

## **Research-intervention for the development of organizational competence in a sociosanitary service for adults with disability and their family members**

*Felice Bisogni· Stefano Pirrotta\**

### *Abstract*

The paper reports a research-intervention realized within a Complex Operative Unit (COU) of an Italian Local Health Authority realizing services for adult with disability and their family members. After the recognition by the management and the operators of problems in the relationship with the service users and the absence of shared working criteria, the Local Culture of the COU has been analysed to develop its organizational competence. Posed as a premise the crisis faced by the sociosanitary services in relation to the collusive failures of both the sanitary and the assistive paradigm, the intervention is reported starting from the commitment meetings. Therefore, the authors present the results of the research in which 26 interviews to the sociosanitary personnel have been realized and analysed with the Emotional Text Analysis. The research shows the crisis of a self-referred organizational model, the difficulty in being client oriented and in defining problems to treat. This crisis seems associated to the medicalization and to the infantilization of the adult with disability, as to the feeling of being obligated to respond to all the requests of the families. In the final part of the paper the authors report the research data restitution and the products of the intervention.

*Keywords:* disability; socio-sanitary services; family; diagnosis; Emotional Text Analysis (ETA).

---

· Clinical Psychologist, Phd in Social Psychology, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Founder of GAP Association. E-mail: felice.bisogni@gmail.com

\* Clinical Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy, Founder of GAP Association. E-mail: stefanopirrotta@gmail.com

Bisogni, F., & Pirrotta, S. (2018). Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari [Research-intervention for the development of organizational competence in a sociosanitary service for adults with disability and their family members]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-65. doi:10.14645/RPC.2018.1.717

## Premise

### *The organization of the services for disability: from the hospital to the community based model*

In 1980 the World Health Organization (WHO) publishes the “International Classification Manual of impairments, disabilities and handicaps” redefining the concept of illness as everything interfering with the individual capacity of fulfilling the functions and the obligations attended in different context. The traditional concept of illness is criticised as too strictly related to the model founding the sanitary intervention on the etiological diagnosis specifying the causal agent of the pathology, considering the therapy as an intervention aimed to eliminate the organic causes determinating the pathology itself. In this framework the disability is conceptually defined as “any restriction or lack (resulting from an impairment) of the ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being” (WHO, 1980, p. 28)<sup>1</sup>. Disability is therefore a construct inscribed within a conceptual framework aimed to extend the within range of the sanitary system beyond the limit of the organic illness. A conceptual framework legitimating the possibility of intervention on a wide range of social phenomena, evaluated in terms of normality/abnormality through a classification process without explicit benchmarks<sup>2</sup>. In 2001 WHO proposes a new definition: disability becomes “the consequence or the result of a *complex relationship*<sup>3</sup> between the health condition of an individual and the personal and contextual factors representing the circumstances of his life”. It acquires importance the relationship between the individual and the context and the perspective that medicalize disability as the consequence of an individual deficit is exceeded. In this sense a research-intervention, realized by the authors with the collaboration of organizations providing community based services for people with disability in different European countries, highlights that a change is slowly happening regarding the ends pursued by the services (Bisogni, Pirrotta, & Policelli, 2016a, 2016b, 2016c). A growing numbers of operators, family members and service users underline the utility of interventions sustaining the resources and the competences of the persons with disability and of their family members, pursuing the developing their relationships rather than correcting individual deficits (Carli & Paniccia, 2003). Infact in the last fifty years, following the critics of the mental hospitals functioning proposed by authors such as Ervin Goffman (Goffman, 1961/1968, 1963/2003) and Michael Foucault (Foucault, 1999/2010, 2003/2010), and the denounce of the bad living conditions of the persons with disability within that institutions made by the civil society organizations, different forms of de-institutionalization policies has been implemented in the main part of the European countries. As known, the representation of the mentally ill as socially damaging persons, dangerous and therefore to be contained and separated by the rest of the society has been criticized. This important change determined in many countries the obsolescence of the mental hospital and the development of community based services. The de-institutionalization determined a forced re-inclusion of the persons with disability within the family. A family blamed in a first time (Carli & Paniccia, 2011), and then recognized as a context of care and assistance. However, the internal dynamics of cohabitation of the families and the relationship between the families and community based services have been ignored by the psychological research for a long time. Some psychosocial and ethnographic studies (Antaky, Finlay, Walton, 2008; Rapley 2004), analysing the interactions between the personnel and the service users, underline the tendency of the personnel to infantilize the users underestimating their competences and the difficulty in considering their feedback. Jingree, Finlay e Antaki (2006), analysing the interactions between the staff of a residential service and its users in England, highlighted the tendency of the staff in sustaining the expressions of affiliation of the users, ignoring the communication expliciting complains or preferences and desires. The authors associate this tendency to a conflict between the caregiver role – the person assisting not self-sufficient persons – and the aim of promoting the competence of the users in deciding and self-determinating their life. In the paper we propose the idea that this tendency is determined by unconscious emotional factors, concerning the way the relationship between the family and the services is reciprocally symbolized.

---

<sup>1</sup>The impairment is defined as “any loss or lack of any physiological, anatomical or psychological function or structure” (World Health Organization, 1980, p.183).

<sup>2</sup>As in the case of the diagnosis of psychiatric syndromes, and intellectual disability is one of them, “the absence of external validator doesn't seem a lack but a feature” of these classification systems (Di Ninni, 2004). In this regard Canguilhem (1966/1975) asserts “that is in regard to a measure intended valid and desirable – and therefore in regard to a norm – that an excess or a lack are found. Defining the abnormal by mean of the too much or of the too little means recognize the normative character of the state called normal. This supposed normal state is no more just a fundable disposition explicable as an objective data, it is the manifestation of an attachment to some value” (p.29).

<sup>3</sup> Our italic.

## *The family as clients and the crisis of the sociosanitary services*

Today the family is a key stakeholder of the community based sociosanitary services. In the Italian context the Law n. 104/92<sup>4</sup> disciplines its relationship with the services and indicate to support it, equalizing the family to the person with disability as services' client<sup>5</sup>. The “cure and the rehabilitation of the disabled persons” is to be realized by “programs planning sanitary and social intervention integrated to each other's, promoting the ability of each persons and acting on the global situation of handicap, involving the family and the community”. The law n. 328/2000<sup>6</sup> has defined more specifically the role of the families in the elaboration of proposals and projects and in their *verification*. In particular it determines that “the families has to be involved in the organization of the services to improve the efficiency and the efficacy of the interventions”. As we will see, the difficulty in translating operatively this mandate is contributing to determine the crisis of the sociosanitary services in Italy.

For Manoukian (2016) this crisis is determined also by the difficulty faced by the services in “defining contextual problem” to treat. *Defining problems* for the author represents a specific organizational function, alternative to the phantasy of “knowing yet” the reasons for which people access the sociosanitary services. This phantasy implies to take for granted the clients' demand and to reconduct the variability of the problems that motivate them to what is known yet. This risks to eliminate the heuristic potential of the relationship between family and services, not recognizing it as the place of the verification of the organizational functionality and of production of knowledge about the specific problems motivating the meeting between the demand of the client and the offering of the services. The phantasy of “knowing yet” furthermore lies on specific cultural paradigms, the one we called assistive and the other we called sanitary, contributing to determine a risk of self-reference of the sociosanitary services. The assistive paradigm is featured by an incumbent tendency to operate, “entering directly in the life context of the others (individual and families), to modifying it in the belief of knowing yet what it is necessary, what it is needed, what is good and then to do it. Within this paradigm people felt to become bene-factors, following the antique code of beneficence, the more rooted and diffused cultural referring point in our society to take care of who feel bad” (Manoukian, 2016, p.76). Within the sanitary paradigm people tend to applicate a medical nosographic way of knowledge to complex problems of relationship, searching for symptoms to diagnose a pathology and to activate a therapy bringing to the resolution of the pathology itself. We remember with Canghilemm (1966/1975) that who accesses the sanitary system do it due to a subjective categorization of himself as ill. But the sanitary paradigm often doesn't recognize that subjectivity. With persons categorized as disabled furthermore we face two type of problems: the absence of an etiopathogenesis and therefore of a therapy in the proper sense of the term, and - often - the fact that the services are requested by a third person, a family members or another service. This is a relevant aspect opening the problem of the commitment e of the construction of objective others that reducing the deficits. Within the assistive and sanitary paradigm there is the risk of prescinding from the analysis of the demand of the client and of the committent of the interventions and this tendency put into crisis the services' capacity to realize effective interventions.

## *Methodology of the psychosocial intervention*

The intervention we are going to report in this paper is founded of the Analysis of the Demand (Carli & Paniccia, 2002) and its main objective has been the analysis of the collusion<sup>7</sup> established within the committing organization. The hypothesis at the centre of the theory of the technique of the Analysis of the Demand is that the collusive dynamics that the different organizational components tend to establish with the consultant psychologist are the same interfering with the efficacy and efficiency of the production process

---

<sup>4</sup> Law n. 104/92 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. Retrieved from <http://www.gazzettaufficiale.it>

<sup>5</sup> Carli and Paniccia define the client who “in turn, has a client to develop. This means that the client of the psychologist implies also another client with a demand of development” (Carli & Paniccia, 2003, p.15). Within the organizational context it is possible di make a differentiation between the internal client and the external client, the first is the work colleague; the second who uses the service or the product proposed by the organization.

<sup>6</sup> Law n. 328/2000 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Retrieved from <http://www.gazzettaufficiale.it>

<sup>7</sup> Renzo Carli and Rosa Maria Paniccia (2003) proposed to call “collusion” the symbolic-affective dynamic organizing the social relationships within specific context; through the collusive process the persons in relationship to each other's build shared context (Carli & Paniccia, 2003).

when the organization is engaged in its transformative action<sup>8</sup> (Carli, Paniccia, & Lancia, 1988). We underline that within an organization the three main functions orienting the production process: they are the planning function, the executive function and the assessment function. The planning function is “oriented to define the ends of the organization; the executive function to realize them through the most effective actions in pursuing them; the assessment function to evaluate the results of the actions as correct or incorrect in relation to what was planned”<sup>9</sup> (Carli & Paniccia, 1981, p. 54). The three functions are strictly interconnected and the scissions between them create dysfunctionalities. The consent regarding the scopes and criteria informing the three function is necessary for their integration. If there is a lack of integration the functions tend to the self-reference and to the scission.

The recognition of dysfunctionalities can motivate a request of consultancy to think how the collusive emotionality established in the organizations interferes with the organizational functionality. Carli and Paniccia (1988) show how the psychosocial intervention can in this cases be developed on the three fundamental technical dimensions: the suspension of the transformative action, the interpretative action and the interpretation. The suspension of the transformative action regards the specific competence of the psychoanalyst to convene that the methodological objective of the meeting between the organization and the consultant is not the acting out of the common functioning dynamics of the organization, but the activation of a reflection process of those dynamics themselves. This implies to convene that the consultancy is organized around the fundamental rule of the psychoanalytic method<sup>10</sup>: the construction of a space of representation mediated by the verbalization of the phantasies emerging within the meeting with the consultant. Regarding the interpretative action it is related to the impossibility to define an intervention structure “repetitive and fixed, defined and contracted with the committent once and for all”, and to the different modality through which the psychoanalyst “organizes and articulates the different moment of the intervention in regard of the specific analytic function of the collusive dynamics acted out by the different organizational components”<sup>11</sup>. This because of every aspect of what the psychoanalyst “decides and acts within the psychosocial intervention since the first contact with the committent to the end of the intervention is to be projected and realized in order of its interpretative function” (Carli, Paniccia, & Lancia, 1988, p. 127). Regarding the interpretation, it will be oriented to the research of nexus between the collusive emotionality acted within the *here and now* of the relationship between the different components of the organization and the consultant, and the problems and the dysfunzionalitàs emerging within the *there and then* of the organizational process. This practices of intervention are addressed to create the possibility for the organization to face the feedback of the clients, intended as strangers in regards to the cultural membership system of the organization. Let's now return to the sociosanitary organization, erogating services instead of products. The service represents a particular result of the transformative action. Its main feature are immateriality, simultaneity and dependency to the persons (Tomisaka, 1995). Carli and Paniccia (1998) underline how the immateriality implies that the service is not valuable in an objective way, for example by comparison; the simultaneity implies that production and consumption are contemporary and that it isn't possible to return the service, to substitute or to fix it; the dependency from the persons that intervening within the relationships is the variable determining the quality of the service. Therefore, we think that within the sociosanitary organizations the satisfaction of the client represent “an objective substituting the uncertain and not believable aims of educating, healing or problem solving” (Carli & Paniccia, 1998, p. 119).

### ***The project of organizational consultancy***

---

<sup>8</sup> Carli & Paniccia (1981, p. 53) define transformative the action “aimed to modify and change a specific dimension of the environment from an initial state (state A) to terminal state (state B) predetermined in its benchmark by a planning activity”.

<sup>9</sup> The function of assessment is founded on the control of the results of the transformative action in a context where the attended result is categorized as correct while the unattended one is categorized as error. This implies that the assessment function based on the control doesn't produce a verification of the planning function. In other words with Carli and Paniccia (1981) we can say it doesn't imply a critical discussion of the scopes pursued by the organization to verify if they are based on a realistic or obsolete analysis of the demand of the clients.

<sup>10</sup> Laplanche and Pontalis define it as “the rule structuring the psychoanalytic situation: the analysed person is invited to say what he thinks and feels without choosing or omitting anything of what come in his mind also if it can seem unpleasant, ridiculous, of no interest or out of place” (Laplanche & Pontalis, 2007, p.526).

<sup>11</sup> The interpretative actions can regard, as an example the strategical composition of the group meeting the psychoanalyst in order to “build new membership areas” within the organization (Carli, Paniccia, & Lancia, 1988, p. 127). But it can also consist in making a research, writing a document, proposing a psychological exercise.

### *Committing organization and socio-cultural context*

The commitment of the intervention we report is the management of a service of a Local Health Authority of south-centre Italy, one of the structures established by the Law n. 104/1992 with the mandate to intervene in favour of the adults with disability and their families. It is a Complex Operative Unit (COU) composed by four Simple Operative Unit (SOU) situated within four territorial districts, where multidisciplinary équipes work within ambulatorial structures accessed by the disabled population aged 18-64 years. The COU is part of a Department whose mission is "the government of the sanitary needs" of the so called low power social group (Paniccia, 2012) as persons with disabilities, elders, nomads and detainees. The service pursues the end of taking charge, evaluating and including his users within the community based services: home assistance, independence living services (family homes, apartment groups, half residential day centre), professional training and working inclusion services. Furthermore, it activates the so called ambulatorial, half residential and residential rehabilitative services established by the "ex Article 26" of the Law n. 833/78. Between the functions of COU it is to be added the prescription and the monitoring of the psychopharmacological therapy, some times in partnership with the Mental Health Department.

At the time we meet the management of COU, the local sanitary system was passing through a period of organizational change. The Regional Public Administration responsible of the local sanitary system was going to approve a "fusion" of different Local Health Authorities that until that moment have had their own autonomy. The initiative was finalized on the one hand to simplify the interaction between the sanitary services and the users, on the other hand to the cost reduction necessary to reorganize the finances in serious economic deficit. At the same time the services were in trouble in responding to users' requests. When we began this work, the COU was in fact between the anvil of the financial reorganization and the hammer of the requests, with a growth of users in charge of the 30% in the recent years. In addition, there was a climate of loss of consensus towards the sociosanitary system<sup>12</sup>. The complaints for the so-called medical malpractice cases was increasing, with the mass media acting as a sounding board while. The defensive medicine was growing, determining huge wastes<sup>13</sup> and highlighting a conflict and a strong diffidence by the users involving the whole health system within a national framework of strong political crisis<sup>14</sup>.

### *The construction of commitment: from the request for a substitute service to the recognition of organizational problems*

We meet for the first time the management of the COU as we promote, as GAP<sup>15</sup>, an intervention committed by a group of family members of persons with disabilities<sup>16</sup>. The COU management interested in our experience, contacted us asking to plan an "external service" for "families with a complex demand". To explore the meaning of this request, we propose some meetings for the analysis of the commitment in which a dynamic of complaint emerges. Some families in charge of the operative unit were described as "aggressive, pretentious, full of requests difficult to satisfy". The emotion proposed to us was to find

---

<sup>12</sup> On 2 December 2014, for example, following the "Mondo di Mezzo" police operation, the "Mafia Capitale" case broke out: an investigation that disrupts politics and the whole world of social cooperation and which contributes to increase the diffidence and the dissatisfaction towards the public institutions and the third sector throughout Italy.

