché mia moglie non può camminare, il dottore mi ha scritto sul ticket urgente e mi ha detto che devo portarlo nella stanza dell'ecodoppler, ma io non la trovo, non so dove sia". L'ipotesi iniziale di disorientamento emozionale nel caso in questione, è sostanziata dalla precisazione della difficoltà a deambulare della moglie. Il signore ha in mente il conflitto tra la proposta dell'ambulatorio (luogo adibito a visite o cure mediche che non richiedono degenza/ricovero, dove il paziente si reca appunto deambulando) e la difficoltà a deambulare della moglie. Il signore si sta facendo carico non solo della non chiarezza delle informazioni ma anche della difficoltà della moglie a muoversi in un luogo che chiede competenza a deambulare. Propongo di andare insieme a chiedere all'Ufficio Informazioni. Comunico all'addetto dell'Ufficio che il signore ha bisogno di sapere dove si trova la stanza dell'ecodoppler. L'infermiere dice che è semplicissimo: si trova esattamente all'estremità opposta del corridoio, sulla sinistra. Chiedo al signore se è chiara la strada che deve fare, se ha bisogno di essere accompagnato. Risponde: "No grazie ho capito, certo potevano anche mettere delle indicazioni!": Dopo pochi minuti lo si vede tornare indietro con l'aria affranta e arrabbiata. Mi avvicino chiedendo se c'è qualche problema. "L'infermiera dell'ecodoppler mi ha rimandato qui" dice con tono stizzito e dirigendosi verso l'Ufficio Informazioni. "Mi hanno rimandato indietro, pensa se doveva occuparsi mia moglie di consegnare questo ticket, che sta male e le fanno male le gambe!"

sfogandosi con l'addetto. Quest'ultimo scuote la testa come se non ci fosse null'altro da fare. Ipotesizzo che se l'infermiera ha rispedito l'anziano signore al mittente, probabilmente è a conoscenza di un cambiamento nelle procedure non condiviso tra gli operatori. Il signore si apposta nuovamente dietro la porta chiusa della stanza della Chirurgia d'Urgenza. L'infermiera dell'ecodoppler spiega che, perché una richiesta sia accettata come urgente, la procedura vuole che il medico della Chirurgia d'Urgenza chiami la stanza dell'ecodoppler e comunichi telefonicamente con l'operatore. A questo punto, bussiamo ed entriamo insieme. Riporto al medico e all'infermiera la comunicazione fatta dall'infermiera dell'ecodoppler. Loro mi guardano sorpresi e ci dicono che probabilmente da qualche giorno c'è stato un cambiamento nella comunicazione delle urgenze che stanno apprendendo in questo momento; seguono delle scuse ed una telefonata ai colleghi dell'ecodoppler con invio dell'utente. Il signore esce rasserenato, condividiamo insieme l'ipotesi che quando avvengono dei cambiamenti evidentemente non tutti ne sono subito a conoscenza. In questo caso l'intervento è consistito in un riconoscimento della confusione emozionale del signore in rapporto alla malattia della moglie (in particolare alla difficoltà a deambulare di questa) ed alle disfunzioni organizzative. Questo intervento sembrerebbe aver prodotto anche uno sviluppo del rapporto verso una maggiore tolleranza della frustrazione in relazione alle disfunzioni organizzative.

L'osservazione nello spazio tra corridoio e sala d'attesa mi ha permesso di potermi muovere in un luogo dove tutti sfuggono, rifugiandosi in stanze con porte chiuse, e di poter intervenire attraverso l'atto di interpretare una specifica dinamica collusiva propria di quel setting mobile. Nel sistema sanitario sembrano emergere questioni legate alla parcellizzazione delle competenze, delle tecnicità mediche specialistiche autoriferite che non si parlano (come la chirurgia d'urgenza e l'ecodoppler), delle comunicazioni assenti tra i servizi in quanto sganciate da un senso, protocolli che viaggiano da soli (non c'è bisogno di capire perché la chirurgia d'urgenza debba autorizzare l'urgenza stessa: è un nuovo protocollo). Si potrebbe sottolineare che il vuoto relazionale venga colmato dai pazienti costretti a viaggiare da un servizio all'altro.