<sup>13</sup> The Ministry of Health in the report "The phenomenon of defensive medicine: costs, reasons, contrast strategies" assesses that only the costs of "positive" defensive medicine (surplus of health expenditure not linked to therapeutic purposes but to the reduction of the risk of litigation) is 10 billion euros annually, equal to 0.75% of the Gross Domestic Product ". That means the 10.5% of total health expenditure in the country.

<sup>14</sup> At the national level, on February 14th, the government of Enrico Letta falls because of a conflict of power within its party. On 25 May 2014, within an atmosphere of electoral abstention and mistrust towards politics, the European elections saw a consensus growth of the so-called anti-political movements such as the Five Star Movement and the Democratic Party's victory around the figure of Matteo Renzi and to his proposal to "scrape" the old party leaders. The Roman situation is particularly critical: on 31 October 2015, the local administration of Ignazio Marino falls and the situation of the public finances are disastrous, only with a special Law also known as the "Save Rome Decree", the default risk is averted.

<sup>15</sup> The Association of Social Promotion GAP, founded by the authors in 2012, realizes psychological services, psychosocial research-intervention project on the commitment of sociosanitary organizations, local authorities, national and European governmental agencies. [www.apsgap.it](http://www.apsgap.it).

<sup>16</sup> It was an intervention that involved a group of family members who had the idea of "self-organizing" to build an activity for their children with disabilities. Recognizing this as a desire for participated services, involving the family and not just the disabled individual, we have realized an intervention that, through an agricultural activity, allowed a productive experience for the whole family; a service designed to be integrated with other local contexts and services.

ourselves in front of a "barbarian horde" with demands exceeding the resources of the operative unit. There was difficulty in translating the social mandate indicating, as we saw in the introduction, the family of the person with disability as a client. The complaint also concerned the top management of the organization described as prescribing a change experienced as falling from above and harmful. The management of the COU was in difficulty in carrying out its function also in the relationship with the équipes working in the territorial district, under staff and not receptive to proposals for new tools and procedures, unprepared in dealing with the "complex demand" of the families. In particular, the dissatisfaction of medical personnel emerged, with a strong turnover of psychiatrists and neuropsychiatrists asking to be transferred in services for younger users or in the Department of Mental Health.

In the meetings we propose the hypothesis that there was a failure of the collusive modalities in the relationship with the external client founded, on the one hand, on the expectation of the patient's dependence on the medics (proper of the sanitary paradigm) and, on the other, on the expectation to be recognized by the users as benefactors (proper of the assistive paradigm). These expectations weren't indeed confirmed by users declaring dissatisfaction. We have thus reinterpreted the request for an "external service" as a request for consultancy on these difficulties, even in the hypothesis that there was a devaluation of the internal resources. Devaluation interpretable as an emotional reaction to the experienced impotence related to the failure of the expectation and to the difficulty in defining pursuable objectives. The management described itself as "lonely on the tip of the iceberg where all the trouble come". The organization appeared as a monolith at the mercy of the currents, detached from its context, at the risk of being disintegrated because of the lack of exchange relationships.

#### *The planning plenary meeting: from the "improper demand" to the recognition of a problem to treat*

An interpretative action proposed to the management, not to act as consultants-corrective position but an exploratory one, was to identify together with the districtual équipe, in a plenary meeting, the issues to work on not prescribing a project. The meeting was attended by 16 operators of the 26 in staff at the COU, along with the management. It was configured as an unusual meeting: some participants didn't know each other's. Those present complained "the absence of a shared planning" and the difficulty of "decoding the users' demand", to define what was "pertinent and what was not". They also complained about the lack of criteria for defining their field of intervention: "everyone does everything". In addition, a difficulty of exchange among colleagues emerged, one of them says: "we bring our working problems to home". Problems related to requests that the personnel felt not being "able to respond". Responses at the same time represented as dutiful: "as a public service everyone has the right to a response; but this is impossible".

What seemed to unite the participants was the feeling of dealing with an "users' improper demand" that can be interpreted as a demand not coherent with the personnel expectations' system. Also, our proposal to involve the personnel in building their working context suspending the reactive passivity towards both the management and the users seemed was initially symbolized as improper. They asked us to give them "decoding techniques" of the users' demand within the phantasy to use us to acquire a technical power on the users. After asking them to define what they consider instead as a "users' proper demand", the absence of a shared representation of the COU function clearly emerged. Words and a shared culture to define it lacked. With regard to this recognition, we have proposed the realization of a research to explore the local culture of the Complex Operative Unit.

#### **Research objective**

The objective was to analyse the Local Culture of the COU to develop the organizational competence of the personnel involved, i.e. the ability to "read and understand the context in which we find ourselves and to usefully and realistically place ourselves inside it" (Carli, Paniccia, & Salvatore, 1995). In other words, the organizational competence implies the ability to perform a function within a productive context starting from an understanding of the emotionality that organizes the relationship with the internal and external client of the organization.

#### **Methodology**

*Emotional Texts Analysis (ETA)*

The research was carried out using the Emotional Text Analysis (ETA) (Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016), a methodology that explores the ways in which social groups emotionally symbolize a shared context or theme. The ETA implies to collect the texts produced by the participants, then their analysis deconstructing the intentional meaning of the speech and identifying the "dense words" (with a maximum of polysemy and a minimum of emotional ambiguity) present in it, expressive of the collusive dynamics typical of the interviewees, defined as "local culture"<sup>17</sup>. Once the "dense words" have been identified through the analysis of the clusters and of the multiple correspondences, realized with the T-lab software (Lancia, 2004), we have obtained the local culture of the UOC, that is, under a statistical profile, 4 clusters placed on a factorial plane.

### *Interviewed group*

Individual interviews were carried out with 26 UOC operators (table 1). Regarding the role they are divided into: 2 psychologists; 4 doctors; 3 specialized doctors; 3 nurses; 6 educators; 5 social workers; 3 administrative. Furthermore, 21 operators constitute the staff of the four district teams working in the organization; 5 play an apical role with staff coordination functions.

Table 1. *Characteristics of the interviewed group*

Role						
<i>psychologist</i>	<i>doctor</i>	<i>specialized doctor</i>	<i>nurse</i>	<i>educator</i>	<i>social worker</i>	<i>administrative</i>
2	4	3	3	6	5	3
coordination role/function						
	<i>yes</i>				<i>no</i>	
	5				21	

### *Stimulus-question*

The open interview was introduced by a single stimulus question after which the interviewee was left free to associate his speech with the question. The stimulus question was as follows:

*"I am part of GAP, an association of psychologists that is conducting a research-intervention project on commission of the Complex Operative Unit, in order to explore the culture of the service, its objectives and the relationship with the user. I am very interested in knowing what you have to say about this; the interview will be long about 30 minutes; I ask you to register, because it will be the text transcribed, anonymous, to be analysed. Subsequently, the data will be shared with the interested personnel, in order to identify criteria useful for developing the services offered. Could you tell us about your work experience within the operative unit? In particular, can you tell us about the demand posed by the users in your district and the main issues you are facing in the intervention in regard to your professional function?"*

The interviews were received with interest and the participants spoke for a long time, on average an hour; they defined the interviews as an interesting opportunity to reflect on their work, new and rare within the operative unit.

### **The results**

The analysis produced 4 clusters (CL), in relation to each other on three factorial axes (Figure 1).

17 Local culture is understood as the shared way of living emotionally within a specific social context; it organizes the way in which people participate and this organization builds its emotional sense (Carli, Paniccia, 2002).

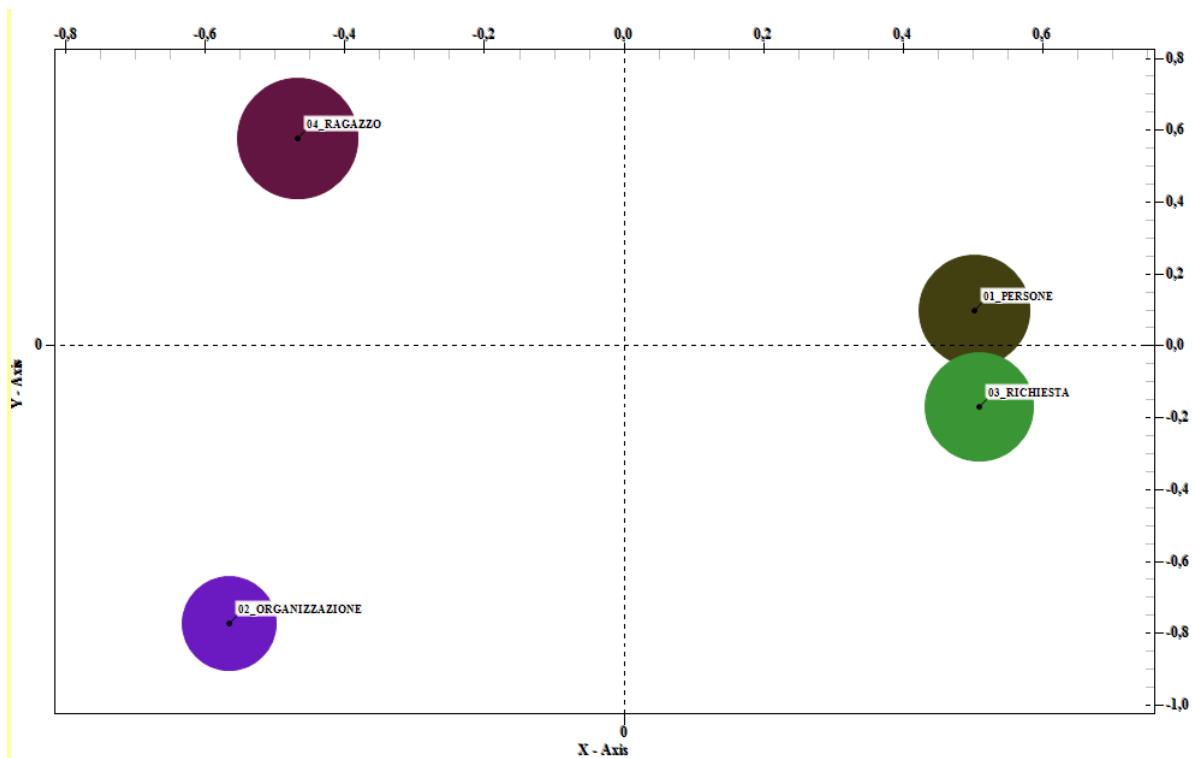


Figure 1. Factorial Plan

Table 2. Relationship between clusters and factors

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
CL 1	0.5018	0.0972	0.5717
CL 2	-0.5661	-0.7719	0.1343
CL 3	0.5087	-0.1684	-0.5972
CL 4	-0.4677	0.5769	-0.1039

Regarding the first factor, on the positive polarity we find cluster 1 and cluster 3, on negative polarity, opposed, cluster 4 and cluster 2. Regarding the second factor, on the positive polarity we find cluster 4, on polarity negative, cluster 2. On the third factor we find cluster 1 on positive polarity and cluster 3 on negative polarity (table 2).

Table 3. Cluster relationship with illustrative variable

Illustrative variable	CL 1	CL 2	CL 3	CL 4
<i>coordination role/function</i>				
yes		82,8		
no				

Table 4. Clusters of dense words in order of Chi-square

CL 1	CL 2	CL 3	CL 4
<i>Chi-square/word</i>	<i>Chi-square/word</i>	<i>Chi-square/word</i>	<i>Chi-square/word</i>

868,89	people	202,38	to organize	245,87	request	282,55	boy
177,52	to inform	171,7	équipe	216	to respond	180,52	parents
65,96	to help	162,15	to manage	147,35	to occupy	125,89	sons
36,5	to open	148,12	operator	108,62	colleague	115,78	to live
36,4	need	120,44	to meet	94,16	home assistance	100,67	patient
30,98	to solve	105,6	reunion	66,34	waiting list	80,87	school
30,15	office	64,92	summer stays	62,55	assessment	68,43	grave
29,44	to exit	60,65	to decide	47,91	City Council	61,28	baby
28,02	door	58,47	group	41,62	sanitary	42,15	retardation
27,75	to enter	56,8	responsibility	37,92	social	42,06	pathology
27,74	problem	54,47	project	31,95	work grant	34,25	mild
27,66	reflection	45,4	cooperative	27,67	territory	34,23	family
23,05	training	43,43	to direct	27,54	economical	34,05	to see
22,88	to call	40,94	to coordinate	23,58	Municipality	32,53	brothers
20,77	appointment	37,53	crisis	21,08	centre	23,94	diagnosis
20,01	presumption	36,12	personnel	19,72	Residential care	23,47	friendship
19,93	passage	35,54	to maintain	19,14	family home	22,21	inclusion
18,65	change	30,29	power	18,81	to stretch	22,09	man
18,59	to receive	29,84	to build	17,72	bureaucracy	21,91	house

## Data analysis

### Cluster 2: to organize, équipe, to manage

Cluster 2 is located on the left side of the first factor together with cluster 4, to which it is opposed on the second factor. It is composed of sequences of dense words present in a statistically greater percentage within the text of interviews with the personnel with a coordination function.

The first dense words of the cluster are to *organize*, *équipe*, *to manage*, *operator*. The first two terms evoke the keeping together of several parts to compose a whole. Organizing means conforming, ordering. Équipe, refers to the order that holds together different roles and functions necessary to lead a boat. The complexity of the relationships within the organization is evoked. The third word is to manage, in Italian *gestire*, from the Latin "gerere" which means 'to govern, to lead, to administer'. It follows the word operator that etymologically refers to an unspecified manual work. These two words evoke a difference in power within the relationship between those who are called to govern and those called to perform. A representation of the organizational relationships based on hierarchical differentiation without corresponding differentiated objectives and functions emerges. The risk is the self-reference as there are no references to the clients' demand. It follows the words *to meet*, *reunion*, *summer stays*, *to decide*, *group*. Meeting and reunion evoke the contexts where the development of the organization is discussed. Summer stays are a service activated by the operative unit that evokes the relationship between the organization and the families. These are the only words in the cluster that somehow evoke the clients and their demand. Immediately afterwards there is the word to decide, which means cutting off, resolving in a context of litigations and controversy; but deciding is also the activity attributed to those who have power, over things, over others. It is a function that contrasts with the function of promotion of the dialogue and the exchanges proper of meetings and reunions, where the power to decide is suspended in favour of a shared construction of strategies. After having evoked the client, an individual decision come rather than a shared decision using the organizational relationships as a place for mutual information and construction of practices. The organization returns to be self-centred. Immediately after it comes the word group that etymologically refers to something tangled, intricate, to be untangled. The meetings and the reunions therefore seem represented complicated contexts within which there are grains to be resolved; rather than devices to build the organization, reflecting and exchanging with others.

In follow the words *responsibility*, *project*, *cooperative*, *to direct*, *to coordinate*, *crisis*. The word *responsibility*, etymologically coming from 'promise, obligation', evokes a promise that someone is publicly called to keep. The term project evokes the theme of the objectives and their definition within the

organization. Cooperative means co-operation, working together, interdependence, distributed responsibility. Instead, the word to direct implies the power to drive in a pre-established direction, it reminds the commander tracking the ship's course. Coordinating means organizing various elements to achieve an end by assigning to specific and differentiated functions and tasks in the most appropriate way. The following word, crisis, signals the recognition of a problem. The definition of objectives and functions seems to be a critical issue that lead to a crossroads: the choice of a (difficult) sharing process of strategies or the assumption of a coordination function in a self-centred way. Within this cluster there is the risk of an idiosyncratic and self-referenced decision-making processes based on the acting out of a power in crisis in its coordination function. There is no specific reference to objectives or to the client's demand towards the organization. Those who have a coordination role seem to run the risk of looking at their job from within the self-reference of their own function, having difficulty in seeing interlocutors to deal with. We underline that cluster 2 is opposed to cluster 4, where we will see respondents talk about the clients. It seems difficult to see in the organizational relationships, represented as self-referenced and not client-oriented, a resource helping to define problems and to orientate praxis and functions.