In questo senso è interessante ricordare l'analisi che Olivetti Manoukian (1988) compie nei confronti delle istituzioni socio-sanitarie: la carenza di comunicazioni e cooperazioni tra i diversi Servizi, ma anche tra gli operatori all'interno dello stesso Servizio, può essere ben espressa attraverso la metafora "dell'arcipelago di organizzazioni", in cui l'acqua che scorre tra le isole (i Servizi) rappresenta allo stesso tempo ciò che definisce e separa ma anche ciò che collega e riunisce. I canali comunicativi tra le isole-Servizi possono essere utilizzati come tali se c'è qualcuno che li attiva per sua iniziativa personale, altrimenti appaiono come un "sistema di non comunicazione organizzato". L'arcipelago infatti esiste anche se non ci sono scambi tra le isole, visto che, in quanto "isole", sono autosufficienti e a sé stanti. Se il limite di tali strutture è la carenza di comunicazioni, il vantaggio è invece rappresentato dal fatto che ogni Servizio, ogni operatore, ha un proprio spazio definito entro cui operare autonomamente, che può difendere e utilizzare con una certa discrezionalità anche se dentro confini e vincoli ben definiti. Inoltre sono potenzialmente percorribili iniziative di collegamento e trasmissione tra le singole entità (Servizi-operatori), anche se gli attraversamenti e gli approdi possono essere pericolosi. Di fatto, accade più spesso che chi viaggia tra un'isola e l'altra, chi visita, esplora e unifica (talvolta) le informazioni apprese nei diversi luoghi, è l'utente. La funzione di integrazione, carente a livello organizzativo, viene quindi spostata sull'utente.

L'intervento si è centrato sulla soggettività del paziente. In questo caso un parente della paziente, il marito, che si presuppone preoccupato, angosciato, ansioso, per lo stato di salute della moglie, anche lui si presenta con una domanda al sistema sanitario. Una domanda che ha l'aspettativa di vedere presa in carico dalla Sanità i vissuti derivanti dalla condizione di essere malati. In questo caso l'intervento ha riguardato il colmare la profonda lacuna che il sistema sanitario ha nei confronti del farsi carico della soggettività del paziente.

A tal proposito Carli et al. (2016), riprendendo un importante lavoro di Canguilhem sul tema dell'individuo che si pone come malato, in particolare una nozione che Canguilhem pone alla base della sua disamina sul normale e il patologico:

[...] la singola persona, con la sua decisione soggettiva, definisce il suo stato come normale o patologico.

[...] Corollario di quest'affermazione è che il medico interviene sulla malattia, diagnosticata secondo i parametri medici della fisiologia – patologia, mentre non può e non vuole intervenire sul "rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia", per dirla con Canguilhem. Il medico, utilizzando termini che ci sono più usuali, non può e non vuole intervenire sulla soggettività del paziente, vale a dire sul *vissuto di malattia* che caratterizza ciascun malato in modo diverso e irripetibile, e che lo porta a rivolgersi al medico (p. 38).

E ancora:

Il vissuto di malattia, la soggettività dell'individuo nel suo viversi quale malato, non vengono presi in carico dal sistema sanitario, se non entro le rigide regole del gioco che definiscono la relazione tra malato e sistema sanitario stesso, inteso quest'ultimo in tutte le sue declinazioni, dalla visita medica ambulatoriale all'assistenza domiciliare o ospedaliera (p. 39).

In questo intervento l'attenzione viene posta sulla relazione, cercando di cogliere una domanda ignorata dal contesto sanitario, il quale si concentra maggiormente sulla malattia.

Il Centro di Salute Mentale

Anche il Centro di Salute Mentale, così come l'ospedale, è caratterizzato da una cultura della diagnosi volta a medicalizzare la domanda di aiuto degli utenti.

Il CSM rappresenta il luogo centrale di coordinamento dell'attività psichiatrica del Dipartimento di Salute Mentale. È una struttura dotata di personale che svolge alcune attività: visita psichiatrica, visita psicologica, colloqui, attività riabilitative, intervento sulle urgenze, assistenza alle famiglie, assistenza domiciliare. Queste attività sono indicate dal Sistema Sanitario Nazionale come prioritariamente dedicate alla patologia grave. In realtà, "circa la metà della domanda che confluisce nei servizi non è qualificabile come grave, utilizzando questo termine in senso psicopatologico" (Di Ninni, 2004, p. 57), anche se la cultura è sempre centrata sulla medicalizzazione dei problemi, dove gli stessi pazienti parlano culture medicalizzate con problemi trasformati in diagnosi. Se nel CSM si rimane focalizzati sulla tecnica si vedrà solo la patologia, ma se si sposta lo sguardo ai problemi che le persone i gruppi e i contesti portano, si può cogliere la domanda.