#### *Cluster 4: boy, parents, sons*

Cluster 4 is located on the left side of the first factor together with cluster 2, to which it is opposed on the second factor. *Boy, parents, sons, to live, patient* are the first words of the cluster. In this cluster the respondents look at the external clients of the organization. The users, adults, are called boys. Boy is a term used not only for a young person, but also to define an adult represented as lacking in power and resources. Furthermore, they are sons, etymologically the infant whose survival depends on the parents. A representation of the adult with disability as an infantile subject emerges. It is an adult in a relationship of dependence on the parents, therefore seen as deprived of the resources and of the possibility to decide for himself. To live is the following words: these infantilized adults and their families have a life problem. Life as a time lapse from birth to death, life as a basic human condition, which requires to be maintained daily to go on. This daily condition is transformed by the following words: patient. From a relational condition, shared by users, families and services, it becomes an individual pathology. The dependence of these adults is in fact medicalized: patient is a term that etymologically evokes suffering. There is the idea to intervene on an individual that suffering obliges the others to take care of him, not with a person with resources within a relationship to be developed. School, grave, child, mental retardation, pathology is the subsequent word. Taking the path of the medicalization of the individual, it is difficult go back and this is a path that produces impotence and difficulty in planning interventions. The school evokes the past, the childhood; the end of the school implies the transition to the services for the adults. Grave is a term that evokes a burden difficult to be sustained. What seems to "grave" is that these infantilized adult clients are emotionally represented in various ways as characterized by deficits: children, retarded, sick. Infantilization in this cluster is associated with a tendency to pathologize that produces a systematic stereotyping of users as interlocutors without resources and competences. In other words, it seems difficult to look at the clients as interlocutors with whom to plan an adult life.

#### *Cluster 3: request, to respond, to occupy*

Cluster 3 is located on the right-hand side of the first factor together with cluster 1, to which it is opposed on the third factor.

The first dense words are *request, to respond, to occupy, colleague*. To request means to ask a second time, it evokes insistence. It etymologically means to desire, implies the recognition of a problem that cannot be treated without the others. To respond means to returning a promise; to respond evokes those persons, invested with power, that are called to account for what has been promised. It is evoked a relationship with users insistently asking something and a feeling of obligation to respond. There isn't any definition of the users' problems, there are only requests that without the limits represented by the definition of specific problems becomes an omnipotent claim; symmetrically, the answer should be omnipotent. Precisely this fantasy fails. It follows in fact the word to occupy that etymologically refers to take possession of a place or of other people's resources, to a hostile act that implies a unilateral act of power within the relationship. To occupy evokes the struggle with the enemy in a military field. A hostile and violent relationship with the users is evoked. The colleagues are called for this reason. On the one hand, interdependence is evoked: it is

recognized the impossibility to work without some help from the others; on the other hand, the call of the colleagues can play a defensive role: another person will deal with the requests.

*Home assistance, waiting list and assessment* are the following words. The first seems one of the requested services (in the cluster there are others as work grants, residential care, family home); we stress however that without a definition of specific problem to address, which -as we have seen- are eluded, it is difficult to verify the effectiveness of the response provided. This is because if services are provided in relation to claims, they will be never enough or satisfying. The fantasy of being able to give an omnipotent response to the claims of all the users in fact fails: there are endless waiting lists and the wait - of something that never come - seems represented as a permanent emotional condition of the users that produces dissatisfaction and anguish in the personnel. This implies that the assessment function, which seems limited to the decision about the resources' distribution, replaces the verification of the clients' satisfaction and of the effectiveness of services. *City Council, sanitary, social, work grant, territory* are the following dense words. The public bodies and contexts seems invoked as a scapegoat (later in the cluster we find economy, bureaucracy) to be blamed to avoid the reasonability for the difficulty to take charge of the relationship with the clients of the organization. In conclusion, within this cluster, an emotionality of obligation emerges. The obligation to respond to the requests even when the problem posed by the users is not clear. The variability of the problems posed to the organization is assimilated to a predetermined offer of services. There is a lack of trust in the internal resources of the organization. The function of the service is in this sense configured as a crossroads for the activation of other services, however limited and missing, to be used elsewhere, outside the relationship with the operative unit. Cluster 3, opposed to Cluster 4, express another way to look at the users: if an infantilized and medicalized adult emerges in Cluster 4, here we see a pretentious and threatening user, asking for unlimited resources to a service that isn't able to give omnipotent answers. In cluster 4 the claim is limited by the medicalization, here it spreads; in cluster 4 there is the individual, here the interviewees talk about relationships but without seeing the resources of the relationships themselves. The services to be provided become "things" to be distributed rather than contexts of relationships to be developed.

#### *Cluster 1: person, to inform, to help*

The cluster is located on the right-hand side of the first factor together with cluster 3, with which it is opposed on the third factor. The first dense words are *people, to inform, to help, to open*. In its common sense the term person refers to the subjectivity, to the identity of the individual. Informing means 'shaping', instructing, bringing to knowledge. Help is to offer to someone an hand in times of difficulty or offering to do a job that they someone wouldn't be able to do on their own. To open means to make accessible and evoke its opposite, the closure. Informing, leading to knowledge, helps a client recognized as a person, in his subjectivity. Informing opens the closures, opens the perspectives.

The word that follows is *requirement*. It means to require due things, to collect by virtue of a right. The framework of the open relationships returns to close itself: if to inform is a right, doesn't implies a mutual construction of knowledge, because isn't based on an exploration of the problems experienced by the clients in their subjectivity, but on a presupposed knowledge, the rights. To solve means to undo, to simplify a bond or a tangle. It follows the word office: from the Latin word officium that means 'duty, service', it refers to the moral obligation to work. A solution must be found to the needs of those accessing the operative unit, to see guaranteed a response prescribed in virtue of their rights: again - we stress - the definition of problems is eluded. In cluster 4 the user is a medicalized individual, in 3 he is a user who consumes services-resources on the basis of claims. Here he threatens the service with his rights, which the personnel has to respond, A very difficult aim without posing limits to the clients.

The following word *to exit, door, to enter* exemplify the failure of the attempt to dissolve the bond in with the respondents feel to be with the users. It is evoked a circular movement from inside to outside, a coming and going of people that doesn't seem to have a definite direction and a solution of continuity. Despite the information given, the people return: they ask for a relationship. *Problem, reflection, training* are the subsequent word. There is the recognition of a problem: the failure of a relationship with the users based on the requirements. The difficult emotionality that is experienced at work motivate a demand of training.

#### *A summary of the data*

On the first factor we see the dysfunctionalities related to the emotional representation of the operative unit,

on the one hand, as an organization acting a self-referential functioning, without a client, and on the other hand as a public administration whose function is prescribed by the users' rights. The self-referencing organization is also opposed to the medicalization of users (cluster 4). The rights and the medicalization, within these two cultures - that can be associated with the sanitary and the assistive paradigm evoked in the introduction - take the place of the organizational competence (Carli, Paniccia, & Salvatore, 1995), and of the attention to clients' demand. Also within the third culture, the one of cluster 3, that represents the users as demanding endless resources, the only limit posed by the organization is subjecting them to an infinite wait and it takes the place of the organizational competence: there is no space for the organizational competence without any thought on the client and on its demand to the organization.

In fact, the absence of attention to the external clients determinate the difficulty in building relationships with the internal clients – the colleagues - and a risk of isolation and self-reference characterizing the organization within the analysed local culture. The analysis of local culture on the other hand allows us to start giving meaning to a problem related to the organizational incompetence. It is in this sense a feeling of incompetence that motivates the COU in its demand of consultancy.

### ***The research data restitution and the intervention with the équipes***

For the restitution of the research data we have foreseen an initial plenary meeting addressed to all the staff, followed by three small group meetings with each of the équipes of the territorial district and three small group meetings with the personnel with an apical role and a coordination function, to conclude this process with a plenary meeting. Our hypothesis was that the research data restitution could allowed to start naming with categories the way in which the organization was emotionally symbolized by the personnel, that the plenary meetings can be the place where the internal differences related to the roles and the district membership could be articulated, as those same differences could be explored in their specificity in the smaller groups meetings. The smaller group meetings addressed to the staff with an apical role and a coordination function were instead an interpretative action, aimed to facilitate the construction of a new organizational membership area, "a group of referents", assuming the coordination function of the organization in shared way suspending the fantasy of the "only man in charge" emerged from the commitment meetings.

#### *The plenary meeting starting the data restitution.*

15 of the 26 respondents have participated in the initial plenary meeting. It was an "unpublished" meeting bringing into play the internal differences of the organization in terms of roles, professions, district memberships and hierarchy. The expectation towards us was to "receive objective data from an external and neutral eye"; at the same time it was appreciated the opportunity to meet each other's: "it never happens" someone said. We also felt a certain anguish and distrust for the encounter with us and with the colleagues.

We start the data restitution proposing to discuss the results in a critical way. Some of the participants seem interested in them, others claim to "not recognize themselves". In other words, it was difficult for the personnel to assume an exploratory position of the internal differences of the COU highlighted from the research. The expectation towards the consultant was to receive an organizational diagnosis and solutions to the detected problems. However, during the meeting feelings that the personnel tended to elude or cancel emerged, as a complaint to the hierarchy represented as guilty of taking care of the problems of the équipes. Within this complaint, the équipes' operators seemed to deny the differences between them assuming the common victimistic role of those left alone and without the resources to take charge of the relationship with the user. Thus the problem of how to know the colleagues participating the meeting was avoided, many of which, as we have said, had never met each others before.

On the other hand, the participants seemed to agree that the main problem of the operational unit was the internal differences, particularly among the various équipes. Differences associated with the not "homogeneous" distribution of the roles within the équipes and represented as a source of dissatisfaction and conflict, because of a treatment of the clients "different in each district and from person to person". The expectation towards the research-intervention was to "standardize the working style of the various équipes" through "protocols" executable by everyone slavishly. If on the one hand there emerged the fantasy of standardizing the differences, on the other hand our proposal was the opposite: to make them emerge to explore them in the hypothesis that they could represent important resources to develop the offered service. It is interesting in this regard how some operators proposed as an ideal organizational model the medical

"operating room": a context in which the operators know exactly what to do and how to "operate". The metaphor seemed to exemplify very well the cultural problems of the organization that instead faced the complexity of intervening in order to relational problems. A product of this meeting has been to recognize that working in "watertight compartments" was a problem and to convene that an objective of the consultancy could be to explore the internal differences, instead of uniforming them, to infer their sense within the complex relationship of the organization with its external clients. The plenary meeting allowed the personnel to begin to see the non-uniformity in terms of cultures, of different emotional symbolizations crossing the operative unit.

#### *Small group meetings with the personnel with a coordination function*

The meetings addressed to the staff with an apical role and a coordination function was aimed to create a transversal group that could more effectively assume the coordination of the organization. The participants started complaining that in the plenary meetings the dysfunctionality had been attributed to themselves, as members of that hierarchy not facilitating the reunion and the exchanges between the personnel. One of the participants with an apical role, having felt himself offended, had decided to "convene a reunion in his district to clarify the matter". Emotions of helplessness emerged. They expected from us the settlement of the conflicts, and a remotivation of the personnel represented as demotivated for the length of their service. The recognition of the difficulty in assuming a coordination function seems initially eluded. This difficulty seemed to produce more a refusal of the power associated with the apical role rather than to motivate a demand of training to develop competence in using the power to assume a coordination function. A coordination function that, on the other hand, as emerged from the research, was in crisis, as self-referenced and splitted from the relationship with the clients. In these meetings it was possible to recognize the difficulty of "dealing with the relationships between colleagues" for the purpose of the organizational functionality, as well as the fear of "losing the face" and being put in the pillory. To explicit these phantasy helped the participants to start sharing their difficulties faced within their own role, looking with less severity and guilt at the ineffectiveness of the acting out of the power connected to the apical role. This allowed us to recognize a general feeling of isolation and disconnection of the personnel with an apical role from the rest of the organization. In other words, during the meetings we had the possibility to talk about their feelings starting to build a shared thought regarding how to develop a coordination function of the organization. In this way the participant seemed to feel themselves less lonely and powerless in the carrying out of the functions associated to their apical role.

#### *The small group meetings with the staff of the district équipes*

In the meetings we worked with the operators of the four équipes divided into three different groups, one of which was composed of two équipes that shared the same territorial working place.

In the meetings with the first group, a feeling of distrust towards us emerged together with an angry complaint towards the hierarchy: "we are under staff, we must self-organize ourselves in a difficult context". The consultancy was initially symbolized as an attempt to adapt the personnel to the directives of the management. We were the "consuls sent to govern the suburbs of the Roman Empire". We were asked to defeat the hierarchy by siding with the équipes' personnel, denouncing problems and putting pressure on the leadership of the organization. With this group it has been important to remember the objectives of the research-intervention project: it did not intend to prescribe changes such as the increase of the personnel or the economic resources, but it could facilitate the development of competence to read the context of the relationships where the organization is inscribed, internally and externally, and to develop criteria that would guide useful practices. The reaction was: "finally you have discovered the cards!". A strong diffidence towards us was now explicit, but we also interpreted this metaphor as a desire "to discover their cards" and to start talking about their working problems. There has been an openness in terms of trust. An openness that made possible to talk about some critical situations faced in the relationships with the users. In this regard we have stressed the research result showing a defensive closure of the personnel based on feeling of diffidence towards the users. The operators reported the case of a mother since long time waiting for a residential service for her son. They talk of the long and tiring work done to prepare the access of the son in a territorial residential structure. But the mother in the moment to authorize the access of her son refuse it, saying in tears she didn't want to lose "the stick of her old age". The long work done had never contemplated the interest in the feelings of the two "beneficiaries" regarding the residential services. The cost of ignoring the expectations of families appeared. Even within the meetings with the second group a strong complaint

emerges, towards the manager of their district, represented as the only responsible for the lack of reunions of the équipe. When we finally come to explore the internal relationships within this group and the issues encountered with the user, partial and allusive reports are made. Each speaks of "his own cases" as a possession to be defended, proposing itself as self-sufficient by the rest of the team. The relationship between colleagues was felt as predatory and enemy, with the exception of the dual relationships symbolized as "happy islands". In the first instance it was very complex to use the research and identify in it issues felt as relevant by this group. Having asked what working problems they wanted to talk about they replied: "we are all playing football as numbers ten". The "number ten", or playmaker, is someone who during the play can improvise, diverging from the expected schemes to displace the opponents and help the team to win. Of course, it is inscribed in a context where there is a team and there are rules of the game, but it is unique. To declare "we are all as ten numbers in football", i.e. we all live our relationship with the organization in an individualistic way, it meant to exhibit a dysfunctional organizational rule. With this metaphor they also told us that the relationship with us implied the renunciation of their omnipotence, and that there was the hope of being able to speak of their own impotence. We could be coaches asked to build a game scheme allowing them to play together. To say that we didn't want to standardize them, but to promote a reflection, allowed them to communicate their feelings. "I would never send a friend to come to us: the service sucks". "We should work like an operating room, but we are light years away" one of them said. A violent devaluation of their work emerged, interpretable as a failure of omnipotent fantasies associated with the idealized sanitary paradigm, the operating room where lives are saved. The product of these meetings was to make explicit, recognize and think the meaning of this collusive failure. In the third group the participants agreed in telling us of "not recognizing themselves" in the research. "We are sorry, there is not what we really do in our job, maybe we weren't good enough in saying it". They seemed angry because the research had not valued what they considered the noble part of their work: "receiving and taking charge of the users". In the relationship with this group we felt reproved for having disappointed them: after being received as guests, we had not repaid them with gratitude. We interpreted this as a "straw tail", connected to the fact that in the research a problematic relationship with the user emerged, based on values rather than on competences. We asked what problem they wanted to treat with us: "of having many things to do and never them done!". "Every morning everyone has a list of things to do, but we never fulfil them all: there is always a phone call that you can refuse and the plans go to hell." We have interpreted this difficulty as related to the incompetence in treating the users' expectation, which are endless if the staff remain in the phantasy to accommodate every request. We have thus begun to consider the costs of acting out this fantasy of being benefactors and it has been possible to discuss the research results showing that a demand of training emerged by the personnel in order to the failure of the phantasy to carry out the job prescribing values in the relationship with the user.