La cultura della diagnosi e della psicopatologia è il prodotto di un processo storico che riguarda il CSM. Infatti in un primo momento, con l'apertura dei Dipartimenti di Salute Mentale, questi sono stati configurati come luoghi della patologia grave. Questa fase ha avuto breve durata e successivamente gli stessi CSM sono stati dotati di personale vario che ne tendeva a rappresentare la variabilità della domanda. Prima c'erano molti infermieri e alcuni medici, poi sono subentrati anche gli psicologi apportando tecniche psicoterapeutiche che sostenevano in pieno la cultura medicalizzata che si andava creando, con un conseguente detrimento di capacità di individuazione della domanda. (Di Ninni, 2004). Sappiamo che la "legge Basaglia", con l'obiettivo esplicito della chiusura dei manicomi, ha portato a una nuova visione della malattia mentale, implicando un nuovo atteggiamento, una nuova considerazione della diversità e nuove letture del rapporto tra cultura, politica, economia, valori che reggono la convivenza e la visione del mondo. Tale legge intendeva porre rimedio alla trasformazione di un problema di rapporti sociali in uno stigma individuale; intendeva farlo attraverso l'eliminazione dell'organizzazione responsabile di questa dinamica collusiva con il contesto, l'ospedale psichiatrico (Carli & Paniccia, 2011). Lo sfondo storico e culturale entro cui si sviluppa la legge 180 è, dunque, caratterizzato da una potente ridefinizione del senso sociale della fragilità, vissuta come oggetto interessante, attraente e non compassionevole di attenzione. Il malato mentale, simbolo di libertà, creatività, impulsività ed estro, appena uscito dal manicomio, viene così reintrodotta in famiglia; una famiglia, però, difficilmente vissuta come "portatrice di una domanda", di sostegno, comprensione, piuttosto colpevolizzata perché incapace di riconoscere la ricchezza del diverso che essa stessa ha prodotto e quindi rifiutato. Questione centrale è abbattere ogni valore benpensante proponendo al suo posto un nuovo conformismo in cui al potere e alla gerarchia – riferimenti fondamentali dell'Italia post bellica e dell'"istituzione manicomio" – sia sostituito il mito dell'uguaglianza, della solidarietà, della diversità. Questo fermento e i processi di colpevolizzazione dei contesti che avevano rifiutato il diverso hanno svolto la funzione di acceleratore del cambiamento; un cambiamento tumultuoso, repentino, idealizzato che ha preso il sopravvento sulla possibilità di costruire apparati concettuali e organizzativi in grado di sostenerlo entro la specificità di contesti differenti. D'altro canto il processo di territorializzazione dei servizi, immaginato come un'alternativa al centralismo dei manicomi, è stato lungo e faticoso, trovando una definizione legislativa solo a partire dagli anni '90.

In Italia con il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996" si propone una lettura di sintesi degli sviluppi che hanno fatto seguito alla chiusura dei manicomi e all'avvio dell'intervento territoriale. Si riconosce, in particolare, come la legge 180/78 abbia avuto la capacità di intercettare e al contempo inaugurare una cultura dell'intervento sanitario in grado di gettare le basi per rivedere tutto il sistema sanitario italiano, favorendo una ridefinizione più capillare e "nazionalizzata" dell'assistenza e delle strutture deputate ad erogarla. Si riconosce anche, però, come, a 15 anni dalla sua emanazione, lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale sia piuttosto eterogeneo per tipologie di strutture, interventi, professionalità

coinvolte, scambio e capacità di documentare il proprio lavoro. Si constata la nascita delle prime associazioni di familiari che rivendicano interventi efficienti e prossimi, associazioni presso cui "la 180" non gode della stessa stima con cui se ne parla su giornali e tra operatori sanitari: alla chiusura dei manicomi in alcuni territori non ha fatto seguito la costituzione di reti diffuse sul territorio e gli ospedali generali si fanno carico di interventi generici e improvvisati, spesso in condizioni di degrado a cui fanno seguito le prime denunce. All'affanno con cui le Regioni sembrano rispondere al cambiamento, il DPR oppone linee guida centralizzate che si auspica trovino realizzazione operativa nel lavoro dei territori specifici. In particolare si pensa alla istituzione di Dipartimenti di Salute Mentale quali strutture complesse deputate a organizzare, presidiare, monitorare, coordinare gli interventi territoriali in materia di salute mentale.