#### *The concluding plenary meeting: the proposal of "cooking together"*

The majority of the operators involved in the research intervention participated in the final plenary meeting. We proposed the meeting as aimed to verify the research-intervention project and to plan its possible developments. Among the participants there were those who expressed gratitude because they could experience a "moment of truth" and get out of isolation, sharing their emotions with others, "rediscovering the interest in discussing with the colleagues". Others declared themselves dissatisfied, especially among staff with a medical role: "What are the results of this project? After a year my way of working has not changed". There was a significant critical discussion of the organizational model based on the medicalizing cultures emerged from the research, re-proposing in the plenary a conflict already emerged in the small groups' meetings. Two divergent ways to evaluate the participation in the project emerged. Those who felt satisfied valorised the activation of the exchange relations with the colleagues that the project has promoted. Those who reported dissatisfaction focused themselves on the failure in changing the individual behaviour. During the meeting the COU have been compared to a "fast food" with "pre-cooked" dishes that "are sold to the customer giving them to believe that are exactly what they want". This metaphor represented the tendency to evade the relationship between the service and the client families, in the idea that as both were deprived of resources to look for them elsewhere is needed. The product of the final plenary meetings has been to agree that another culinary metaphor could be more functional: the one of "cooking together", that means look at the relationship between families and services as the place that make possible to prepare a dish definable from time to time, in relation to the available ingredients and of the desires of the parts. This perspective involves the development of an emotional competence that allows suspending the emotionality of control and the diffidence in the relationship with the clients, to think it. Relationship between clients and organization that the participants have said to configure in three different ways: "alliance against someone",

"fighting against each other" or "collaboration in view of a shared goal". It is regarding to this third possibility that the operators have declared that they "feel unprepared". Unpreparation that refers to the absence of criteria and competencies to analyse the demand of the client of the COU. An unpredictable, variable demand that can only be known contextually within the emotional relationship with the families. "Unknown and stranger" families, to which the participants told us to feel curiosity, but also fear and uncertainty. The stranger, we remember, is "one who cannot be known, outside of communication with him, what he thinks or how he lives the relationship with us but also how he sees the things that are shared, what are his intentions, such as the contribution that can be given to the relationship and to the product of the relationship" (Carli & Paniccia, 2003, p. 62).

## **Conclusions**

We have stressed a crisis in social and sanitary services that we believe produced by the intersection of two factors: the de-legitimization of services within the socio-cultural context in which they are inscribed and the lack of development of organizational competence. The reported research-intervention shows this delegitimation is shared not only between the service users but also between the personnel. A delegitimation that can be inscribed within an exponential spread of the anomic cultures in Italy (Panicia, 2012; Carli, 2017). We hypothesized that this crisis is related to the collusive failure of two relevant cultural paradigms, the sanitary and assistive one, that have organized the relationship between the sociosanitary organizations and their clients for a long time. Paradigms founded both on the uncritical dependence of the user represented as weak and powerless by the strong technician in one case, by the benefactor in the other. The possibility of a client with a demand, resources and competences is not foreseen within these cultures; in other words, there are fantasies of care or assistance eluding the analysis of the demand of the interventions' clients. The failure of these paradigms suggests to develop organizational competence by those who work within the sociosanitary organizations. Organizational competence - we have said it - implies competence to intervene in the context starting from an understanding of the emotionality that organizes the relationship with the internal and external clients of the organization. During the research-intervention we have seen how such emotionality is both central and difficult to explore, but also that is possible to start understanding it if an exploratory and participatory setting is proposed. The COU presented itself as formed by teams represented as "watertight compartments", in a relationship to each other's and with the hierarchy emotionally featured by reciprocal ignorance, mistrust and hostility. At first it was proposed to the consultants to take sides in these conflicts. At the same time the clients were blamed for posing "improper demand", and in this way it was expressed the difficulty to explore their demand. The difficulty of defining shared functions and objectives also emerged. We worked on this self-referencing representation of the organization, coming to the recognition of an incompetence to use the relationship with the client as a context of intervention and as a resource. The construction of an exchange relationship with the consultants and between colleagues can be seen as the main product of the intervention. A further product is the emergence of a new commitment, for a research-intervention verifying the satisfaction of the adults with disabilities and their family members in charge of the COU, to explore their culture and their expectations.

## **References**

- Antaki, C., Finlay, W., & Walton, C. (2008). Offering choices to people with intellectual disabilities: An interactional study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1165-1175.
- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016a). I servizi per la disabilità nella regione Croata di Vukovar e Siriem: Intervista con Zana Skejo Skoric [The services for disability in the Croatian region of Vukovar and Siriem: Interview with Zana Skejo Skoric]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (1), 164-187. Doi: 10.14645/RPC.2016.1.564
- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016b). I servizi per il lavoro supportato per persone con disabilità in Scozia: Intervista con Jamie Rutherford [The services for supported employment for persons with disability in Scotland: Interview with Jamie Rutherford]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (1), 119-138. Doi: 10.14645/RPC.2016.1.561
- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016c). La costruzione dei servizi per persone con disabilità in

Lithuania: Intervista con Dana Migaliova [The construction of the services for persons with disability in Lithuania: Interview with Dana Migaliova]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (1), 139-163. Doi: 10.14645/RPC.2016.1.562

- Canguilhem, G. (1975) *Il normale e il patologico* [On the Normal and the Pathological]. Firenze: Guaraldi (Original work published 1966).
- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per psicologi* [The intervention for mental health from the lessons of the course of psychiatric epidemiology for psychologists]. Roma: Kappa.
- Carli, R. (2017). Il Ripiego: Una fantasia incombente [The fallback: An impending fantasy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (2), 5-24. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of the organization and of the institution]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1998). *Psicologia della formazione* [Psychology of the Education]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis: A psychological tool to read texts and speeches]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda* [Analysis of the demand]. 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 d'aiuto e delle dinamiche di rapporto*. [The culture of the mental health services in Italy. From the psychiatric patient to the new users: The evolution of the demand of help and of the relational dynamics]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica* [The group in clinical psychology]. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro [the dynamics of risk and work safety]. In Fondazione Enérgeia (Ed.), *La sicurezza sul lavoro (DL 626/94)* [Safety at work (DL 626/94)] (pp.55-80). Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni.
- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per psicologi* [The intervention for mental health from the lessons of the course of psychiatric epidemiology for psychologists]. Roma: Kappa.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Simbol and code: From the psychoanalytic process to the institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (2010). Gli anormali. *Corso al Collège de France (1973-1974)*[The abnormals: lectures at the Collège de France, 1973-1974] (V. Marchetti & A. 222 Salomoni, trans). Milano: Feltrinelli – Universale Economica Economica (Original work published 1999).
- Foucault, M. (2010). Il potere psichiatrico. *Corso al Collège de France (1974-1975)* [Psychiatric Power: lectures at the Collège de France, 1974-1974] (M. Bertani, trans). Milano: Feltrinelli – Universale

Economica Economica (Original work published 2003).

- Goffman, E. (1968). *Asylums le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati* [Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates] (F. Basaglia, trans). Torino: Einaudi (Original work published in 1961).
- Goffman, E. (2003) *Stigma: l'identità negata* [Stigma: Notes on the management of a spoiled identity] (R. Giammarco, trans) Verona: Ombre Corte. (Original work published 1963).
- Jingree, T., Finlay, W. M. L., & Antaki, C. (2006). Empowering words, disempowering actions: An analysis of interactions between staff members and people with learning disabilities in residents' meetings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 212-226.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi* [Tools for text analysis]. Roma: Franco Angeli.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (2007). *Enciclopedia della psicoanalisi* [The encyclopedia of psychoanalysis]. Bari: Laterza (Original work published 1967).
- Manoukian, F. O. (2016). *Oltre la crisi: Cambiamenti possibili nei servizi sociosanitari* [Beyond the crisis: Possible changes in the sociosanitary services]. Milano: Guerini e Associati.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic.] Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Paniccia, R.M. (2012). *Psicologia Clinica e Disabilità: La competenza ad integrare differenze* [Clinical psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rapley, M. (2004). *The social construction of intellectual disability*. Cambridge University Press.
- World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.

## **Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari**

*Felice Bisogni, Stefano Pirrotta\**

### *Abstract*

L'articolo resoconta una ricerca-intervento realizzata presso una Unità Operativa Complessa di un'Azienda Sanitaria Locale italiana che realizza servizi per adulti con disabilità e i loro familiari. Rilevati da parte della dirigenza e del personale problemi nel rapporto con l'utenza e l'assenza di criteri condivisi di lavoro, è stata analizzata la Cultura Locale dell'UOC per svilupparne la competenza organizzativa. Posta come premessa la crisi attraversata dai servizi sociosanitari in relazione ai fallimenti collusivi dei paradigmi di tipo sanitario e assistenziale, segue il resoconto dell'intervento a partire dagli incontri di committenza. Vengono poi proposti i risultati della ricerca per la quale sono state realizzate 26 interviste al personale sociosanitario, analizzate tramite l'Analisi Emozionale del Test. Dalla ricerca sono emersi la crisi di un modello organizzativo autoriferito, la difficoltà di orientarsi al cliente e di definire problemi su cui intervenire. Tale crisi era associata alla medicalizzazione di problemi di convivenza e all'infantilizzazione dell'adulto con disabilità, come pure al vissuto di essere obbligati a rispondere adempitivamente a tutte le richieste delle famiglie. Nell'ultima parte viene resocontata la restituzione dei risultati della ricerca e vengono proposti i prodotti dell'intervento.

*Parole chiave:* disabilità; servizi sociosanitari; famiglia; diagnosi; Analisi Emozionale del Test (AET).

---

\*Psicologo Clinico, Dottore di Ricerca in Psicologia Sociale, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Clinico e Analisi della Domanda, Fondatore dell'Associazione GAP. E-mail: felice.bisogni@gmail.com

\*Psicologo Clinico, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Clinico e Analisi della Domanda, Fondatore dell'Associazione GAP. E-mail: stefanopirrotta@gmail.com

Bisogni, F., & Pirrotta, S. (2018). Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari [Research-intervention for the development of organizational competence in a sociosanitary service for adults with disability and their family members]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-65. doi:10.14645/RPC.2018.1.717

## **Premessa**

### *L'organizzazione dei servizi per la disabilità: Dal modello ospedaliero a quello territoriale*

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblica il “Manuale di Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap” e ridefinisce il costrutto di malattia come tutto ciò che interferisce con le capacità dell'individuo di svolgere funzioni e obblighi che ci si attendono da lui. Il tradizionale concetto di malattia è criticato poiché troppo strettamente correlato al modello che fonda l'intervento sanitario sulla diagnosi eziologica che specifica l'agente causale della patologia e guarda alla terapia come intervento volto a eliminare le cause organiche che la determinano. In tale contesto viene definito il concetto di disabilità: “una restrizione o mancanza, risultante da una *menomazione*, nel realizzare un'attività nella maniera o entro il range considerato normale per un essere umano” (OMS, 1980, p. 28)<sup>18</sup>. La disabilità è dunque un costrutto che si iscrive in un contesto concettuale teso ad ampliare il raggio d'azione del sistema sanitario oltre il limite rappresentato dalla malattia organica. Un contesto concettuale che legittima la possibilità di intervenire in un'ottica sanitaria su un ampio raggio di fenomeni sociali, valutati in termini di normalità/anormalità mediante un processo di classificazione di cui non sono però specificati i parametri di riferimento<sup>19</sup>. Nel 2001 l'OMS propone una nuova definizione: la disabilità diviene la conseguenza o il risultato di una *complessa relazione*<sup>20</sup> tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui esso vive. Si dà maggiore importanza al rapporto tra individuo e contesto superando la prospettiva che vede la disabilità in un'ottica medicalizzata solo come una conseguenza di un deficit individuale. In questo senso una ricerca-intervento, realizzata nel 2016 dagli autori in collaborazione con organizzazioni che erogano servizi territoriali per la disabilità in diversi paesi europei, sottolinea come si stia lentamente verificando un cambiamento delle finalità perseguite da tali servizi (Bisogni, Pirrotta, & Policelli, 2016a, 2016b, 2016c). Un crescente numero di operatori, familiari e utenti sostiene l'utilità di interventi che promuovano le risorse e le competenze delle persone con disabilità e dei loro familiari, perseguendo l'obiettivo dello sviluppo di rapporti, in alternativa a quello della correzione di deficit (Carli & Paniccchia, 2003). Negli ultimi cinquant'anni infatti, sulla scia della critica al funzionamento degli ospedali psichiatrici condotta da studiosi quali Ervin Goffman (Goffman, 1961/1968; 1963/2003) e Michel Foucault (Foucault, 1999/2010; 2003/2010) e della denuncia delle condizioni di vita delle persone con disabilità entro le istituzioni manicomiali condotta da organizzazioni della società civile, sono state in vario modo implementate, nella maggior parte dei paesi europei, politiche di de-istituzionalizzazione. Come è noto è stata criticata la rappresentazione dei malati mentali e delle persone con disabilità come socialmente dannosi o pericolosi, quindi da contenere e separare dalla famiglia e dal corpo sociale. Questo importante cambiamento ha determinato in molti paesi l'obsolescenza del manicomio e lo sviluppo di servizi territoriali.

Con la de-istituzionalizzazione si è verificato dapprima un re-inserimento forzato del malato mentale o della persona con disabilità entro la famiglia d'origine, colpevolizzandola (Carli & Paniccchia, 2011), per poi arrivare a riconoscerla come contesto di cura e di assistenza. Le dinamiche di convivenza interne alla famiglia e il rapporto tra famiglia e servizi territoriali, tuttavia, sono stati per lungo tempo ignorati dalla ricerca psicologica. Alcuni studi di area psicosociale ed etnografica (Antaky, Finlay, Walton, 2008; Rapley, 2004), che hanno analizzato il modo in cui interagiscono operatori e utenti di servizi, sottolineano la tendenza dei servizi a infantilizzare gli utenti sottostimandone le competenze, e rilevano la difficoltà a prendere in considerazione il loro riscontro. Jingree, Finlay e Antaki (2006), analizzando le interazioni tra operatori e utenti entro un servizio residenziale inglese, hanno evidenziato la tendenza degli operatori a sostenere le espressioni di affiliazione all'organizzazione, ignorando e non dando seguito alle comunicazioni degli utenti che esplicitano lamentele o dichiarano preferenze e desideri. Gli autori associano tale tendenza alla presenza di un conflitto tra ruolo di caregiver – colui che assiste persone non autosufficienti – e la finalità di promuovere la competenza di queste stesse persone nel decidere di autodeterminarsi. In questo

---

<sup>18</sup>La menomazione è definita come “una qualsiasi perdita o mancanza di una qualunque struttura o funzione fisiologica, anatomica o psicologica” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1980, p. 183).

<sup>19</sup>Come nel caso delle sindromi psichiatriche, e la disabilità intellettiva è una di queste, “l'assenza di validatori esterni non sembra una carenza ma una caratteristica” di tali sistemi di classificazione (Di Ninni, 2004). A questo proposito Canguilhem (1966/1975) afferma che “è in rapporto a una misura giudicata valida e desiderabile – e dunque in rapporto a una norma – che si riscontra eccesso o difetto. Definire l'anormale per mezzo del troppo o del troppo poco significa riconoscere il carattere normativo dello stato detto normale. Questo supposto stato normale non è più soltanto una disposizione rilevabile ed esplicabile come un dato oggettivo, è la manifestazione di un attaccamento a qualche valore” (p. 29).

<sup>20</sup>Corsivo nostro.

scritto proporremo che tale tendenza sia determinata da fattori emozionali inconsci, concernenti il modo in cui viene reciprocamente simbolizzato il rapporto tra famiglie e servizi.

### *La famiglia come cliente e la crisi dei servizi sociosanitari*

La famiglia oggi è l'interlocutore chiave dei servizi sociosanitari territoriali. Nel contesto italiano la Legge n. 104/92<sup>21</sup> ne disciplina il rapporto con i servizi, indicando tra le loro finalità quello di supportarla, equiparandola alla persona con disabilità nel ruolo di cliente<sup>22</sup>. La "cura e la riabilitazione della persona disabile" va realizzata con "programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona e agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità". La Legge n. 328/2000<sup>23</sup> ha ulteriormente promosso il ruolo delle famiglie nella formazione di proposte e progetti e nella *verifica* dei medesimi. Nello specifico, determina che "si coinvolgano le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi". Come vedremo, la difficoltà di tradurre operativamente questo mandato sta contribuendo a determinare la crisi dei servizi sociosanitari.