È con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998/2000" che le linee guida tracciate nel precedente progetto trovano definizione operativa e viene proposta una definizione più puntuale del modello organizzativo dipartimentale. In particolare le componenti organizzative costitutive del DSM sono indicate nel DPR come:

- Centro di Salute Mentale (CSM), che si occupa di analisi della domanda e attività diagnostica, definisce i programmi di prevenzione, cura e riabilitazione personalizzati e si occupa di coordinare attori e attività in essi implicati;
- Centro Diurno (CD), struttura semi-residenziale che propone interventi terapeutico-riabilitativi ricreativi e socializzanti orientati alla autonomia degli utenti, sia in termini di cura del sé che della possibilità di avviare attività lavorative;
- Strutture Residenziali terapeutico riabilitative e socio riabilitative (CT), che ospitano utenti in regime residenziale, offrendo assistenza sanitaria e attività ricreative;
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), servizio ospedaliero in cui vengono attuati servizi psichiatrici volontari e obbligatori in condizione di ricovero;
- Day Hospital, servizio di assistenza semi-residenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) diviene così una struttura complessa che funge da ponte tra ospedale e territorio. Si occupa di salute mentale mediante interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per tutta la cittadinanza; i pazienti gravi che furono ospiti del manicomio e i cittadini in giovane età di cui "intercettare precocemente i segni del disagio" sono descritti quali interlocutori privilegiati di un intervento che si auspica concertato in rete con agenzie e istituzioni territoriali come scuola, associazioni, famiglie, medicina di base; una rete territoriale che sembra fungere da garante capace di scongiurare "nuove forme di istituzionalizzazione".

Nello specifico al CSM vengono assegnate attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica (DPR, 1° nov 1999). Tale mandato, attribuito per garantire accessibilità ed equa distribuzione di risorse, attraverso la territorializzazione viene messo in rapporto con il "funzionamento dei servizi con la conoscenza della domanda dell'utenza. Il modo in cui i servizi interagiscono con la domanda costruisce la domanda stessa" (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006, p. 84).

Durante il mio tirocinio nel CSM ho potuto sperimentare l'arrivo di domande che parlano la lingua della diagnosi, alcune certificate, altre auto attribuite. Si tratta di depressione, attacchi di panico, ansia, disturbo borderline. Diagnosi che, esplorate nell'incontro con la domanda, parlano di problemi che riguardano la convivenza, la difficoltà di stare nei rapporti di lavoro, familiari, sociali, la difficoltà di esprimere emozioni, in una società sempre più conformista e tendente ad addomesticare le emozioni, una società che ci vuole sempre più neutrali di fronte ad eventi critici, come la morte di un genitore, la perdita del lavoro, la rottura di un rapporto sentimentale. Di fronte a questo tipo di eventi, la società ammette sempre meno debolezze, e la persona che li vive sente il peso della non parlabilità di questi vissuti, a tal punto da sentirsi malata. Tale cultura fa pensare a una medicalizzazione dei problemi attraverso l'atto di diagnosticare disturbi (si pensi ai disturbi emotivi comuni). Ciò apre ad un'altra questione:

la diffusione della psicoterapia nei servizi pubblici ha esercitato un notevole impatto sulle metodologie d'intervento. Si è reso necessario, a partire dall'impraticabilità della negazione dell'intervento a coloro ritenuti inadatti, il confronto con un'utenza non più selezionata da tecniche e setting predefiniti. Inoltre nei servizi di salute mentale occorre misurarsi con dimensioni organizzative peculiari (mandato sociale, risorse, ruoli, funzioni gerarchiche, specifiche dinamiche emozionali, etc.) entro le quali setting classici e tecniche date trovavano parecchi limiti nella loro applicazione. L'intervento entro tali contesti incontra difficoltà nel relazionarsi a un'utenza che poneva domande nuove o che non poneva domande; a un'utenza contrassegnata da committenti obbliganti oppure a istituzioni nelle quali dinamiche

organizzative e mandato sociale ponevano problemi non previsti dalle tecniche di riferimento (Vari, 2014, p. 14).

Il caso di A

Utilizzerò il caso di A., arrivata al CSM per attacchi di ansia e tentato suicidio, con la quale ho svolto un lavoro orientato al recupero di un pensiero sull'emozionalità legata ai problemi di relazione incontrati nella sua quotidianità, cercando di sviluppare un'immagine di sé diversa da quella di persona malata.

A. è una donna di 43 anni che arriva al servizio chiedendo di consultare uno psichiatra. Riferisce di frequenti tachicardie, senso di spossatezza, di sentirsi triste e depressa. Lo psichiatra le prescrive degli ansiolitici e le consiglia di seguire una psicoterapia. Viene quindi messa in lista di attesa per una presa in carico da uno psicologo del CSM. A me viene chiesto di occuparmi di questo caso; a farlo sarà il referente (psicoterapeuta) che si occupa di inviare i pazienti da parte degli psichiatri. Il referente mi parla di A. come di una donna depressa, che ha tentato il suicidio e che fa cose "strane" col marito, riferendosi ambiguamente agli scambi di coppia. Dichiaro di potermene occupare e subito dopo prendo contatti con lo psichiatra per cercare di istituire un modo congiunto di presa in carico della donna. Lo psichiatra diagnostica alla paziente un disturbo depressivo teso, riferito al suo stato di nervosismo, che l'ha portata a tentare di togliersi la vita attraverso un cocktail di farmaci ingeriti in dose massiccia. Mi dice anche che lei e il marito sono soliti frequentare club privati di scambisti. Dalla cartella clinica che leggiamo insieme, emerge che la signora ha una storia con il Servizio: è stata presa in carico sin dal '94, istituendo un rapporto altalenante, fatto di assenze agli appuntamenti con lo psichiatra, e il ripresentarsi dopo anni lamentando lo stesso problema, lo stato di ansia. Nel 2015 si ripresenta col marito chiedendo una terapia di coppia. Sia il referente sia lo psichiatra mi parlano della donna come una paziente rompiscatole. Ipotizzo che questo vissuto della paziente rompiscatole perché fa avanti e indietro dal servizio si sposa bene con la cultura diagnostica del servizio, una cultura sanitarizzata che aderisce alla domanda di cura dei pazienti, senza volgere uno sguardo al rapporto e alla specifica relazione inserita in quel contesto, che fa ipotizzare per esempio a un desiderio della donna di tornare periodicamente al Servizio, per mantenere un rapporto, considerarlo come un punto di riferimento del territorio in cui vive.

Al nostro primo incontro A. comincia subito a raccontare i suoi disturbi: depressione, attacchi di panico, stress, estrema stanchezza e nervosismo. Racconta di aver avuto un'infanzia problematica dovuta alla malattia mentale della madre, la quale soffriva di un disturbo ossessivo-compulsivo. Per la madre era molto difficile organizzare la sua vita e quella dei suoi figli. A. si è trovata a crescere molto in fretta e a fare da genitore ai suoi genitori. "Per questo motivo ho voluto una famiglia tutta mia molto presto, mi sentivo già responsabilizzata". A 19 anni incontra un ragazzo di cui si innamora e decidono di avere un figlio. Appena rimane incinta, si sposano. Entrambi frequentano la parrocchia e appartengono ad una comunità neocatecumenale, è lì che si sono conosciuti. Da questa relazione nascono due figlie che attualmente hanno una 25 anni e l'altra 16 anni.

La donna racconta gli episodi della sua vita con una sequenza ordinata e scandita, come fossero fatti, nascondendo la sua emozione. Sembra un flusso continuo, dove è impossibile una interruzione. Faceva l'insegnante, prima di aver tentato il suicidio. Dopo questo gesto estremo, si è resa conto che non poteva fare più quel mestiere e, avendo un contratto a tempo indeterminato e un'invalidità al 100%, chiede il trasferimento nella biblioteca della scuola, ottenendolo.

Dice che ha ingerito molti farmaci, il suo intento non era quello di uccidersi, ma di attirare l'attenzione, soprattutto del marito. Racconta di non essere mai stata una donna fedele e il marito ha sempre scoperto le sue relazioni extraconiugali. Riferisce che il marito, dopo la nascita della prima figlia, ha iniziato ad avere strane fantasie, la portava nelle spiagge per nudisti e nei club per scambisti. Tutto a sua insaputa. A. rimane inizialmente sconcertata davanti a queste situazioni, ma poi si lascia andare a rapporti sessuali con altri uomini.

Il marito, a sua detta, è molto freddo, aggressivo e rude nei rapporti sessuali, mentre fare sesso con altri uomini, in particolare un loro amico, molto passionale, gentile e rispettoso, l'appaga, compensando il lato ostile del marito. A. sente che suo marito non la rispetta, né come donna né come madre, ma lei lo ama comunque e a breve festeggeranno 25 anni di matrimonio. Faranno una festa, ma non celebreranno il sacramento nella parrocchia che hanno sempre frequentato, perché sono stati allontanati dopo aver coinvolto delle persone consenzienti nei loro ménage, le quali hanno raccontato tutto al parroco. A. ha sofferto molto per quello che è successo, si è vergognata e si è sentita profondamente giudicata dalla comunità di appartenenza che per lei era un punto di riferimento e verso cui ora prova dei sentimenti di rabbia, "perché anche loro Santi non sono", e di rivalsa, sperando che tutto il quartiere, nel giorno del suo 25esimo anno di

matrimonio li possa vedere all'uscita dalla chiesa, e provare invidia perché loro stanno bene, sono ancora felici insieme.