Per Manoukian (2016) tale crisi è determinata anche dalla difficoltà incontrata dai servizi nel "definire problemi contestuali" su cui intervenire. *Definire problemi* per l'autrice rappresenta una funzione organizzativa specifica, alternativa alla fantasia del "sapere già" per quali motivi ci si rivolge ai servizi sociosanitari. Tale fantasia comporta che si dia per scontata la domanda dei clienti e che si riconduca al noto la variabilità dei problemi che li motivano. Ciò rischia di annullare il potenziale euristico della relazione famiglie-servizi, non riconoscendola come luogo della verifica della funzionalità organizzativa e di produzione di conoscenza sui problemi specifici che motivano l'incontro tra la domanda del cliente e l'offerta di servizi. La fantasia del "sapere già" inoltre poggia su specifici paradigmi culturali, quello assistenziale e quello sanitario, che contribuiscono a determinare un rischio di autoreferenzialità dei servizi sociosanitari. Il paradigma assistenziale è caratterizzato da un impellente tendenza al fare, "entrando direttamente nel contesto di vita di altri (singoli e famiglie), per modificarlo nella convinzione di sapere già che cosa è necessario, di cosa c'è bisogno, che cosa è bene e poi metterlo in atto. Così si diventa emozionalmente bene-fattori, secondo l'antico codice della beneficenza, l'impostazione più radicata e diffusa nella nostra società a cui si ricorre per occuparsi di chi sta male" (Manoukian, 2016, p.76). Entro il paradigma sanitario invece si tende in modo decontestualizzato ad applicare a complessi problemi di relazione una modalità di conoscenza nosografica di tipo medico, che individua sintomi per diagnosticare una patologia e attivare una terapia che porterà alla soluzione della patologia stessa. Ricordiamo con Canghilem (1966/1975) che chi si rivolge al sistema sanitario lo fa in ordine a un processo di categorizzazione soggettiva di sé stesso come malato. Il paradigma sanitario non riconosce però tale soggettività. Con persone categorizzate come disabili abbiamo inoltre due ordini di problemi: l'assenza di una eziopatogenesi e – spesso – l'accedere a un servizio su richiesta di un terzo, un familiare o un servizio altro. Questo è un aspetto rilevante che apre al problema della committenza e alla costruzione di obiettivi altri da quelli della riduzione del deficit. Entro il paradigma sanitario e assistenziale c'è perciò il rischio di prescindere dall'analisi della domanda dei clienti e dei committenti degli interventi e questa tendenza contribuisce alla crisi nella capacità dei servizi di realizzare interventi efficaci.

### *La metodologia dell'intervento psicosociale*

L'intervento che resoconteremo è fondato sull'Analisi della Domanda (Carli & Paniccia, 2002) e ha avuto come principale obiettivo metodologico l'analisi della collusione<sup>24</sup> istituita entro l'organizzazione

<sup>21</sup> Legge n. 104/92 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. Consultato da <http://www.gazzettaufficiale.it>

<sup>22</sup> Carli e Paniccia definiscono il cliente colui che "a sua volta, ha un cliente da sviluppare. Questo significa che il cliente configura sempre un altro cliente portatore di una domanda di sviluppo" (Carli & Paniccia, 2003, p. 15). Entro i contesti organizzativi è possibile differenziare tra cliente interno e cliente esterno, il primo è il collega con cui si lavora; il secondo è chi fruirà del servizio o del prodotto proposti dall'organizzazione.

<sup>23</sup> Legge n. 328/2000 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Consultato da <http://www.gazzettaufficiale.it>

<sup>24</sup> Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia (2003) hanno proposto di chiamare "collusione" la dinamica simbolico-affettiva che organizza le relazioni sociali entro specifici contesti; tramite il processo collusivo le persone in relazione tra loro costruiscono contesti. Tale processo di costruzione è espressione del modo di essere inconscio della mente (Matte Blanco 1976/1981).

committente. L'ipotesi è che le dinamiche collusive che le diverse componenti dell'organizzazione tendono ad istituire con lo psicologo consulente "siano le stesse che interferiscono con l'efficacia e l'efficienza del processo di produzione intervenendo quando l'organizzazione è impegnata nella sua azione trasformativa"<sup>25</sup> (Carli, Paniccchia, & Lancia, 1988). Ricordiamo che entro un'organizzazione le tre principali funzioni che orientano il processo di produzione sono quelle di progettazione, esecuzione e valutazione. La progettazione è "orientata a definire gli scopi dell'organizzazione; quella esecutiva a realizzarli mediante l'esecuzione di azioni quanto più possibile efficaci nel perseguirli; quella di valutazione a valutare, appunto, l'esito dell'azione secondo i criteri giusto-sbagliato relativamente a quanto pianificato"<sup>26</sup> (Carli & Paniccchia, 1981, p. 54). Le tre funzioni sono strettamente interconnesse e la presenza di scissioni tra di esse crea disfunzionalità. Per la loro integrazione pertanto è necessario che vi sia consenso attorno agli scopi e ai criteri di esecuzione e valutazione. In mancanza di questo le tre funzioni tendono all'autoreferenzialità e alla scissione.

Il riconoscimento di disfunzionalità può motivare una richiesta di una consulenza che consenta di pensare come l'emozionalità collusiva caratterizzante l'organizzazione interferisca con la funzionalità organizzativa. Carli e Paniccchia (1988) mostrano come l'intervento psicosociale possa in tali casi svilupparsi attorno a tre dimensioni tecniche fondamentali: la sospensione dell'azione trasformativa, l'azione interpretativa e l'interpretazione. La sospensione dell'azione trasformativa rimanda alla specifica competenza dello psicoanalista di convenire che l'obiettivo metodologico dell'incontro tra l'organizzazione e il consulente non sia la messa in atto delle abituali modalità di funzionamento dell'organizzazione, quanto l'attivazione di processi di "riflessione su" quelle stesse modalità. Questo implica convenire che l'incontro sia organizzato dalla regola fondamentale<sup>27</sup> del metodo psicoanalitico: la costruzione di uno spazio di rappresentazione mediato dalla verbalizzazione delle fantasie emergenti entro l'incontro stesso. Quanto all'azione interpretativa rimanda all'impossibilità di definire una struttura dell'intervento "fissa e ripetitiva, definita e contrattata una volta per tutte con il committente" e alle diverse modalità con le quali lo psicoanalista "organizza e articola i vari momenti del suo intervento in rapporto alla specifica funzione di analisi della dinamica collusiva agita dalle differenti componenti dell'organizzazione"<sup>28</sup>. Questo perché tutto ciò che lo psicoanalista "decide e agisce entro l'intervento psicosociale dal primo contatto con la committenza sino al termine dell'intervento va progettato e realizzato nell'ottica della sua funzione interpretativa" (Carli, Paniccchia, & Lancia, 1988, p. 127). Per quanto concerne l'interpretazione, sarà orientata alla costruzione di nessi tra l'emozionalità collusiva agita nel *qui e ora* del rapporto tra le diverse componenti dell'organizzazione e il consulente, e i problemi e le disfunzionalità emergenti nel *là e allora* del processo organizzativo. Tali pratiche di intervento puntano a rendere possibile che l'organizzazione si confronti con il feedback proveniente dal cliente, inteso come estraneo rispetto al proprio sistema di appartenenza.

Torniamo alle organizzazioni sociosanitarie, erogatrici di servizi e non di prodotti. Il servizio rappresenta un particolare tipologia di esito dell'azione trasformativa. Le sue principali caratteristiche sono l'immaterialità, la simultaneità e la dipendenza dalle persone (Tomisaka, 1995). Carli e Paniccchia (1998) sottolineano come l'immaterialità implichi che il servizio non sia valutabile in modo "oggettivo", ad esempio per confronto; la simultaneità implica che produzione e consumo siano contemporanei e che non sia possibile restituire il servizio, sostituirlo o farlo riparare; la dipendenza dalle persone implica che sia la variabile intervento entro i rapporti che ne determina la qualità. Pertanto pensiamo che nelle organizzazioni sociosanitarie la soddisfazione del cliente sia "un obiettivo che si sostituisce a quelli incerti e poco credibili, di educazione, di guarigione o di soluzione di problemi" (Carli & Paniccchia, 1998, p. 119).

### ***Il progetto di consulenza organizzativa***

<sup>25</sup> Carli e Paniccchia definiscono trasformativa l'azione "volta a modificare e cambiare una specifica dimensione dell'ambiente da uno stato iniziale (stato A) a uno stato terminale (stato B) predeterminato nei suoi parametri in base a una progettazione" (1981, p. 53).

<sup>26</sup> La funzione di valutazione si fonda sul controllo dell'esito dell'azione trasformativa, per cui l'esito atteso è categorizzato come corretto mentre l'esito non previsto è categorizzato come errato. Ciò implica che la funzione di valutazione non comporta una verifica dell'efficacia della progettazione. Questo perché con Carli e Paniccchia (1981) possiamo dire che qualora la funzione di valutazione si esaurisca nel controllo degli esiti, gli scopi dell'organizzazione non vengono discussi criticamente per verificare quanto siano basati su di un'interpretazione puntuale o obsoleta della domanda dei clienti dell'organizzazione.

<sup>27</sup> Laplanche e Pontalis la definiscono come "la regola che struttura la situazione psicoanalitica: l'analizzato è invitato a dire ciò che pensa e prova senza scegliere né omettere nulla di ciò che gli viene in mente anche se ciò gli sembra sgradevole da comunicare, ridicolo, privo di interesse o fuori posto" (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 526).

<sup>28</sup> Le azioni interpretative possono riguardare, ad esempio, la composizione strategica dei gruppi con i quali lo psicoanalista si incontra per strutturare nuove aree di appartenenza entro l'organizzazione. Ma può anche essere effettuato un'indagine, stilare un documento, proporre un'esercitazione psicologica (Carli, Paniccchia, & Lancia, 1988).

Il committente dell'intervento che resocontiamo è la dirigenza di un servizio di un'Azienda Sanitaria Locale del centro-sud Italia, una delle strutture istituite dalla Legge n. 104/1992 con il mandato di intervenire in favore delle persone con disabilità e dei loro familiari. Si tratta di una Unità Operativa Complessa (UOC) composta da quattro Unità Operative Semplici (UOS) situate entro quattro distretti territoriali, al cui interno lavorano équipe multidisciplinari entro presidi ambulatoriali. Ai quattro presidi accede la popolazione disabile nella fascia di età 18-64 anni. L'UOC afferisce a un dipartimento la cui mission è il "governo dei bisogni sanitari" dei cosiddetti gruppi sociali a potere debole (Paniccia, 2012) ovvero persone con disabilità, con patologie da abuso o dipendenza, anziani, nomadi e detenuti. Il servizio persegue finalità di presa in carico, valutazione e inserimento dei suoi utenti nei servizi territoriali: di assistenza domiciliare, di sostegno all'abitare (case famiglia, gruppi appartamento, centri diurni semiresidenziali) di formazione professionale e di inserimento lavorativo. Attiva inoltre interventi riabilitativi presso strutture "ex Articolo 26" della Legge n. 833/78 in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. A questo vanno aggiunti la prescrizione e il monitoraggio della terapia psicofarmacologica, talvolta in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale.

Nel momento in cui incontriamo la dirigenza dell'UOC, l'Azienda cui afferisce attraversa un momento di forte cambiamento organizzativo. L'ente regionale responsabile del sistema sanitario locale sta per approvare un "accorpamento" di alcune aziende sanitarie che fino a quel momento avevano goduto di autonomia amministrativa. La misura è finalizzata da un lato a semplificare l'interazione tra i servizi sanitari e quelli territoriali, dall'altra alla riduzione dei costi e alle esigenze di risanamento delle finanze in grave disavanzo economico. Contemporaneamente i servizi risultano in affanno nel dare risposta alle richieste dell'utenza. Quando cominciamo questo lavoro l'UOC infatti si sente tra l'incudine del risanamento dei conti e il martello dell'aumento di richieste, visto un incremento degli utenti in carico di circa il 30% negli ultimi anni. Inoltre si avverte un clima di sfiducia e perdita di consenso verso il sistema sociosanitario<sup>29</sup> mentre aumentano le denunce dei cosiddetti casi di malasana cui i mass-media fanno da cassa di risonanza e cresce la medicina difensiva, che determina sprechi ingenti<sup>30</sup> e mette in luce una conflittualità e una diffidenza nel rapporto con l'utenza che coinvolge tutto il sistema sanitario. Questo entro un quadro nazionale di forte crisi politica<sup>31</sup>.

*La costruzione di committenza: Dalla richiesta di un servizio sostitutivo al riconoscimento di un problema organizzativo*

Abbiamo incontrato per la prima volta la dirigenza dell'UOC mentre stavamo promuovendo, come GAP<sup>32</sup>, un intervento su committenza di un gruppo di familiari di persone con disabilità<sup>33</sup>. La dirigenza dell'UOC, mostratasi interessata alla nostra esperienza, ci aveva successivamente contattato chiedendoci di progettare

<sup>29</sup> Il 2 dicembre 2014, ad esempio, in seguito all'operazione "Mondo di Mezzo", scoppia il caso "Mafia capitale": un'inchiesta che sconvolge la politica e tutto il mondo della cooperazione sociale e che contribuisce ad aumentare diffidenza ed insoddisfazione verso le istituzioni pubbliche e del terzo settore in tutta Italia.

<sup>30</sup> Il Ministero della Salute nel report "Il fenomeno della medicina difensiva: costi, ragioni, strategie di contrasto" valuta che solo i costi della medicina difensiva "positiva" (surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso) valgono annualmente 10 miliardi di Euro, pari allo 0,75% del Prodotto Interno Lordo". A livello di spesa la cifra incide sul 10,5% totale della spesa sanitaria del paese. [https://ciip-consulta.it/index.php?option=com\\_content&view=category&id=307&Itemid=454&limitstart=8](https://ciip-consulta.it/index.php?option=com_content&view=category&id=307&Itemid=454&limitstart=8)

<sup>31</sup> A livello nazionale il 14 febbraio cade il governo Letta per via di un conflitto di potere interno al suo partito. Il 25 maggio 2014 entro un clima di astensione elettorale e sfiducia nei confronti della politica, le elezioni europee vedono una crescita di consenso dei movimenti così detti anti-politici come il Movimento Cinque Stelle e la vittoria del Partito Democratico attorno alla figura di Matteo Renzi e alla sua proposta di "rottamazione" di alcuni vertici del partito. La situazione romana è particolarmente critica: il 31 ottobre 2015 cade la giunta Marino e la situazione dei conti pubblici è disastrosa, solo con una legge speciale emanata in regime di urgenza anche conosciuta come "Decreto Salva Roma", si scongiura il rischio default.

<sup>32</sup> L'Associazione di Promozione Sociale GAP, fondata dagli autori nel 2012, realizza servizi psicologici e progetti di ricerca e intervento psicosociale su committenza di organizzazioni sociosanitarie, enti locali, agenzie governative nazionali ed europee. [www.apsgap.it](http://www.apsgap.it).

<sup>33</sup> Si trattava di un lavoro che ha coinvolto familiari che avevano l'idea di "auto-organizzarsi" per costruire un'attività per i propri figli con disabilità. Riconoscendo questa come desiderio di servizi partecipati, che coinvolgessero la famiglia e non solo l'individuo disabile, abbiamo realizzato un intervento che attraverso un'attività agricola permettesse un'esperienza produttiva per l'intera famiglia; un servizio pensato in integrazione con altri contesti e servizi del territorio.

un “servizio esterno” per “famiglie con una domanda complessa”. Per esplorare il senso di questa richiesta abbiamo proposto alcuni incontri di analisi della committenza in cui ci siamo confrontati con una dinamica di lamentela. Alcune famiglie in carico all’unità operativa venivano descritte come “aggressive, pretenziose, piene di richieste difficili da accontentare”. L’emozione propostaci era di trovarsi di fronte a “un’orda barbarica” che faceva richieste che eccedevano le risorse dell’unità operativa. Emergeva la difficoltà a tradurre operativamente il mandato sociale che, come abbiamo visto in premessa, indica oggi la famiglia della persona con disabilità come cliente con cui collaborare. La lamentela riguardava anche i vertici dell’azienda che prescrivevano un cambiamento organizzativo vissuto come calato dall’alto e dannoso. La dirigenza della UOC si sentiva in difficoltà nello svolgere la sua funzione anche nel rapporto con le équipes, sotto organico e poco ricettive verso le proposte di nuovi strumenti e procedure, impreparate nel rapportarsi alla “domanda complessa” delle famiglie. In particolare emergeva l’insoddisfazione del personale medico, con un forte turn-over di psichiatri e neuropsichiatri che chiedevano trasferimenti nei servizi per minori o al Dipartimento di Salute Mentale.