Negli incontri successivi A. mi parla sia del rapporto conflittuale che ha con la figlia più piccola, la quale viene seguita da un centro di psicologia perché ha avuto per un periodo le allucinazioni e, facendo degli esami approfonditi, le hanno scoperto delle macchie al cervello, sia delle continue e incessanti problematiche che incontra a lavoro. Le modalità con cui A. racconta la sua storia, nel dispiegarsi dei vari colloqui è sempre la stessa: un evacuare di emozioni sgradite, lasciate all'altro con l'aspettativa onnipotente che l'altro possa risolverle. Ipotizzo che l'emozione prevalente che la donna proponga e che stia organizzando il rapporto col Servizio sia il lamentarsi. A. sembra usare quello spazio per sfogarsi, per riversare sull'altro tutti i suoi problemi legati all'incapacità di stare nei rapporti che incontra nella quotidianità: col marito, con le figlie, con la direttrice della scuola, con i suoi colleghi. Rapporti mai pensati, ma agiti attraverso violenza verbale e fisica nei confronti del marito, attaccando verbalmente anche la figlia, per la quale prova in un secondo momento sensi di colpa, litigando a lavoro con i colleghi, oppure rifugiandosi nella malattia, a letto.

Al nostro quinto incontro A arriva molto provata. Dice di essere stanca: "sono venuta solo per lei" mi dice. Ricollego questa dichiarazione con le premesse del mio intervento, mettendola in rapporto alla paziente rompiscatole. Ipotizzo che la domanda della donna al Servizio, dopo un momento iniziale nel quale la donna stessa si presenta con una serie di diagnosi (ansia, depressione, ecc.) - esattamente in linea con la cultura diagnostica del CSM - sia quella di trattare problemi di convivenza, legati alla quotidianità, problemi che se non intercettati possono essere ridotti a cure antidepressive o portare a vissuti di rompere le scatole. Ipotizzo inoltre che quella dichiarazione sia un prodotto di un lavoro costruito insieme: una paziente ri-medicalizzata e ri-diagnosticata, che abbandona e poi torna al Servizio più volte, sta comunicando l'interesse a sviluppare un modo diverso di guardare ai rapporti nei suoi contesti di vita. Comincia a sentire la stanchezza legata al nostro lavoro terapeutico: un lavoro non semplice, che impegna a tenere a mente le riflessioni fatte in quel setting, ad elaborarle e continuarle fuori, riportandole nei contesti quotidiani, per poter dare senso agli eventi e ai rapporti che si incontrano.

Nel caso della malattia medica, esiste la medicina perché c'è una domanda di cura da parte di chi, soggettivamente, decide d'essere malato. Nel caso della psichiatria, questa esiste perché il sistema sociale, nelle sue varie articolazioni, ha fatto esistere il "malato". La psichiatria non ha a che fare con la domanda di un malato. Ha a che fare con la designazione di specifici individui quali utenti della psichiatria, perché problematici sul piano della convivenza. Si ha così a che fare con un vero e proprio processo di medicalizzazione di un problema che, in sé, non è medico (Carli & Panizza, 2014, p. 36).

Alcune conclusioni

Attraverso queste due esperienze ho potuto cogliere delle trasversalità metodologiche rispetto alla costruzione del setting.

In questo elaborato si fa riferimento ad un certo tipo di setting, Un setting mobile come già detto, costruito attraverso lo studio delle premesse, l'analisi della cultura, il tenere a mente obiettivi e strategie per perseguirli, che prevede un intervento atto a ripristinare quei confini, per dare senso alla specifica relazione. È un setting che tiene a mente il committente, prevedendo un modello di relazione che invita le persone a parlare di loro. Nei casi resocontati si parla di situazioni dove non si è assunto il setting come dato di fatto, al servizio di quella specifica tecnica dello psicologo, ma come contesto pensato entro l'organizzazione in cui si è svolto il lavoro. Non è lavorare su singoli individui, aderendo ad una cultura individualistica fatta di potere della tecnica senza competenza, ma di occuparsi di relazioni, di persone con problemi specifici legati al loro appartenere, vivere e convivere entro specifiche organizzazioni (famiglia, scuola, gruppo amicale, associazioni, sistemi sanitari, aziende, gruppi ideologici, politici, etc.) (Carli, 2016).

La proposta di questo lavoro è quella di mettere in rapporto due contesti, il Poliambulatorio di un Ospedale e l'Ambulatorio di un Centro di Salute Mentale, specificando l'importanza della costruzione del setting, sia che si tratti di camminare per un corridoio, sia che si stia nella stanza col paziente nell'ambulatorio di un CSM. Anche il CSM va pensato come un setting mobile. La differenza sta in quella stanza dello psicologo che se decontestualizzata porta ad aderire alla cultura della diagnosi e vivere per esempio come rompiscatole i pazienti che entrano ed escono dal servizio. La costruzione di un setting mobile presuppone lo stare in un contesto in cui si pensano i problemi, in cui si entra in rapporto non solo con la domanda del paziente, ma si cerca anche di dare un senso ai rapporti di quella specifica organizzazione.

Spostarsi dalla dimensione tecnica al problema significa anche passare da un sistema di appartenenza ad un ruolo, alla costruzione di una funzione in un contesto. È dentro i contesti che va intercettata la possibile

evoluzione di una nuova cultura dell'intervento, quella prospettiva che, di contro alla "correzione del deficit", si è soliti definire, entro un modello psicologico clinico, di "promozione dello sviluppo". Emancipandosi dalla risoluzione normativa di deficit individualistici e acontestuali, l'intervento arriva ad incentrarsi sul rapporto tra individui e contesto e alla possibilità di promuovere le capacità di scambio entro tale relazione. Si interviene quindi sulla relazione, in direzione di quella stessa relazione, da volgere allo sviluppo. Obiettivo dell'intervento non è l'eliminazione dei fattori ostacolanti l'adattamento delle persone all'ambiente, ma riguarda la promozione di una capacità di queste ultime a creare e organizzare relazioni entro quell'ambiente, intesa come "competenza a costruire contesti", in funzione delle occasioni di scambio fondanti la convivenza organizzativa; una specifica "competenza a convivere" (Carli, 2006; Paniccia et al., 2008).

Il setting così pensato permette di cogliere la variabilità delle domande entro i contesti di appartenenza. Una psicoterapia che mira alla diagnosi, alla cura, alla correzione del deficit è una psicoterapia che categorizza e individua certezze. Differente è la psicoterapia come pensiero su, ossia una psicoterapia che problematizza la realtà, che parte dalla relazione e lavora sulla relazione attraverso l'implicazione emozionale. La formula "far passare l'ansia", così come l'utilizzo e l'abuso degli ansiolitici, sono formule che intontiscono l'uomo che ha voglia solo di risolvere il sintomo nel presente, senza problematizzare la realtà. Ma se l'ansia viene vista in modo polisemico³, in quanto connotata da significati diversi e da una pluralità di fattori determinanti, la utilizzo, la tratto, le attribuisco un senso, non la faccio fuori. Dare senso al sintomo, prevede un lavoro, la disponibilità a trattare le emozioni entro le relazioni, a sentire la fatica, ma offre la possibilità all'altro di porsi in posizione di pensiero sullo sviluppo. Mettersi in un'ottica di sviluppo è fondamentale, perché lo sviluppo guarda al futuro, ha bisogno del tempo, mentre la cultura del presente non prevede il concetto di sviluppo, in quanto non vi è tempo quando si è nel presente. Trovo questo un obiettivo di lavoro molto importante perché permette di individuare nuove immagini della psicoterapia come prodotto per svincolarsi dalla cura e dalla diagnosi e quindi dalla medicina, a partire anche dal recupero del concetto di sviluppo che sta all'opposto della correzione del deficit.

Bibliografia

- Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: la valutazione del rischio da stress lavoro correlato/rischio psicosociale come occasione di sviluppare un orientamento al cliente [The psychological function in a Risk Prevention and Protection Service: the assessment of the risk of work-related stress/psychosocial risk as an opportunity to develop a client orientation]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 44-48. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Atzori, E. (2016). La perdita di potere sul paziente: Svantaggio o Sviluppo? [The loss of power over the patient: Disadvantage or development?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Atzori, E., & Cinalli, S. (2013). L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'A.C.O. San Filippo Neri [The clinical psychological intervention on psychosocial risk within the San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista in Psicologia Clinica*, 1, 64-66. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Bellavita, L. (2015). L'Assistente Educativo Culturale entro la scuola primaria: Una possibile funzione integrativa per lo sviluppo di committenza. [The cultural- educational assistance within the Primary School: An integrative purpose for a prospective development of the client]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 40-49. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

³ Il termine polisemia viene utilizzato in senso emozionale. Etimologicamente la parola vuol dire: 'che ha molti significati', dal greco *polù* (molto, numeroso) e *semà* (segno). Indica la facoltà, propria di una parola, di portare significati diversi (Carli & Paniccia, 2002).

- Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A., Crisanti, P., Giacchetti, V., ... Viola, C. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight clinical psychology intervention experiences within hospital Operating Units and rehabilitation home assistance]. *Quaderni della Rivista in Psicologia Clinica*, 2, 19-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Cafaro, B., Civitillo, A., Bontempi, G., Giacchetti, V., Lallt, A., Lopolito, L., ... Zanetti, M. (2013). Laboratorio su psicologia clinica e ospedale: il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera [Clinical and hospital psychology laboratory: the relationship between the demand for care and the response of the hospital organization]. *Quaderni della Rivista in Psicologia Clinica*, 1, 73-74. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [The training in the Hospital]. *Quaderni della Rivista in Psicologia Clinica*, 1, 7-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological intervention at the Hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2014). La psicoterapia e il suo contesto. Un caso di mancata analisi della domanda [Psychotherapy and its context. A case of lacking analysis of demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2016). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [Theoretical foundations of clinical psychological intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Carlino, M., Crisanti, P., Di Toppa, U., Di Ruzza, F., Giovannetti, C., & Izzo, P. (2014). Cinque casi di assistenza domiciliare come intervento di psicoterapia psicoanalitica [Five cases of home care as psychoanalytic psychotherapy intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 18-34. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., Gurrieri, R., & Paniccia, R.M. (2015). La cultura locale del Servizio di assistenza specialistica nelle scuole della Provincia di Roma, [The local culture of the special assistente service in schools of the Province of Rome]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 17-32. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *Formarsi alla psicologia clinica* [Training in clinica psychology]. Milano: FrancoAngeli.

- Carli, R., & Paniccia R.M. (1983). L'assenza nella dinamica istituzionale. Prime note per una teoria del cambiamento nei gruppi [Absence in the institutional dynamics. First notes for a theory of change in groups]. *Quaderni di psicoterapia di gruppo*, 2, 149-168.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: lo "spazio anzi" [For a theory of social change: "space indeed"]. In G. Lo Verso G., Venza G. (Eds), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Roma: Bulzoni.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *Analisi Emozionale del Testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Text Emotional Analysis: A tool for reading texts and discourse]. 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 the intervento in clinica 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 the help demand and the dynamics of relationships]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2016). I "nuovi lavori" degli psicologi e la competenza a colludere ["New psychological work" and the competence to collude]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 16-31. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [The psychosocial risk in a Roman hospital: the relationship between local culture and satisfaction in the San Filippo Neri Hospital Complex]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 75-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the healthcare context: Users' demand and response of healthcare services, in the territory and the hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, E., Civitillo, A., ... & Fiorentino, R. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero [The representation of the relationship between users and healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Scala, F.V., Pagano, P., Giovagnoli, F., ... Bonavita, V. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia [The Local Culture of Mental Health Centers (CSM) in Italy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, Supplemento al n° 3, 1-60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale, dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per gli psicologi* [The intervention for mental health, from the lessons of the psychiatric epidemiology course for psychologists]. Roma: Edizioni Kappa.
- 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 [Psychoanalytic psychotherapy's new settings in Services for mental heal]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e Codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and Code. From the psychoanalytic process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Marchetti, I. (2015). Il servizio per l'integrazione scolastica degli studenti con disabilità. La proposta culturale della Città metropolitana di Roma [The service for integrazione of students with disabilities: the policy of the Città Metropolitana di Roma Capitale]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 6-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Olivetti Manoukian F. (1988). *Stato dei servizi* [Status of services]. Bologna: il Mulino.
- Paniccia, R.M., & Bucci, F. (2016). Presentazione della Special Issue "La relazione tra ospedale e territorio nei processi di cura e assistenza" [Presentation of the Special Issue "The relationship between hospital and territory in health care and assistance practices"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 5-6. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia R.M., Giovagnoli, F., & Giuliano S. (2008). Per una psicologia clinica dello sviluppo. La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento [For a clinical psychology of development. The competence to construct contexts as the outcome of intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 57-74. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Quaglia, R., & Reale, F. (2015). Il tirocinio in psicoterapia psicoanalitica al Pronto Soccorso: Una funzione integrativa. [The psychoanalytic internship in an Emergency Room: An integrative function]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-39. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Salvatore, S. (2015). *L'intervento psicologico* [Psychological intervention]. Roma: Giorgio Firera Editore.
- Sarubbo, M. (2015). La funzione psicoterapeutica nel rapporto tra servizi e territori: Tradurre la domanda dei territori per progettare interventi. [The function of psychotherapy in the interaction between services and territory: How to translate the requests of territories to plan interventions]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 5-14. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Scala, F.V. (2011). Ambulatorio e territorio. Considerazioni sull'operare clinico nei Centri di Salute Mentale [Surgery and territory. Considerations on clinical work in the Mental Health Centers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 134-136. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Vari, R. (2014). Riflessioni e interrogativi intorno agli strumenti clinici e ai setting d'intervento psicologici utilizzabili in presenza di disabilità [Reflections and questions about the clinical tools and the setting of psychological intervention used in presence of disability]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 74-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>