Negli incontri abbiamo proposto che ci fosse un fallimento delle modalità collusive nel rapporto con il cliente esterno fondate, da una parte, sull’attesa della dipendenza del paziente dal medico (propria del paradigma sanitario) e, dall’altra, sull’attesa di riconoscimento nel fare il bene del bisognoso (propria di quello assistenziale). Queste attese infatti erano sconfirmate da un’utenza che invece sembrava dichiarare insoddisfazione. Abbiamo così reinterpretato la richiesta di un “servizio esterno” come una domanda di consulenza su queste difficoltà, anche nell’ipotesi che ci fosse una svalutazione delle risorse “interne”. Svalutazione interpretabile come reazione emozionale ad un vissuto di impotenza connesso al fallimento delle attese e alla difficoltà di definire obiettivi perseguibili. La dirigenza si descriveva infatti come “sola su una punta dell’iceberg dove arrivano tutte le rogne”. L’organizzazione appariva come un monolite in balia delle correnti, staccata dal contesto, a rischio di disgregarsi perché senza rapporti di scambio.

*L’incontro plenario di progettazione: Dalla “domanda impropria” al riconoscimento di un problema su cui intervenire*

Un’azione interpretativa proposta alla dirigenza, per metterci in una posizione esplorativa e non correttiva, è stata quella di non prescrivere un progetto ma di individuare insieme alle équipes distrettuali, in un incontro plenario, delle questioni su cui lavorare. All’incontro hanno partecipato 16 dei 26 operatori in organico alla UOC, insieme alla dirigenza. Si è configurato come incontro insolito: alcuni partecipanti non si conoscevano. I presenti lamentavano “l’assenza di una progettualità condivisa” e la difficoltà a “fare una decodifica della domanda dell’utenza”, per definire cosa fosse “pertinente al servizio e cosa no”. Lamentavano inoltre l’assenza di criteri per delimitare il proprio campo di intervento: “tutti fanno tutto”. È emersa inoltre una difficoltà di scambio tra colleghi, uno di loro dice: “i problemi ce li portiamo a casa”. Problemi connessi a richieste a cui ci si sente di “non riuscire a dare risposte” perché vissute come doverose: “in quanto servizio pubblico tutti hanno diritto a una risposta; ma questo è impossibile”.

Il vissuto che sembrava accomunare i partecipanti era quello di avere a che fare con una “domanda impropria” da parte dell’utenza che può essere interpretata come domanda che si pone fuori dal proprio sistema di attese. Come impropria inoltre sembrava esser simbolizzata inizialmente anche la nostra proposta di implicarsi insieme, a noi e tra loro, nella costruzione del proprio contesto di lavoro, rinunciando a un vissuto di passività reattiva nei confronti tanto della dirigenza che dell’utenza. Piuttosto ci chiedevano “tecniche di decodifica” della domanda dell’utenza che facessero acquisire loro un potere tecnico sull’utenza. Dopo aver chiesto loro quale fosse la “domanda propria” del servizio, è emersa con chiarezza l’assenza di una rappresentazione condivisa della funzione che il servizio avrebbe dovuto avere. Mancavano le parole e una cultura condivisa per dirlo. In ordine a tale riconoscimento, abbiamo proposto la realizzazione di una ricerca volta a esplorare la cultura locale dell’Unità Operativa Complessa.

### **Obiettivo della ricerca**

L’obiettivo è stato analizzare la Cultura Locale dell’UOC per sviluppare la competenza organizzativa del personale coinvolto, ovvero la capacità di “leggere e capire il contesto in cui ci si trova e a collocarsi utilmente e realisticamente al suo interno” (Carli, Paniccia, & Salvatore, 1995). La competenza organizzativa implica in altri termini la capacità di svolgere una funzione entro un contesto produttivo a partire dalla comprensione dell’emozionalità che organizza il rapporto con i clienti interni ed esterni dell’organizzazione.

## Metodologia

### L'Analisi Emozionale del Testo (AET)

La ricerca è stata realizzata utilizzando l'Analisi Emozionale del Testo (AET) (Carli & Paniccchia, 2002; Carli, Paniccchia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016), una metodologia che esplora i modi in cui i gruppi sociali simbolizzano emozionalmente un contesto o un tema condivisi. L'AET implica la raccolta di testi prodotti dai partecipanti, quindi la loro analisi tramite la destrutturazione del senso intenzionale del discorso e l'individuazione delle "parole dense" (con un massimo di polisemia e un minimo di ambiguità emozionale) presenti in esso, espressive della dinamica collusiva propria degli intervistati, definita "cultura locale"<sup>34</sup>. Una volta individuate le "parole dense" tramite l'analisi dei cluster e delle corrispondenze multiple, effettuata con il software T-lab (Lancia, 2004), abbiamo ottenuto la cultura locale dell'UOC, ovvero, sotto un profilo statistico, 4 cluster collocati su un piano fattoriale.

### Gruppo intervistato

Sono state realizzate interviste individuali a 26 operatori dell'UOC (tab. 1): Per quanto riguarda il ruolo si differenziano in: 2 psicologi; 4 medici; 3 medici specialistici; 3 infermieri; 6 educatori; 5 assistenti sociali; 3 amministrativi. Inoltre 21 operatori costituiscono il personale delle quattro équipe distrettuali che lavorano nell'organizzazione; 5 rivestono un ruolo apicale con funzioni di coordinamento del personale.

Tabella 1. *Caratteristiche del gruppo degli intervistati*

Ruolo						
<i>Psicologo</i>	<i>medico</i>	<i>medico specialista</i>	<i>infermiere</i>	<i>educatore</i>	<i>assistente sociale</i>	<i>amministrativo</i>
2	4	3	3	6	5	3
ruolo/funzione di coordinamento						
	<i>si</i>				<i>No</i>	
	5				21	

Abbiamo inserito in analisi quale variabile illustrativa "ruolo/funzione di coordinamento" dell'intervistato, differenziando le interviste fatte al personale con tale ruolo rispetto a quello degli operatori delle équipe distrettuali.

### Domanda-stimolo

L'intervista aperta è stata introdotta da un'unica domanda-stimolo dopo la quale l'intervistato è stato lasciato libero di associare il proprio discorso alla domanda; ogni cosa detta è stata ritenuta pertinente, e gli interventi dell'intervistatore si sono limitati a riprendere il discorso, ripetendo in modo interlocutorio le ultime parole dette dall'intervistato, se il silenzio poteva far supporre che l'intervista cessasse in modo troppo precoce (all'intervistato è stato preannunciata una durata di circa mezz'ora di tempo).

La domanda stimolo è stata la seguente:

*"Faccio parte di GAP, un'associazione di psicologi che sta conducendo un progetto di ricerca-intervento su committenza della Unità Operativa Complessa, al fine di esplorare la cultura del servizio, dei suoi obiettivi e del rapporto con l'utenza. Sono molto interessato a sapere ciò che ha da dire su questo; l'intervista potrebbe durare circa 30 minuti; le chiedo di poter registrare, perché sarà il testo trascritto, anonimo, ad essere analizzato. Successivamente i dati saranno condivisi con il personale interessato, al fine di individuare criteri utili a sviluppare i servizi offerti. Potrebbe parlarci della sua esperienza di lavoro entro*

<sup>34</sup> La cultura locale è intesa come il modo condiviso di vivere emozionalmente entro uno specifico contesto sociale; essa organizza il modo in cui le persone ne partecipano e tale organizzazione ne costruisce il senso emozionale (Carli & Paniccchia, 2002).

l'unità operativa? In particolare può parlarci della domanda posta dall'utenza nel suo distretto e delle principali questioni con cui si confronta nell'intervento a partire dalla sua funzione professionale?"

Le interviste sono state accolte con interesse e i partecipanti hanno parlato a lungo, in media un'ora; sono state definite come un'occasione interessante di riflessione sul proprio lavoro, inedita e rara entro l'unità operativa.

## I risultati

L'analisi ha prodotto 4 cluster (CL), in rapporto tra loro su tre assi fattoriali (fig. 1).

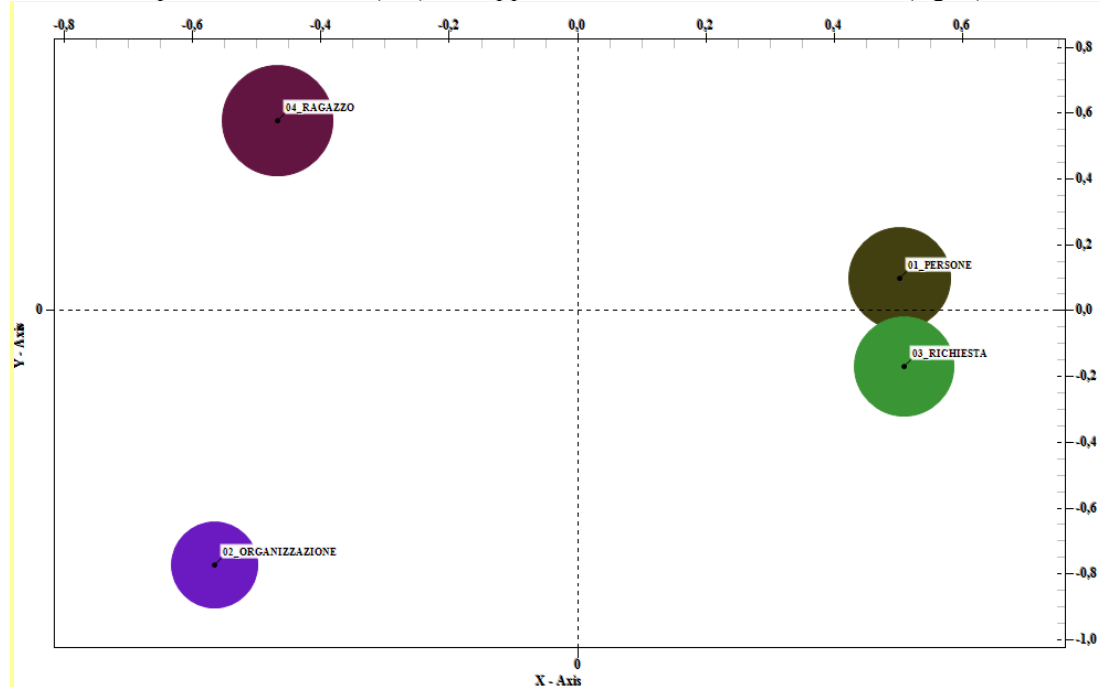


Figura 1. Spazio fattoriale

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
CL 1	0.5018	0.0972	0.5717
CL 2	-0.5661	-0.7719	0.1343
CL 3	0.5087	-0.1684	-0.5972
CL 4	-0.4677	0.5769	-0.1039

Per quanto riguarda il *primo fattore*, sulla polarità positiva troviamo il cluster 1 e il cluster 3, sulla polarità negativa, contrapposti, il cluster 4 e il cluster 2. Per quanto riguarda il *secondo fattore*, sulla polarità positiva troviamo il cluster 4, sulla polarità negativa il cluster 2. Sul *terzo fattore* troviamo il cluster 1 sulla polarità positiva e il cluster 3 su quella negativa (tab. 2).

Tabella 3. Rapporto tra cluster e variabile illustrativa

Variabile illustrativa	CL 1	CL 2	CL 3	CL 4
<i>ruolo/funzione di coordinamento</i>				
Si		82,8		
No				

Tabella 4. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

CL 1	CL 2	CL 3	CL 4
Chi-quadro/parola	Chi-quadro/parola	Chi-quadro/parola	Chi-quadro/parola
868,89 persone	202,38 organizzare	245,87 richiesta	282,55 ragazzo
177,52 informare	171,70 équipe	216,0 rispondere	180,52 genitori
65,96 aiutare	162,15 gestire	147,35 occupare	125,89 figli
36,5 aprire	148,12 operatore	108,62 collega	115,78 vivere
36,4 esigenza	120,44 incontrare	94,16 domiciliare	100,67 paziente
30,98 risolvere	105,60 riunione	66,34 lista di attesa	80,87 scuola
30,15 ufficio	64,92 soggiorni estivi	62,55 valutazione	68,43 grave
29,44 uscire	60,65 decidere	47,91 Comune	61,28 bambino
28,02 porta	58,47 gruppo	41,62 sanità	42,15 ritardo mentale
27,75 entrare	56,8 responsabilità	37,92 sociale	42,06 patologia
27,74 problema	54,47 progettare	31,95 borse lavoro	34,25 lieve
27,66 riflessione	45,40 cooperativa	27,67 territorio	34,23 famiglia
23,05 formazione	43,43 dirigere	27,54 economico	34,05 vedere
22,88 chiamare	40,94 coordinare	23,58 municipio	32,53 fratello
20,77 appuntamento	37,53 crisi	21,08 centro	23,94 diagnosi
20,01 presunzione	36,12 personale	19,72 RSA	23,47 amicizia
19,93 passaggio	35,54 mantenere	19,14 casa famiglia	22,21 inserimento
18,65 cambiamento	30,29 potere	18,81 allungare	22,09 uomo
18,59 ricevere	29,84 costruire	17,72 burocrazia	21,91 casa

### Analisi dei dati

#### Cluster 2: organizzare, équipe, gestire

Il cluster 2 si trova sul polo sinistro del primo fattore insieme al cluster 4, a cui invece si contrappone sul secondo fattore. È composto da sequenze di parole dense presenti in percentuale statisticamente maggiore entro il testo delle interviste al personale che ricopre una funzione di coordinamento (tab. 3).

Le prime parole dense del cluster sono *organizzare*, *équipe*, *gestire*, *operatore*. I primi due termini evocano il tenere insieme più parti per comporre un tutto. *Organizzare* vuol dire conformare, ordinare. *Équipe*, rimanda all'ordine che tiene insieme ruoli e funzioni differenti necessarie a condurre un'imbarcazione. Si evoca la complessità dei rapporti di collaborazione entro un'organizzazione. La terza parola è *gestire*, dal latino "gerere" che significa "governare, condurre, amministrare". Segue *operatore* che rimanda a un fare non specificato ed etimologicamente al "lavoro manuale". Queste due parole evocano una differenza di potere entro il rapporto tra chi è chiamato a governare e chi è chiamato ad eseguire. Emerge così una rappresentazione delle relazioni organizzative come fondate su una differenziazione gerarchica a cui però non sembrano corrispondere obiettivi e funzioni differenziate. Il rischio è l'autoreferenzialità in quanto mancano riferimenti alla domanda dei clienti.

Seguono *incontrare*, *riunione*, *soggiorni estivi*, *decidere*, *gruppo*. *Incontro* e *riunione* rimandano a contesti in cui ci si confronta sull'andamento dell'organizzazione. I *soggiorni estivi* sono un servizio attivato dall'unità operativa che chiama in causa il rapporto tra l'organizzazione e le famiglie. Queste sono le uniche parole del cluster che evocano in qualche modo il cliente e la sua domanda. Subito dopo c'è *decidere*, che vuol dire "tagliar via, mozzare, risolvere", riferito a lite e controversia; ma decidere è anche l'attività attribuita a chi ha potere, sulle cose, su altri. È una funzione che si contrappone a quella di manutenzione propria delle riunioni, dove il potere di decidere si sospende a favore della costruzione condivisa di strategie. Dopo aver evocato il

cliente, si torna a decidere piuttosto che utilizzare i rapporti come luogo di informazione reciproca e costruzione delle prassi. L'organizzazione torna ad essere autocentrata. Subito dopo viene *gruppo* che etimologicamente rimanda a qualcosa di aggrovigliato, intricato, da sbrogliare. Le riunioni sembrano dunque contesti complicati entro cui emergono grane da risolvere; piuttosto che dispositivi in cui costruire l'organizzazione, entro cui riflettere e scambiare con altri.

Seguono le parole *responsabilità, progettare, cooperativa, dirigere, coordinare, crisi*. *Responsabilità*, da "promettere", "obbligarsi", evoca una promessa che si è pubblicamente chiamati a mantenere. Il termine *progetto* rimanda al tema degli obiettivi e della loro definizione entro l'organizzazione. *Cooperativa* alla co-operazione, al lavorare insieme, all'interdipendenza, alla distribuzione di responsabilità. *Dirigere*, invece, al potere di guidare entro una direzione pre-stabilita, al comandante che traccia la rotta della nave. *Coordinare* vuol dire organizzare vari elementi assegnando a ciascuno funzioni e compiti nel modo più idoneo al conseguimento di un fine. La parola che segue, *crisi*, segnala il riconoscimento di un problema.

La definizione di obiettivi e delle funzioni da attivare sembra una questione critica che conduce a un bivio: la scelta di una condivisione (faticosa) di strategie o l'assunzione delle funzioni di coordinamento in modo autocentrato. Entro questo cluster si evoca il rischio di processi decisionali idiosincratici e auto-riferiti fondati su l'agito di un potere in crisi nella sua funzione di coordinamento. Non c'è un riferimento specifico ad obiettivi o alla domanda del cliente dell'organizzazione. Chi assume ruoli di coordinamento sembra che corra il rischio di guardare al lavoro da dentro l'autoreferenzialità della propria funzione, ha difficoltà a vedere interlocutori con cui confrontarsi. Ricordiamo che il cluster 2 è contrapposto al cluster 4, che come vedremo è quello in cui si parla del cliente. È difficile vedere nelle relazioni organizzative, rappresentate come autoriferite e non orientate al cliente, una risorsa che aiuti a definire problemi che orientino prassi e funzioni.

#### *Cluster 4: ragazzo, genitori, figli*

Il cluster 4 si trova sul polo sinistro del primo fattore insieme al cluster 2, con cui invece si contrappone sul secondo fattore.

Le prime parole del cluster sono *ragazzo, genitori, figli, vivere, paziente*. Qui si guarda al cliente esterno dell'organizzazione. Gli utenti, adulti, sono definiti ragazzi. *Ragazzo* è un termine utilizzato non solo per un giovane, ma anche per definire un adulto vissuto come privo di potere e di risorse. Inoltre, sono *figli*, etimologicamente il poppante la cui sopravvivenza dipende da chi lo ha generato. Emerge la rappresentazione dell'adulto con disabilità come soggetto infantilizzato, in un rapporto di dipendenza dai genitori, depauperato di risorse adulte. Segue *vivere*: questi adulti infantilizzati e le loro famiglie hanno un problema di vita. Vita come lasso di tempo che intercorre dalla nascita alla morte, vita come condizione umana di base, che esige una manutenzione quotidiana per perpetuarsi. Questa condizione quotidiana viene trasformata dalle parole che seguono: da condizione relazionale, condivisa da utenti, famiglie e servizi, diviene patologia individuale. La dipendenza dell'adulto infantilizzato viene infatti medicalizzata: segue la parola *paziente* che etimologicamente rimanda alla sofferenza. Si pensa di intervenire sull'individuo che soffre e obbliga l'altro alla cura, non con una persona con risorse entro una relazione da sviluppare.

Seguono *scuola, grave, bambino, ritardo-mentale, patologia*. Presa la via dell'infantilizzazione e della medicalizzazione dell'individuo, non si torna indietro ed è una via che produce impotenza e difficoltà di progettare interventi. La *scuola* evoca il passato, l'infanzia; la fine della scuola comporta il passaggio ai servizi per gli adulti. *Grave* è un termine che evoca un peso che si sopporta a fatica. Quello che sembra "gravare" è che i clienti adulti sono emozionalmente vissuti in vario modo come deficitari: bambini, ritardati, malati. All'infantilizzazione in questo cluster si associa una tendenza alla patologizzazione che produce una sistematica stereotipizzazione degli utenti come interlocutori privi di risorse e competenze. Pare difficile in altri termini guardare ai clienti come a degli interlocutori con cui progettare una vita adulta.

#### *Cluster 3: richiesta, rispondere, occupare*

Il cluster 3 si trova sul polo destro del primo fattore insieme al cluster 1, con cui invece si contrappone sul terzo fattore.

Le prime parole dense sono *richiesta, rispondere, occupare, collega*. *Richiedere* è chiedere una seconda volta, evoca insistenza. Chiedere etimologicamente significa desiderare, implica il riconoscimento di un problema di cui non è possibile occuparsi da soli. *Rispondere* rimanda al ricambiare una promessa; ma anche a chi, investito di potere, è chiamato a renderne conto. Si evoca un rapporto con un'utenza che

insistentemente chiede entro cui ci si sente presi dall'obbligo di rispondere. Mancano riferimenti ai problemi dell'utente, c'è solo un richiedere che senza i limiti rappresentati dai problemi diventa pretesa onnipotente; simmetricamente, la risposta dovrebbe essere onnipotente. Proprio questa fantasia fallisce. Segue infatti *occupare* che etimologicamente rimanda all'impossessamento di un luogo o di risorse altrui, a un atto ostile che implica una forzatura unilaterale entro un rapporto. Si occupano, ad esempio, i possedimenti del nemico. Si evoca un rapporto ostile e violento. Si chiamano per questo in causa i *colleghi*. Da una parte si evoca interdipendenza: si riconosce di non poter fare da sé, dall'altra l'appello al collega può svolgere una funzione difensiva: sarà l'altro a occuparsi delle richieste.

Seguono *assistenza domiciliare, lista di attesa e valutare*. La prima sembra essere uno dei servizi oggetto di richiesta (più in basso nel cluster si trovano anche borse lavoro, RSA, casa famiglia); sottolineiamo però che senza una definizione del problema, che abbiamo visto essere elusa, è difficile verificare l'efficacia della risposta erogata. Questo perché i servizi se sono erogati in rapporto a delle pretese rischiano di non bastare mai né di essere soddisfacenti. La fantasia di poter dare onnipotentemente risposta alle pretese di tutti infatti fallisce: ci sono liste di attesa infinite e l'attesa – di qualcosa che non si realizza mai – sembra rappresentata come una condizione emozionale permanente dell'utenza, che produce insoddisfazione e angoscia nel personale. Questo implica che la funzione di valutazione, che pare limitata alla decisione su a chi dare risorse e a chi no, sostituisce la verifica della soddisfazione del cliente e dell'efficacia dei servizi.

Seguono *Comune, Municipio, sanità, sociale, territorio*. Si fa riferimento a enti e contesti pubblici chiamati a soccorso, ma anche ad assumere il ruolo di capro espiatorio (più avanti nel cluster troviamo *economia, burocrazia*) cui addossare la colpa della propria difficoltà a farsi carico del rapporto con i clienti dell'organizzazione.

In conclusione entro questo cluster, emerge un'emozionalità di obbligo a rispondere a richieste anche quando non è chiaro il problema posto. La variabilità dei problemi per cui ci si rivolge all'unità operativa è assimilata a un'offerta di servizi predeterminata. C'è sfiducia circa le risorse interne dell'organizzazione. La funzione del servizio è in questo senso configurata come crocevia per l'attivazione di servizi, peraltro vissuti come limitati e mancanti, da fruire altrove, fuori dal rapporto con l'unità operativa. Il cluster 3, contrapposto al 4, propone un'altra visione dell'utenza: se nel 4 c'è l'adulto infantilizzato e medicalizzato, qui c'è un'utenza pretenziosa e minacciosa, che chiede risorse illimitate a un servizio che non riesce a dare risposte onnipotenti. Nel cluster 4 la pretesa è tenuta a bada dalla medicalizzazione, qui dilaga; nel cluster 4 c'è l'individuo, qui gli intervistati parlano di relazioni ma non ne vedono le risorse. I servizi erogati diventano "cose" da distribuire piuttosto che contesti di rapporti da sviluppare.

### *Cluster 1: persona, informare, aiutare*

Il cluster si trova sul polo destro del primo fattore insieme al cluster 3, a cui invece si contrappone sul terzo fattore.

Le prime parole dense sono *persone, informare, aiutare, aprire*. Nel senso comune del termine persona rimanda alla soggettività, all'identità dell'individuo. *Informare* vuol dire 'dar forma', istruire, portare a conoscenza. *Aiutare* è porgere soccorso, prestare ad altri la propria opera in momenti di difficoltà o per cose che non sarebbero capaci di fare da soli. *Aprire* vuol dire rendere accessibile ed evoca il suo opposto, la chiusura. Informare, portare a conoscenza, aiuta un cliente riconosciuto come persona, nella sua soggettività. Informare apre le chiusure, apre le prospettive.

La parola che segue è *esigenza*. Esigere significa pretendere cose dovute, riscuotere in virtù di un diritto. Il quadro dei rapporti fondati sull'apertura torna a chiudersi: se informare è diritto, non è conoscenza, poiché si fonda non su un'esplorazione di problemi vissuti nella soggettività del cliente, ma su saperi presupposti, su diritti. *Risolvere*: da disfare, semplificare un legame o un intrico. Segue *ufficio*, da officium 'dovere, servizio', che rimanda all'obbligo morale di prestar la propria opera.

Si deve trovare una soluzione alle esigenze di chi si rivolge all'unità operativa, per garantire una risposta nel rispetto dei loro diritti: di nuovo - lo sottolineiamo - si elude la definizione di problemi di cui occuparsi. Nel cluster 4 l'utente è un individuo medicalizzato, nel 3 è un utente che consuma servizi-risorse sulla base di pretese, qui minaccia il servizio con i suoi diritti, cui si ha il dovere di rispondere, ma che è difficile circoscrivere, fronteggiare.

Seguono le parole *uscire, porta, entrare* che esemplificano il fallimento del tentativo di sciogliere il legame in cui ci si sente presi con l'utenza. Si evoca un movimento circolare da dentro a fuori, un via vai di persone che sembra non avere una direzione definita e soluzione di continuità. Le persone nonostante le informazioni date ritornano: chiedono un rapporto.

Seguono *problema, riflessione, formazione*. C'è il riconoscimento di un problema: il fallimento di un rapporto con l'utenza fondato sull'esigere. La difficile emozionalità che si vive nel lavoro fonda una domanda di formazione.

### *Una sintesi dei dati*

Sul primo fattore emergono criticità connesse alla rappresentazione dell'unità operativa come, da una parte, un'organizzazione caratterizzata da un funzionamento autoriferito, senza cliente, e dall'altra come un'organizzazione prescritta dai diritti dell'utenza nel rapporto con la pubblica amministrazione. L'organizzazione autoriferita si contrappone pure alla medicalizzazione dell'utenza (cluster 4). In entrambi i casi – diritti e medicalizzazione – due culture, che potremmo associare al paradigma sanitario e assistenziale evocati in premessa – prendono il posto della competenza organizzativa (Carli, Paniccia, & Salvatore, 1995), dell'attenzione alla domanda del cliente. Anche la terza cultura, quella del cluster 3, da dentro cui si guarda all'utenza come esigente risorse senza fine, tanto che unico argine è sottoporla ad infinita attesa, prende il posto della competenza organizzativa: non c'è competenza organizzativa senza che ci sia pensiero sul cliente e sulla domanda che pone all'organizzazione.

All'assenza di cliente esterno infatti corrisponde la difficoltà di costruire rapporti di scambio con il cliente interno e un rischio di isolamento e autoreferenzialità caratterizzante l'organizzazione entro la cultura locale in analisi. L'analisi della cultura locale d'altro canto permette di cominciare a dare senso all'incompetenza organizzativa. Ed è proprio un vissuto di incompetenza che motiva entro l'UOC una domanda di consulenza.

### *La restituzione dei dati della ricerca e l'intervento con le équipe*

Per la restituzione dei dati della ricerca prevediamo un incontro plenario iniziale rivolto a tutto il personale, seguito da tre incontri con ciascuna delle équipe distrettuali e tre incontri in piccolo gruppo con il personale con ruoli apicali, per concludere con un incontro plenario. La nostra ipotesi era che i dati di ricerca permettessero di iniziare a nominare con categorie il modo con cui si viveva l'organizzazione e che mentre negli incontri plenari avrebbero dialogato le differenze relative ai ruoli e alle équipe, quelle stesse differenze potevano essere esplorate nella loro specificità nei piccoli gruppi. Gli incontri in piccolo gruppo rivolti al personale con ruoli apicali rappresentavano invece un'azione interpretativa, volta a facilitare la costruzione di una nuova appartenenza organizzativa, “un gruppo di referenti”, che sostenesse l'assunzione di una funzione di coordinamento condivisa mettendo in discussione la fantasia dell’“uomo solo al comando” emersa dagli incontri di committenza.

### *L'incontro plenario di avvio della restituzione*

All'incontro plenario iniziale partecipano 15 dei 26 intervistati. Si trattava di un incontro “inedito” che metteva in gioco le differenze del servizio in termini di ruoli, professioni, appartenenze distrettuali e gerarchia. L'attesa nei nostri confronti era di poter “ricevere dati oggettivi da un occhio esterno e neutrale”; contemporaneamente si apprezzava l'opportunità di riunirsi: “non succede mai” dicevano alcuni. Si percepivano anche una certa angoscia e diffidenza sollecitate dall'incontro con noi e con l'estraneità dei colleghi.

Restituivamo i dati sollecitando un confronto. Alcuni sembrano interessati, altri dichiarano di “non riconoscersi”. In altri termini emergeva la difficoltà a mettersi in una posizione esploratoria delle differenze interne all'UOC messe in luce dalla ricerca. Da noi consulenti sembravano aspettarsi una diagnosi organizzativa e soluzioni ai problemi rilevati. Tuttavia nel corso dell'incontro sono emersi vissuti che si tendeva a voler eludere o azzerare, come una lamentela verso la gerarchia rappresentata come colpevole di non occuparsi dei problemi vissuti dalle équipe. Entro questa lamentela gli operatori delle équipe potevano negare le differenze tra loro assumendo il ruolo vittimistico di chi è lasciato solo e senza le risorse per farsi carico del rapporto con l'utenza. Si eludeva così il problema di come iniziare a conoscere i colleghi presenti all'incontro, molti dei quali, come abbiamo detto, non si erano mai incontrati prima.

Dall'altra parte i partecipanti sembravano concordare nel ritenere che il principale problema dell'unità operativa fosse quello delle differenze interne, in particolare tra le diverse équipe. Differenze associate alla non “omogenea” ripartizione dei ruoli entro le équipe stesse e vissute come foriere di insoddisfazione e conflitti, e di un trattamento riservato ai clienti esterni “non uniforme, diverso in ogni distretto e da persona a

persona". Emergeva l'attesa di "uniformare il lavoro delle équipe" tramite "protocolli" che tutti potessero eseguire pedissequamente. Se da un lato emergeva la fantasia di uniformare le differenze, dall'altro la nostra proposta invece era quella di farle emergere ed esplorarle nell'ipotesi che potessero rappresentare delle risorse. È interessante a questo proposito come alcuni operatori abbiano proposto come modello organizzativo ideale verso cui tendere la "sala operatoria": un contesto in cui gli operatori sanno esattamente cosa fare e come "operare". La metafora sembrava esemplificare bene il problema vissuto entro un'organizzazione che si confronta invece con la complessità di intervenire in ordine a problemi di convivenza. Un prodotto di questo incontro è stato riconoscere come il lavorare come in "compartimenti stagni" fosse un problema e che si poteva mettere in discussione l'attesa che noi potessimo "uniformare differenze interne", lavorando invece per esplorarle, farle emergere e ipotizzarne il senso nel rapporto complesso tra organizzazione e cliente esterno. L'incontro plenario ha permesso di cominciare a vedere la non uniformità in termini di culture, di simbolizzazioni emozionali differenti presenti all'interno dell'unità operativa.

#### *Gli incontri in piccolo gruppo con il personale con i ruoli apicali*

Gli incontri rivolti al personale con ruolo apicale intendevano creare un gruppo trasversale che potesse assumere con più efficacia funzioni di coordinamento. I partecipanti esordiscono lamentandosi di come nella plenaria di avvio della restituzione le disfunzionalità fossero state messe a loro carico, in quanto membri di una gerarchia rea di non facilitare momenti di riunione. Un dirigente, essendosi sentito chiamato in causa, aveva deciso di "convocare una riunione distrettuale per chiarire la cosa". Emergevano emozioni di impotenza e l'attesa nei nostri confronti che sedassimo conflitti e rimotivassimo gli operatori descritti come demotivati per via dell'anzianità di servizio. Sembrava si eludesse il riconoscimento della difficoltà di assumere funzioni di coordinamento. Difficoltà che sembrava produrre più un rifiuto del potere associato al ruolo apicale che una domanda formazione ad utilizzarlo in modo competente per assumere una funzione di coordinamento. Una funzione d'altro lato, come emerso dalla ricerca, in crisi, poiché autoriferita e scissa dal rapporto con il cliente.

In questi incontri è stato possibile riconoscere la difficoltà di "occuparsi dei rapporti tra i colleghi" ai fini della funzionalità organizzativa, come pure il timore di "perdere la faccia" e di essere messi alla gogna. Esplicitare questi vissuti ha aiutato i partecipanti a iniziare a condividere le difficoltà vissute entro il proprio ruolo, guardando con meno severità e colpa all'inefficacia degli agiti di potere connessi al ruolo apicale. Ciò ha permesso di riconoscere come condiviso un vissuto di isolamento e scollamento del ruolo apicale dal resto dell'organizzazione. In altri termini, nel corso degli incontri abbiamo potuto parlare dei loro vissuti e iniziare a costruire un pensiero condiviso su come sviluppare una funzione di coordinamento dell'organizzazione. I partecipanti in questo modo ci sono sembrati sentirsi meno impotenti e soli nello svolgimento delle funzioni associate al proprio ruolo.

#### *Gli incontri in piccolo gruppo con il personale delle équipe distrettuali*

Negli incontri abbiamo lavorato con gli operatori delle quattro équipe distrettuali divise in tre diversi gruppi, uno dei quali composto da due équipe che condividevano come sede lo stesso presidio territoriale.

Negli incontri con il primo gruppo sono emerse diffidenza verso di noi e lamentela rabbiosa verso la gerarchia: "siamo sotto organico, dobbiamo auto-organizzarci in un contesto difficile". La consulenza inizialmente è stata simbolizzata come volontà di un loro adeguamento alle direttive dei vertici. Eravamo i "consoli mandati a governare le periferie dell'impero romano". Ci veniva chiesto di sconfermarlo schierandoci con loro, denunciando problemi e facendo pressioni sulla dirigenza. Abbiamo ricordato gli obiettivi del progetto: non intendeva prescrivere cambiamenti come l'aumento del personale o delle risorse economiche, ma poteva facilitare lo sviluppo di competenza a occuparsi di una lettura del contesto e sviluppare criteri che orientassero prassi utili entro l'organizzazione. La reazione è stata: "finalmente avete scoperto le carte!". Emergeva così una forte diffidenza nei nostri confronti, ma abbiamo interpretato questa metafora anche come desiderio di scoprirle loro le carte e di cominciare a parlare dei problemi di cui pensavano di potersi occupare. C'è stata un'apertura in termini di fiducia che ha reso possibile parlare di situazioni critiche sperimentate con l'utenza, recuperando quanto emerso dalla ricerca sulla diffidenza e sulla chiusura difensiva dell'UOC verso l'utenza stessa. Gli operatori ci hanno raccontato il caso di una madre in attesa da tempo di un servizio residenziale per il figlio e del lungo e faticoso lavoro fatto per prepararne l'inserimento in una struttura territoriale. La madre però al momento di autorizzare per l'inserimento rifiuta,

dicendo in lacrime di non farcela a rinunciare “al bastone della propria vecchiaia”. Il lungo lavoro fatto non aveva mai contemplato l’interessarsi ai vissuti dei due “beneficiari” riguardo il servizio residenziale. Appariva il costo dell’ignorare le attese delle famiglie.

Anche dagli incontri con il secondo gruppo emerge una forte lamentela, verso il dirigente della loro équipe, unico colpevole delle loro mancate riunioni. Quando finalmente arriviamo a esplorare i rapporti interni all’équipe e le questioni incontrate con l’utenza ne vengono fatti resoconti parziali e allusivi. Ciascuno parla dei “propri casi” come di un possesso da difendere, proponendosi come autosufficiente dal resto dell’équipe. Il rapporto tra colleghi era vissuto come predatorio e nemico, a eccezione dei rapporti duali simbolizzati come “isole felici”. In prima battuta è stato molto complesso utilizzare la ricerca e individuare questioni sentite come rilevanti. Avendo chiesto di quali problemi volessero parlarci hanno risposto: “siamo tutti numeri dieci”. Il “numero dieci”, o fantasista, è chi nel calcio può improvvisare, divergere dagli schemi previsti per spiazzare l’avversario e aiutare la squadra a vincere. Certo, si iscrive in un contesto in cui esistono una squadra e delle regole del gioco, ma è unico. Dichiarare di essere “tutti numeri dieci”, ovvero di vivere il proprio rapporto con l’organizzazione in modo individualistico significava esibire una “regola” disfunzionale. Con questa metafora ci dicevano anche che il rapporto con noi implicava il rinunciare al proprio arbitrio onnipotente, e che c’era la speranza di poter parlare della propria impotenza. Potevamo essere degli allenatori a cui si chiedeva di costruire uno schema di gioco che permettesse di giocare insieme. Esplicitare che non puntavamo a uniformarli ma a promuovere una riflessione ha permesso che ci comunicassero i loro vissuti. “Non manderei mai un amico da noi, il servizio fa schifo; dovremmo funzionare come una sala operatoria, ma siamo lontani anni luce”, diceva uno di loro. È emersa una violenta svalutazione del proprio lavoro, interpretabile come fallimento di fantasie onnipotenti associate al paradigma sanitario idealizzato, la sala operatoria dove si salvano vite. Il prodotto di questi incontri è stato quello di esplicitare, riconoscere e pensare il senso di questo fallimento collusivo.

Nel terzo gruppo i partecipanti erano concordi nel dirci di “non essersi riconosciuti” nella ricerca. “Siamo dispiaciuti, non c’è quello che facciamo veramente, forse non siamo stati bravi a dirlo”. Sembravano arrabbiati perché la ricerca non aveva valorizzato la parte nobile del loro lavoro: “l’accoglienza e la presa in carico”. Nel rapporto con questa équipe ci siamo sentiti presi per un orecchio per averli delusi: dopo essere stati ospiti bene accolti, non avevamo contraccambiato. Abbiamo interpretato questo come una “coda di paglia”, dovuta al fatto che nella ricerca emergeva un problematico rapporto con l’utenza, fondato su valori più che competenze. Abbiamo chiesto di cosa avrebbero voluto occuparsi con noi: “dell’aver tante cose da fare e non arrivare mai a farle!”. “Ogni mattina ognuno ha una lista di cose da fare, ma non le farà mai tutte: c’è sempre la telefonata a cui non puoi dire no e i piani saltano”. Abbiamo interpretato tale difficoltà come connessa a quella di rapportarsi alle attese dell’utenza, che sono infinite se si è presi dalla fantasia di accogliere ogni richiesta. Abbiamo così iniziato a considerare i costi dell’agire la fantasia di essere benefattori ed è stato possibile recuperare la ricerca, che mostrava come proprio a partire al fallimento del lavoro fondato su valori prescritti emergesse una domanda di formazione.

### *La plenaria conclusiva: La proposta del “cucinare insieme”*

Alla plenaria conclusiva ha partecipato la maggioranza degli operatori coinvolti. Abbiamo proposto l’incontro sia come una verifica che come una progettazione di possibili sviluppi del progetto. Tra i partecipanti c’era chi esprimeva gratitudine perché si era potuto vivere un “momento di verità” e uscire dall’isolamento, condividendo le proprie emozioni con altri, “riscoprendo l’interesse a confrontarsi con i colleghi”. Altri si dichiaravano insoddisfatti, in particolare tra il personale con ruolo medico: “a che serve confrontarsi? Dopo un anno il mio lavoro non è cambiato”. È emersa peraltro una significativa messa in discussione del modello organizzativo fondato sulla medicalizzazione, riproponendo in plenaria un conflitto già attraversato nei piccoli gruppi. Sono emerse due modalità divergenti di valutare la partecipazione al progetto. Chi si diceva soddisfatto riconosceva l’attivazione di rapporti di scambio. Chi denunciava insoddisfazione si concentrava sul mancato cambiamento dei comportamenti del singolo.

Durante l’incontro l’UOC viene paragonata a una “tavola calda” con “i soliti piatti” preconfezionati che “vanno venduti al cliente dandogli a credere che siano esattamente ciò che desidera”. Questa metafora rappresentava la tendenza ad eludere la relazione tra servizio e famiglie clienti, nell’idea che entrambi fossero privi di risorse e la necessità di cercarle altrove. Prodotto della plenaria è stato il convenire come più funzionale un’altra metafora culinaria: quella del “cucinare insieme”, dove nella relazione famiglia-servizi si può reperire un piatto da definire di volta in volta, in relazione agli ingredienti disponibili e ai desideri delle parti in gioco. Tale prospettiva comporta lo sviluppo di una competenza emozionale che permetta di sospendere l’emozionalità controllante e diffidente nel rapporto con i clienti, per pensarla. Rapporto tra

clienti e organizzazione che i partecipanti ci hanno detto tendere a configurarsi in tre modi diversi: “alleanza contro qualcuno”, “combattimento degli uni contro gli altri” oppure “collaborazione in vista di un obiettivo condiviso”. È rispetto a questa terza possibilità che gli operatori hanno dichiarato di “sentirsi impreparati”. Impreparazione che rimanda all’assenza di criteri e competenze utili ad analizzare la domanda dei contesti cliente dell’UOC. Una domanda non prevedibile, variabile, conoscibile solo contestualmente entro la relazione emozionata con le famiglie stesse. Famiglie “sconosciute ed estranee”, verso cui i partecipanti ci hanno detto di provare curiosità, ma anche paura e incertezza. L’estraneo, lo ricordiamo, è “colui del quale non si può dire di conoscere, al di fuori della comunicazione con lui, cosa pensa o come vive il rapporto con noi ma anche come vede le cose che si condividono, quali sono le sue intenzioni, quale il contributo che può dare alla relazione e al prodotto che la relazione si pone come obiettivo” (Carli & Paniccia, 2003, p. 62).

## **Conclusioni**

Abbiamo fatto riferimento a una crisi dei servizi sociosanitari che riteniamo prodotta dall’intersecarsi di due fattori: la delegittimazione dei servizi entro il contesto socio culturale in cui si inscrivono e il mancato sviluppo al loro interno di competenza organizzativa.

L’intervento resocontato mostra tale delegittimazione non solo da parte di chi fruisce dei servizi ma anche di chi vi lavora. Una delegittimazione che è possibile inscrivere entro un’esponentiale diffondersi delle culture anomiche nel nostro paese (Paniccia, 2012; Carli, 2017). Abbiamo ipotizzato come tale crisi sia connessa al fallimento collusivo di due rilevanti paradigmi culturali, quello sanitario e quello assistenziale, entro cui per lungo tempo si è organizzato il rapporto tra i servizi sociosanitari e i loro clienti. Paradigmi fondati entrambi sulla dipendenza acritica, dell’utente rappresentato come debole dal tecnico forte in un caso, dal benefattore nell’altro. Entro tali culture non è previsto un cliente con una domanda, delle risorse e delle competenze; in altri termini, si agiscono fantasie di cura o assistenza a prescindere dall’analisi della domanda posta dai clienti degli interventi. Il fallimento di questi paradigmi sollecita lo sviluppo della competenza organizzativa da parte di chi lavora entro le organizzazioni sociosanitarie. La competenza organizzativa - lo abbiamo detto - implica competenza a intervenire nel contesto a partire dalla comprensione dell’emozionalità che organizza il rapporto con i clienti interni ed esterni dell’organizzazione. Nel corso della ricerca-intervento abbiamo visto come tale emozione sia al contempo centrale e difficile da esplorare, ma anche come sia possibile iniziare a comprenderla ove si proponga un setting esplorativo e partecipato. L’UOC si è inizialmente proposta come formata da gruppi di operatori rappresentati come “compartimenti stagni”, in un rapporto tra loro e con la gerarchia emozionalmente caratterizzato da ignoramento, diffidenza e ostilità. In un primo momento si è proposto ai consulenti di schierarsi a loro volta entro tali confitti. Il cliente era colpevolizzato poiché gli si attribuivano “domande improprie”, e si esprimeva così la difficoltà di esplorarne la domanda. Emergeva anche la difficoltà di definire funzioni e obiettivi condivisi. Abbiamo lavorato su tale rappresentazione autoriferita dell’organizzazione, arrivando al riconoscimento di un’incompetenza a utilizzare la relazione con il cliente come contesto dell’intervento e come risorsa. La costruzione di un rapporto di scambio con i consulenti e tra colleghi può essere vista come il principale prodotto dell’intervento. Un ulteriore prodotto è rappresentato dall’emergere di una nuova committenza, per una ricerca-intervento che verifichi la soddisfazione degli adulti con disabilità e dei loro famigliari in carico all’UOC esplorando la loro cultura e le loro attese.

## **Bibliografia**

- Antaki, C., Finlay, & W., Walton, C. (2008). Offering choices to people with intellectual disabilities: an interactional study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1165-1175.
- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016a). I servizi per la disabilità nella regione Croata di Vukovar e Siriem: Intervista con Zana Skejo Skoric [The services for disability in the Croatian region of Vukovar and Siriem: Interview with Zana Skejo Skoric]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (1), 164-187. Doi: 10.14645/RPC.2016.1.564
- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016b). I servizi per il lavoro supportato per persone con disabilità in Scozia: Intervista con Jamie Rutherford [The services for supported employment for persons with disability in Scotland: Interview with Jamie Rutherford]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (1), 119-138. Doi: 10.14645/RPC.2016.1.561

- Bisogni, F., Pirrotta, S., & Policelli, S. (2016c). La costruzione dei servizi per persone con disabilità in Lithuania: Intervista con Dana Migaliova [The construction of the services for persons with disability in Lithuania: Interview with Dana Migaliova]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (1), 139-163. Doi: 10.14645/RPC.2016.1.562
- Canguilhem, G. (1975) *Il normale e il patologico* [On the Normal and the Pathological]. Firenze: Guaraldi (Original work published 1966).
- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per psicologi* [The intervention for mental health from the lessons of the course of psychiatric epidemiology for psychologists]. Roma: Kappa.
- Carli, R. (2017). Il Ripiego: Una fantasia incombente [The fallback: An impending fantasy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, (2), 5-24. Doi: 10.14645/RPC.2017.2.692
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of the organization and of the institution]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1998). *Psicologia della formazione* [Psychology of the Education]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis: A psychological tool to read texts and speeches]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda* [Analysis of the demand]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., Paniccchia R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda d'aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of the mental health services in Italy. From the psychiatric patient to the new users : The evolution of the demand of help and of the relational dynamics]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica* [The group in clinical psychology]. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Carli, R., Paniccchia R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro [the dynamics of risk and work safety]. In Fondazione Enérgeia (Ed.), *La sicurezza sul lavoro (DL 626/94)* [Safety at work (DL 626/94)] (pp. 55-80). Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni.
- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per psicologi* [The intervention for mental health from the lessons of the course of psychiatric epidemiology for psychologists]. Roma: Kappa.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and code: From the psychoanalytic process to the institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (2010). Gli anormali. *Corso al Collège de France (1973-1974)* [The abnormals. Lectures at the Collège de France, 1973-1974] (V. Marchetti & A. Salomoni, trans). Milano: Feltrinelli- Universale Economica (Original work published 1999).

- Foucault, M. (2010). Il potere psichiatrico. *Corso al Collège de France (1974-1975)* [Psychiatric Power. Lectures at the Collège de France, 1974-19745 (M. Bertani, trans). Milano: Feltrinelli-Universale Economica (Original work published 2003).
- Goffman, E. (1968). *Asylums le istituzioni totali: La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati* [Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates] (F. Basaglia, trans). Torino: Einaudi (Original work published in 1961).
- Goffman, E. (2003) *Stigma: L'identità negata* [Stigma: Notes on the management of a spoiled identity] (R. Giammarco, trans) Verona: Ombre Corte. (Original work published 1963).
- Jingree, T., Finlay, W. M.L., & Antaki, C. (2006). Empowering words, disempowering actions: an analysis of interactions between staff members and people with learning disabilities in residents' meetings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 212-226.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi* [Tools for text analysis] Roma: Franco Angeli.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (2007). *Enciclopedia della psicoanalisi* [The encyclopedia of psychoanalysis]. Bari: Laterza (Original work published 1967).
- Manoukian, F.O. (2016). *Oltre la crisi: Cambiamenti possibili nei servizi sociosanitari* [Beyond the crisis: Possible changes in the sociosanitary services]. Milano: Guerini e Associati.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic.] Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Paniccia, R.M. (2012). *Psicologia Clinica e Disabilità: La competenza ad integrare differenze* [Clinical psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rapley, M. (2004). *The social construction of intellectual disability*. Cambridge University Press.
- World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.